TESIS
GSS 2003
S 336

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN OPCIÓN: Gerencia de Servicios de Salud

EL EMPODERAMIENTO COMO HERRAMIENTA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Realizado por:
Giovanna Scappaticci La Rosa

Profesor Asesor:
Dr. Armando Cova Belisario

Caracas, Junio de 2003

INDICE

p.p.

RECONOCIMIENTOS ii

RESUMEN vii

INTRODUCCIÓN ix

CAPÍTULOS

1. SALUD Y ENFERMEDAD
   - 1.1. Conceptos de salud y enfermedad 1
   - 1.2. Determinantes de la salud 4
   - 1.3. Factores de riesgo de la salud 5
   - 1.4. Taxonomía de las necesidades de salud 6
     - 1.4.1.Indicadores que caracterizan el vínculo/ usuario/servicios de salud 8
     - 1.4.2. Calidad del vínculo 9
     - 1.4.3.Identificación de actores 10
   - 1.5. Inequidades en salud 12

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD
   - 2.1. Antecedentes de la promoción de la salud 14
     - 2.1.1. Creencias primitivas sobre cómo mantener la salud 14
     - 2.1.2. Conceptos de salud de los griegos 15
     - 2.1.3. La salud en el Imperio Romano 16
     - 2.1.4. Del cristianismo y los árabes 16
     - 2.1.5. El renacimiento 17
     - 2.1.6. Siglos XVII y XVIII 18
     - 2.1.7. Siglo XIX: la medicina social 19
     - 2.1.8. El siglo XX 20
   - 2.2. Carta de Ottawa 22
   - 2.3. Conferencia Internacional de promoción de la salud 25
   - 2.4. Bases legales de la promoción de la salud 26
   - 2.5. Conceptos de promoción de la salud 28
   - 2.6. Principios de la promoción de la salud 29
   - 2.7. Fases de la promoción de la salud 30
   - 2.8. Prioridades para la promoción de la salud 32

2.9. Herramientas indispensables para aplicar la promoción de la salud 34
2.10. Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad 36
2.11. Calidad de vida y promoción de la salud 37
2.12. Críticas a la promoción de la salud 42

3. EMPODERAMIENTO
3.1. Conceptos de empoderamiento 44
3.2. El proceso de empoderamiento 47
3.3. Bases de la implantación del empowerment 48
3.4. Tipos de empoderamiento 51
3.4.1. El empoderamiento individual 51
3.4.2. El empoderamiento colectivo 51
3.5. La planificación en el empowerment 53
3.5.1. Premisas del empowerment 53
3.6. Empresa y empoderamiento 54
3.6.1. Síntomas de las empresas tradicionales 54
3.6.2. Consecuencias negativas de los síntomas de las empresas tradicionales 55
3.6.3. Características de las empresas que han experimentado empowerment 55
3.6.4. Resultados positivos del empowerment en las personas 55
3.7. Cómo integrar a la gente hacia el empowerment 55
3.8. Poder y empoderamiento 57
3.9. Empowerment y pobreza 59
3.10. Medio ambiente para el empoderamiento 60
3.10.1. Políticas 61
3.10.2. Instituciones y culturas institucionales 62
3.10.3. La importancia de la democracia 63
3.11. La participación y la descentralización como parte del empoderamiento 64
3.12. Algunas preocupaciones sobre el empoderamiento .. 65

4. COMUNIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA
4.1. Antecedentes de comunidad 67
4.1.1. El redescubrimiento de la comunidad 67
4.2. Conceptos de comunidad 70
4.3. Conceptos de participación comunitaria 72
4.4. Involucramiento comunitario en salud vs acción comunitaria para la salud 73

4.5. Factores estructurales de la comunidad y de la intervención social 74
4.5.1. El territorio 74
4.5.2. La población 75
4.5.3. La demanda 76
4.5.4. Los recursos 77
4.6. Participación de la comunidad en los programas de salud pública 78
4.6.1. Antecedentes 78
4.6.2. Comprensión de la capacidad de la comunidad para promover la salud y lograr la equidad 79
4.6.3. Las reformas del sector salud y la construcción de la capacidad comunitaria 81
4.7. La capacidad de la comunidad y el cambio social. Los eslabones entre promoción de la salud con el capital social, poder, política y empoderamiento 82
4.7.1. Cambio Social 83
4.7.2. Capital Social 84
4.7.3. Poder y Política 86
4.7.4. Empoderamiento 87
4.8. Cómo trabajar con comunidades: fortalecimiento de la capacidad comunitaria para la salud y el bienestar 88
4.8.1. Los activos comunitarios 89
4.8.2. La epidemiología comunitaria 90
4.8.3. Desarrollo de consorcios y alianzas para promover salud 91
4.8.4. Estrategias, habilidades y recursos para trabajar juntos 92
4.8.5. Apoyo a las organizaciones comunitarias y a las comunidades locales 94
4.9. Evaluación de la capacidad comunitaria y del empoderamiento en promoción de la salud 95

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 98

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 101

ANEXOS

Anexo I: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 106
Anexo II: Promoción de la Salud y Equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud 112
Anexo III: Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI 116

RESUMEN

Esta monografía presenta un marco conceptual de referencia de la Promoción de la Salud y se discuten algunos aspectos que permiten efectuar una reconstrucción muy enriquecedora de la evolución de la teoría de la misma, así como plantear inquietudes sobre la necesidad de continuar con la construcción de esta nueva área de trabajo, que se perfila como la desafiante para el momento histórico actual, en el campo de la salud pública.

La Promoción de la Salud es una estrategia que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas. El nuevo enfoque de Promoción de la Salud representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social , su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud.

Para que la Promoción de la Salud sea una herramienta de trabajo práctica para dirigirse a los determinantes de la salud, la Carta de Ottawa propone cinco estrategias de acción:

1.- Construir políticas públicas saludables.
2.- Crear ambientes favorables.
3.- Reforzar la acción comunitaria.
4.- Desarrollar habilidades personales.
5.- Reorientar los servicios asistenciales.

Una de las herramientas de la Promoción de la Salud es el proceso de empoderamiento que significa elaborar una visión con participación de todos; conocer y participar en el diagnóstico; priorizar problemas y potencialidades de desarrollo; participar en la gestión y ejecución de los proyectos; evaluar su impacto y redefinir prioridades; entender los límites de autonomía que tiene la solución local, dentro del marco de la política global, nacional y departamental; y manejar los proyectos y programas de intervención por equipos intersectoriales, interdisciplinarios y liderados por la comunidad excluida.

Es importante construir la capacidad de la comunidad para las acciones orientadas a cambiar las condiciones de vida con el fin de producir más salud y mejorar la calidad de vida en los niveles individuales y colectivos.

Se pone énfasis en las relaciones mutuas entre los aspectos de poder y política, así como entre la participación social, el capital social y las políticas públicas. Todos estos temas son importantes en los procesos dirigidos a empoderar a las comunidades.

Dada la relevancia del tema de la salud es necesario ahondar en los conocimientos sobre el mismo, con la finalidad de generar procesos que proporcionen a las personas los medios necesarios para mejorar y ejercer un mayor control sobre su salud personal y colectiva, para toda la población en el contexto de su vida cotidiana.

INTRODUCCIÓN

A través de toda la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las corrientes filosóficas, políticas, sociales, culturales y económicas. Aún se continúa la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como parte de esa imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad.

Durante la mayor parte del siglo XX, el concepto de Promoción de la Salud estuvo dominado por la educación sanitaria dentro del enfoque biomédico de la Salud Pública. Agregado a lo anterior, los recursos existentes para los Sistemas Nacionales de Salud disminuyeron a partir de la década de los 80. Por otra parte, los servicios asistenciales no crecieron con la misma velocidad que las poblaciones y además se especializaron cada vez más, aumentando la utilización de las tecnologías de alto costo, y concentrándose en las áreas urbanas, hechos que han contribuido a dificultar el acceso a los servicios de salud de los grupos de población con mayor exclusión social.

En la reunión internacional de Ottawa en 1986 sobre la Promoción de la Salud se rescató la importancia que tienen las oportunidades de vida en el logro de la salud de la población, y se señaló la necesidad de tener presente los prerrequisitos de equidad y justicia social para alcanzar mejor salud y bienestar de las poblaciones. La democracia y el respeto por los derechos humanos son cualidades inherentes a la construcción de ambos prerrequisitos. De ahí que no sería posible desarrollar un ambiente saludable

de convivencia sin la participación de individuos y comunidades. Desgraciadamente, aquellos que desarrollan las políticas y toman las decisiones importantes con relación a la salud y la calidad de vida de las comunidades, no siempre tienen presente esta consideración. Existen grandes dificultades en el sector salud para asumir un liderazgo que responda adecuadamente a las necesidades sentidas de los grupos.

El gran reto es escuchar a la gente y evitar la tentación de manipular los procesos participativos con objetivos diferentes que los de responder a las prioridades identificadas por la comunidad. Si en la Promoción de la Salud se está persiguiendo la equidad como el resultado más deseado, el principal objetivo debe ser la aplicación de estrategias participativas.

La participación comunitaria no es posible en un vacío, las personas necesitan de incentivos para participar y el mejor incentivo es proporcionarles la oportunidad de trabajar por la solución de los problemas y las condiciones que afectan negativamente su vida diaria.

Una de algunas de las herramientas de la Promoción de la Salud es el empoderamiento debido a que representa un proceso en el cual las personas, las organizaciones o los grupos carentes de poder toman conciencia de las dinámicas del poder que operan en su contexto vital, desarrollan las habilidades y la capacidad necesaria para lograr un control razonable sobre sus vidas, ejercitan ese control sin infringir los derechos de otros, apoyan el empoderamiento de otros en la comunidad y por ende participan en la toma de decisiones. La participación comunitaria y el empoderamiento son mecanismos concretos para inyectar energía a los cambios sociales.

En América Latina se hace muy urgente el trabajo comprometido en la Promoción de la Salud como única opción para avanzar en la reducción de las brechas existentes en las condiciones de salud y bienestar de la población. Se conoce que la misma es la región del mundo que registra los más elevados índices de desigualdad y se han ensayado diferentes estrategias para subsidiar a los grupos excluidos con el propósito de disminuir estas desigualdades; sin embargo, los procesos de integración económica incrementan la inequidad, sustentando la necesidad de dar prioridad a ésta sobre la eficiencia y ensayar procedimientos de búsqueda, asignando recursos por igual a la población, o focalizando la asignación con mayores fondos a quienes más lo necesitan.

Las nuevas dinámicas sociales han permitido el resurgimiento del ámbito local como lugar de creación de estrategias efectivas para los cambios hacia el bienestar que exige cada comunidad. Cada sociedad responde a su ritmo propio y a sus formas características de actuar sobre su realidad, que exigen nuevas miradas y aproximaciones a partir de nuevos paradigmas. En este nuevo escenario, los procesos de negociación y participación cobran una importancia especial, pues a partir de ellos es posible concertar planes de desarrollo que trasciendan ideales y que busquen la participación de todos los sectores de la comunidad en el trabajo conjunto por lograr mejores condiciones de vida.

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica que profundiza los conceptos teóricos de la salud y su promoción como meta para avanzar en la búsqueda de la equidad, el empoderamiento como herramienta de la misma y la participación comunitaria junto al capital social que aspira conseguir mejores beneficios para las comunidades. Cada vez más crece la necesidad

de la investigación del efecto de la intervención de la promoción de la salud en su capacidad de proporcionar condiciones para una vida saludable.

Más que una monografía, más que una guía de cómo abordar estos conocimientos, este trabajo es una invitación a la reflexión, al replanteamiento de muchas ideas que quizás tenemos confundidas en cuanto a la necesidad de transferir el poder y trabajar en conjunto para el logro de una verdadera Promoción de la Salud.

CAPÍTULO 1

SALUD Y ENFERMEDAD

1.1. Conceptos de Salud y Enfermedad

El logro de mejores condiciones de salud de la población es una meta compartida por todas las sociedades, y ha actuado como un estímulo permanente en la búsqueda del conocimiento y los instrumentos que permitan prevenir, detectar precozmente y tratar efectivamente las enfermedades y problemas de salud que afectan a las personas. Los avances experimentados en esta búsqueda han estado continuamente influenciados por la concepción social del proceso salud-enfermedad, y han pasado de focalizar la atención en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, a la identificación de medidas de prevención hasta llegar al estudio de los hábitos de vida que pueden favorecer, retrasar o aun eliminar los riesgos de la enfermedad.

En este contexto, las últimas décadas se ha visto un creciente cambio en el enfoque del control de las enfermedades y problemas de salud de la población, orientando los esfuerzos hacia la promoción de hábitos de vida saludables, destinados a fortalecer los estilos de vida compatibles con un menor riesgo de enfermedad.

Es importante comenzar a definir los conceptos de salud y enfermedad, tomando en cuenta que son muchas las literaturas que

expresan los mismos; sin embargo la Organización Mundial de la Salud desarrolló un concepto de salud amplio y dinámico que compromete áreas importantes que se preocupan no sólo por prolongar la vida sino que pretende que vivamos mejor.

Gil (s.f) reseña diversos conceptos de salud y enfermedad:

El diccionario de la Lengua Española define la salud como "el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones"

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental, social y ambiental no sólo la ausencia de molestias o enfermedades".

Basándose en esta definición, y en su XXX Asamblea, se adoptó la estrategia de Salud para Todos, con el principal fin de reducir las enfermedades que impiden mantener una vida social y económicamente productiva. Tal estrategia fue concretada en 38 objetivos de aplicación para Europa, objetivos que se fueron perfilando en las Conferencias de Ottawa de 1986, de Adelaida de 1988 y de Sundswall de 1991.

El Estado Español se sumó a esta estrategia en 1990. Como desarrollo del planteamiento de la Organización Mundial de la Salud aplicada al mencionado país, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó en 1991 el documento del Plan de Salud: objetivos estratégicos de Salud Pública, concretados en 22 áreas de intervención (nutrición, actividad física, tabaco, abuso de alcohol, drogas, accidentes, riesgos medio ambientales, riesgos laborales, higiene alimentaría, antropozoonosis, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, salud mental, salud materno-infantil, salud del anciano, diabetes, enfermedades transmisibles, VIH/SIDA, salud bucodental, información sanitaria y estrategias comunes de intervención).

La definición mayormente utilizada por la administración sanitaria es la de Lalonde: la salud es "una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario". Así, el conocimiento de los muchos y variados factores en conseguir mejoras en la salud individual y colectiva, ha ayudado a establecer el papel que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios.

En una concepción moderna de la salud es preciso considerar la existencia de factores objetivos y subjetivos, así como de diferentes niveles o grados. Los exámenes de salud, esto es, los reconocimientos médicos de amplios sectores de la población que se realizan por los servicios sanitarios para detectar enfermedades de interés social, permiten comprobar que para una enfermedad dada el estado sanitario no es homogéneo, y que éste no puede dividirse en personas sanas y en personas enfermas, puesto que entre ambos extremos se encuentran diversos estados intermedios de salud relativa en lo que, junto al cumplimiento satisfactorio de las condicionantes que definen este estado sanitario, pueden encontrarse algunos signos desfavorables de intensidad discreta y no evolutivos, que no impiden a la persona integrarse plenamente en una actividad normal, familiar y social, y que le permiten "considerarse sano" tanto frente a sí mismo y frente la sociedad. Este concepto de salud relativa es superponible al de salud plenamente desarrollada y es el estado de las mayorías de las personas sanas.

El diccionario de la Lengua Española define enfermedad como "alteración más o menos grave de la salud". La enfermedad es considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede

explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran. (p.p. 1-3)

Las clásicas concepciones de salud como el estado de bienestar físico y mental, y de enfermedad como la alteración de dicho bienestar han sido cuestionadas y relativizadas en los últimos años, basándose en el hecho de que la existencia de una enfermedad no es incompatible con un nivel de vida normal, con un estado de salud. Por ejemplo, un hipertenso que en virtud de un tratamiento mantiene controlada su tensión arterial, goza en realidad de un estado de salud. Por otra parte, la conciencia de tener una enfermedad crónica, imprime cierto estigma social, lo que constituye un perjuicio adicional para quien la sufre.

La relación entre salud y enfermedad es explicada por Gallar (1998):

Este razonamiento nos lleva a enunciar el concepto de salud como "aquella manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa" (Goli Gurina y cols, 1978). La enfermedad sería pues, la situación en la que se alteraría dicho bienestar, en sus posibles vertientes física, mental y social.

Esta relativización conceptual también se basa en otro hecho: no todo el que está enfermo se comporta como si lo estuviera, de la misma manera que hay personas sanas que actúan como si estuvieran enfermas. Debemos pues añadir un nuevo concepto: conducta de enfermedad, que, como hemos visto, no es exclusiva de quienes están enfermos. Esta conducta es determinante de cara al afrontamiento de la enfermedad.

La reciente preocupación de las autoridades por la promoción de la salud ha llevado a que, como apunta Merino (1996), "hablar de salud esté de moda", en detrimento de la necesaria concienciación ante el también cotidiano fenómeno de la enfermedad. Promover la salud a costa de convertir la enfermedad en un tabú es un grave error, pues, como afirma Palomo (1996), la enfermedad es un acontecimiento común en nuestras vidas con el que nos debemos familiarizar desde pequeños para afrontarla adecuadamente.

Las enfermedades las puede predecir un individuo o una sociedad. Pueden ser somáticas, cuando se deben a una alteración corporal (orgánica); y psíquicas, cuando lo que se produce es un trastorno en la esfera mental. Sin embargo, esta distinción no es siempre estricta: hay enfermedades orgánicas cuyo origen puede deberse, total o parcialmente, a un estado mental determinado (estrés, personalidad, conductas...). A éstas las llamamos enfermedades psicosomáticas.

También puede suceder lo contrario: que una enfermedad corporal desencadene una alteración del estado mental. Se trata de enfermedades somatopsíquicas. (p.p. 96 y 97)

Existe también el concepto de que no existe la enfermedad, sino los enfermos, es decir que no todos enfermamos de la misma manera ante un mismo proceso patológico, cada uno lo hace de una manera propia. Por lo tanto existe una idiosincrasia personal en el proceso de enfermar. De ahí que debemos procurar individualizar las enfermedades, y por tanto cada uno de los respectivos tratamientos. Es bueno individualizar los casos y hablarle al paciente de su enfermedad, de alguna manera si el hombre es persona también será personal su manera de enfermar.

1.2. Determinantes de la salud

Son aquellos factores que determinan las condiciones de salud de un individuo o comunidad. La promoción de la salud pretende capacitar a los individuos de una comunidad para que ésta controle sus determinantes de salud y, así mejorarla. En la medida que se conozcan los mismos se podrá prevenir muchas enfermedades, sin embargo estos determinantes en muchas ocasiones no son posibles controlarlos de manera individual se necesita del trabajo en equipo así como, que la comunidad se encuentre informada de la importancia de los mismos. Un ejemplo de esto es el cuidado del ambiente y por ende del entorno este factor no se previene o soluciona individualmente, la responsabilidad es estrechamente de toda la comunidad involucrada y los resultados será la suma de muchas conciencias.

Ashton y Seymour (1990) (citados por Gallar) consideran que los principales determinantes de la salud son:

Dotación Genética. El control y prevención de la dotación genética puede prevenir anomalías congénitas. El consejo genético antes o durante el embarazo es esencial.
Factores Ambientales. El entorno también condiciona la salud de los individuos. Se ha demostrado ampliamente que un ambiente nocivo resulta perjudicial para la salud. Un estímulo de vida saludable pasa por un control y respeto exquisitos del medio ambiente.

Factores Nutricionales. Alimentarse correctamente es primordial para mantener un normal funcionalismo orgánico. Es en los países subdesarrollados donde la carencia de alimentos constituye uno de los mayores problemas, existiendo en nuestro entorno inmediato un amplio sector que recibe una nutrición deficitaria.
Salud Laboral. El ámbito laboral constituye una importante fuente de problemas de salud. La promoción de la salud debe comprometer no sólo a los trabajadores, sino también a las entidades en las que desarrollan su labor.
Estilos de Vida. Los hábitos de vida, las costumbres sociales, etc., implican a menudo problemas de salud: tabaquismo y alcoholismo, accidentes de tráfico en jóvenes, etc.
(p. 9)

1.3. Factores de riesgo de la salud

Todos de alguna manera quisiéramos tener y mantener un buen estado de salud, como bien se sabe mucho depende de nosotros mismos, así como de las actitudes de otros en el mantenimiento del entorno, siendo esta una manera de minimizar los factores de riesgos.

El conjunto de prácticas, hábitos de vida o trastornos físicos o psíquicos que predisponen o favorecen la aparición de ciertas enfermedades se considera factores de riesgo. Por ejemplo, el estrés, sedentarismo, tabaquismo, hipertensión y diabetes, son factores de riesgo de cardiopatía isquémica.

Para Gallar no sólo es importante los factores de riesgos sino los grupos de riesgos y la manera de reconocerlos:

Tradicionalmente, a aquel grupo de individuos que incurrían característicamente en determinados factores de riesgo, se le denominaba grupo de riesgo.
Actualmente se ha venido demostrando que la tipificación de ciertos colectivos como grupos de riesgo resulta inadecuada, ya que implica cierta discriminación y, además, se daba el grave hecho de que aquel sujeto que no se consideraba formar parte de un grupo de riesgo quedaba fuera del control preventivo.
Por todo ello, hoy se tiende a sustituir el concepto de grupo de riesgo por el de práctica de riesgo, mucho más amplio y sin connotaciones discriminatorias, con el que se advierte a la población general que el riesgo lo tiene cualquier persona que realice prácticas de riesgo.
(p. 11)

1.4. Taxonomía de las necesidades de salud

Se destaca que para el ciudadano común, lo ideal es el mantenimiento permanente de los estilos saludables de vida. Para el logro de este anhelado bienestar, las políticas de salud en las cuales se deben ahondar es en las vinculadas con la satisfacción de las necesidades de salud de la gente.

Como instrumento de análisis existe la taxonomía de las necesidades de salud, de manera sistematizada, la cual consta de cuatro necesidades que en orden prioritario son requerimientos en la vida del ser humano y su entorno. Estas necesidades son:

Grupo 1: Necesidad de buenas condiciones de vida.

Grupo 2: Necesidad de autoconocimiento y autocuidado

Grupo 3: Necesidad de acceso a todas las tecnologías en salud.

Grupo 4: Necesidad de vínculo con un profesional o con el equipo de salud.

El 1º y 2º grupo corresponde a necesidades genéricas que demanda la gente, como medio de desarrollo personal y social.

El 3º y 4º grupo están relacionados directamente con las oportunidades de la gente de accesar oportuna y de manera eficiente a los servicios de salud.

La descripción de cada uno de estos grupos se presenta en el informe que Mora, García, González y Machado (1999) hacen del seminario "Contribuciones a la reforma del sector salud en Venezuela":

GRUPO 1: NECESIDADES DE BUENAS CONDICIONES DE VIDA.

Destacan entre este grupo de necesidades:

Empleo, vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y seguridad.

GRUPO 2: NECESIDADES DE AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO

Necesidad de organización y participación de la sociedad civil.

Necesidad de auto-conocimiento para el auto-cuidado de la salud.

GRUPO 3: NECESIDAD DE ACCESO A TODAS LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD POR NIVELES DE ATENCIÓN.

Destacan entre este grupo de necesidades:

La accesibilidad a las tecnologías en salud en forma adecuada y oportuna en términos de eficacia. Ejemplo: El tener acceso apropiada y oportunamente a las tecnologías utilizadas por diversos programas de salud: Ejemplo: Materno Infantil, Diabetes, Hipertensión Arterial, Adolescencia, Salud Mental y Cirugía de Alto Riesgo entre otros.

El acceso a servicios de:

Promoción de la salud.

Prevención de riesgos a enfermar.

Curación de la enfermedad y rehabilitación, como medio para recuperar la salud interferida por daños biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del usuario que demanda de los servicios.

La accesibilidad, permite desagregar la dimensión de la calidad de vida, porque si existe acceso a los servicios, dicho acceso mejora el nivel de salud, que es un indicador de bienestar y calidad de vida.

GRUPO 4: NECESIDAD DE TENER UN VÍNCULO CON UN PROFESIONAL O CON EL EQUIPO DE SALUD.

Los usuarios, como agentes demandantes de los Servicios de Salud, necesitan tener seguridad de contar con un profesional o un equipo que les atienda y les

canalice su situación de manera científica, tecnológica, oportuna, humanizada, segura y apropiada a sus reales necesidades.

La necesidad del vínculo, es el elemento de enlace que genera la confianza y credibilidad del usuario en el Sistema de Salud. (p.p. 6 y 7)

1.4.1. Indicadores que caracterizan el vínculo/ usuario/ servicios de salud

Debe existir una estrecha relación entre estos tres factores, se asegura que es una cadena donde la finalidad principal es la atención integral del usuario, se destaca que deben existir todas las condiciones dadas para que figure una coherencia de una con la otra, cada uno de estos factores vistos individualmente no logran ningún tipo de acción positiva para el usuario. Así como, la importancia que estos tienen se maximizan en la medida que se logre la asociación esperada.

Se ha hecho mucho hincapié en la importancia que tiene cubrir las necesidades de salud que presentan los usuarios, así como la preocupación que conlleva trabajar con la métodos mas apropiados.

También Mora, García, González y Machado hacen referencia a los indicadores que caracterizan la conexión entre el vínculo, el usuario y lo servicios de salud:

- *La oportunidad con que se acceda a los Servicios*
- *La permanencia del vínculo con el usuario.*
- *La capacidad resolutiva del problema.*
- *La seguridad, credibilidad y confianza*
- *La individualidad versus la dimensión de colectividad es importante considerarla porque el vínculo tiene mucha relación con la subjetividad.*
- *La responsabilidad proactiva y sinérgica del equipo multiprofesional, interdisciplinario e intersectorial de salud, en el sentido de que el equipo debe responder oportunamente.* (p. 7)

1.4.2. Calidad del vínculo

Está demostrado que el vínculo de confianza y credibilidad permanente ante el usuario está haciendo mucho por la accesibilidad a los servicios de salud. Los profesionales de la salud deben tener presente la atención al usuario como primera instancia, así como deben contar con el apoyo de la tecnología necesaria para resolverle las necesidades al mismo.

Las relaciones del éxito con la calidad del vínculo son esquematizadas por Mora, García, González y Machado:

DE LA CALIDAD DEL VÍNCULO DEPENDERÁ:

El ÉXITO — *-De la accesibilidad a la tecnología y servicios de salud en forma oportuna y adecuada a las necesidades reales del usuario.*
-De la gestión institucional en salud.

A menor vínculo la gestión en salud será débil

A mayor vínculo la gestión en salud se fortalece.

La calidad del vínculo es clave para la credibilidad y confianza por parte de la comunidad.

Ejemplo: Cuando se da educación para la salud, para atacar problema de mortalidad infantil por diarreas y bajan los índices de mortalidad, -hay credibilidad y confianza -por lo tanto hay calidad del vínculo.

Cuando se ataca el analfabetismo en zonas de alta deserción escolar, con programas de educación de manera permanente y disminuye el número de analfabetas, se instituye la credibilidad y confianza, generándose calidad del vínculo.

Como rescate de la credibilidad y confianza en el Sistema de Salud por parte de los usuarios, es impostergable crear ese vínculo de credibilidad y confianza a nivel de: Ambulatorios urbanos, rurales y en los grandes Hospitales. Para ello es importante hacer tres cosas:

1. *Crear los protocolos de atención*
2. *Organizar un equipo integrado por un médico y una enfermera responsable*
3. *Otros profesionales que puedan ayudar debidamente a la persona que demanda de servicios.*

En el Canadá se llama a estos Protocolos de Atención - Modelos de Atención de Enfermería; los cuales constan de tres (03) momentos de gestión, aplicando los estándares de atención, los cuales constan de:

I. El momento de ingreso del usuario

II. El momento de permanencia y seguimiento.

III. El momento de alta, contrarreferencia y seguimiento de atención.

Estos Protocolos de Atención, se establecen:

Por programas de atención (área ambulatoria y Nº.- de habitantes)

Por área clínicas y grado de complejidad de la atención del usuario (hospital al hogar)

Por el número de camas (hospital)

Para el usuario es muy importante conocer el nombre de médicos, enfermeras y otros profesionales responsables de su atención.

En cada escenario hay que realizar un diagnóstico del equipo de salud disponible, creando la viabilidad. Significa que el equipo se debe organizar con los recursos que se tenga disponible. (p.p. 8 y 9)

1.4.3. Identificación de actores

Los sujetos se convierten en actores sociales en la medida que logran comprender y alcanzar sus intereses.

Los actores sociales tienen la responsabilidad de pensar en la situación presente y en las estrategias para construir una situación futura, deben analizar y reflexionar sobre la existencia de nuevas situaciones políticas ya que pueden construir nuevos escenarios.

El rol más importante del actor social es el de planificador y conductor de proyectos, deben centrar su acción en el liderazgo del poder negociando con otros actores, siendo los mismos aliados u opositores.

Es importante reflexionar sobre la posición y comportamiento de dichos actores, detectando cuales son los verdaderos actores aliados comprometidos con la promoción y cuáles son aliados por algún interés personal que a larga no benefician en nada al proceso de cambio implantado por la promoción de la salud. Así mismo, es importante identificar los actores antagónicos, incentivando procesos de negociación conquistando que muchos se integren y se conviertan en aliados de la promoción de la salud.

El actor social debe valorar el cambio generado para la transformación de los servicios salud, la calidad de la formación profesional de los Profesionales de la salud, la calidad del compromiso y el protagonismo de la comunidad organizada en el mejoramiento de su nivel de salud y condiciones de vida.

Para Mora, García, González y Machado, el actor social significa:

Cualquier persona u organización, que desempeña un rol social en:

La toma de decisiones de poder

La definición de políticas y estrategias para formular el plan de gestión.

La evaluación de impacto de políticas y estrategias

En este orden de ideas, los servicios de salud que respondan a la satisfacción de las necesidades de la gente, dependen de:

La disponibilidad de recursos.

Las modalidades organizacionales y estilos de gerencia de los servicios y recursos. En tal sentido es importante conocer:

Cómo son definidas las modalidades y sus recursos.

La diferencia de riquezas, de valores asignados al Sistema de Salud.

Oferta de Calidad de Servicios (Público, Privado, Seguridad Social)

Pago del personal, proveedores y otros.

Formas de trabajo.

Producción de servicios para el usuario carente de recursos.

Escogencia de valores por el juego del poder, bien llamados valores dominantes.

El comercio común.

Es importante identificar actores con quien negociar los valores, descubrir las situaciones, teniendo presente los cambios para establecer alianzas estratégicas y conocer los núcleos de poder. (p.p. 9 y 10)

1.5. Inequidades en salud

Existen formas útiles de medir desigualdades en salud, con criterios igualmente útiles que permitan comprender sus determinaciones y por tanto establecer su evitabilidad e injusticia de su presencia en una comunidad solidaria y que se propone crear condiciones adecuadas para el desarrollo de todos sus miembros independientemente de sus características personales de raza, etnia, ocupación, sexo, creencia religiosa, etc.

Es importante resaltar que en todo el proceso de buscar equidad en salud debe estar asociado el empoderamiento de los grupos mas marginados, deben existir redes de apoyo social de solidaridad en y entre comunidades involucradas, por ende se debe aumentar el capital social de las comunidades de tal manera de conseguir mayor justicia arrastrando ésta mayor equidad. Solamente con herramientas que todos puedan utilizar y entender será posible desarrollar actividades de promoción de intervenciones que sean necesarias para aumentar la equidad en salud.

En caso de que se tomen medidas para estudiar la inequidad presente deben ser las mismas de fácil comprensión para los tomadores de decisión y para todos los actores involucrados en la búsqueda de soluciones.

Restrepo y Málaga (2001) explican:

> *"Inequidad" es lo opuesto a equidad, pero no es la "inequidad" que significa simplemente injusticia. Existen muchas definiciones del término, entre ellas se puede elegir la más sencilla, que tiene inmediata aplicación desde el punto de vista práctico. Se dice que existe una inequidad en salud si se tiene una desigualdad evitable, innecesaria y no justificable. La inequidad en salud es antes que todo, un problema de ética para ser discutido desde el punto de vista de la teoría de la justicia.*
>
> *Es necesario identificar y medir (cuantificar) desigualdades, como parte indispensable del estudio de la equidad en salud y como tarea ineludible en la búsqueda de las inequidades en salud para posteriormente, con participación de la sociedad, de todos los actores de la comunidad, a través de una discusión abierta, democrática y participativa, concluir sobre la evitabilidad de dichas desigualdades, crear las condiciones para el diálogo sobre su no-necesidad y la forma de enfrentar la injusticia de su presencia en la comunidad.*
>
> *El ejercicio de medición de las desigualdades en salud no se hace por razones académicas. El interés no es conocer la magnitud de las desigualdades individuales sino poder ubicar la dirección de estas desigualdades, de acuerdo con criterios que sean útiles para intervenir. Es a través del empoderamiento, la participación, la democracia real, como mejor se enfrentan las desigualdades evitables, innecesarias e injustas; así mismo, es también a partir del nivel comunitario y local que se construye el ambiente político, para que se puedan enfrentar las inequidades en un país.* (p. 84)

CAPÍTULO 2

PROMOCIÓN DE LA SALUD

2.1. Antecedentes

2.1.1. Creencias primitivas sobre cómo mantener la salud

Con respecto a las creencias primitivas sobre el mantenimiento de la salud Restrepo y Málaga (2001) señalan:

> *Las creencias y prácticas para evitar enfermarse -amuletos, talismanes, hechizos, etc.-, han existido desde los tiempos más primitivos, y persisten aún en muchas culturas- uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colores, etc.-, que son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.* (p.p. 15 y 16)

Es indudable la necesidad y la preocupación que siempre el ser humano ha demostrado por mantenerse saludable, independientemente de las causas a las cuales haya sido atribuida la ausencia de salud y sus diversas manifestaciones. Por supuesto, los medios para lograrlo han ido cambiando, sin que ello quiera decir que no permanezcan algunas de las creencias primitivas que todavía es posible observar en la actualidad, asociadas a las culturas de los pueblos y a la incansable búsqueda de alternativas que permitan minimizar el riesgo de pérdida de un sistema de vida saludable.

2.1.2. Conceptos de salud de los griegos

El concepto de salud y su promoción ha evolucionado a lo largo de la historia, presentándose en el mismo ciertas diferencias y a la vez conservando ciertos elementos comunes cuya comprensión requiere el conocimiento de diferentes corrientes que de una forma u otra han tenido implicaciones sobre el desarrollo de nuevos paradigmas.

También Restrepo y Málaga presentan la evolución histórica de dicho concepto desde la época de los griegos hasta el siglo XIX:

> *Esculapio que debió ser humano hacia 1250 a.c., era el Dios de la salud y su culto persistió por mucho tiempo. Tuvo dos hijas, Panacea conocida como la Diosa de la curación e Hygea, de la "salud", quien dio origen a la palabra "higiene". En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia. A Hygea se le reconocía como Diosa del arte de estar sano, entendido éste como la moderación en el vivir, o " el orden natural de las cosas"; Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos.*
>
> *En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, es decir un envejecimiento sano. En los siglos VI y V a.c., abundaron los valores dados a la salud y a estar saludable. Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza, hoy fundamental en la concepción de la promoción de la salud. Los seguidores de Pitágoras, fueron, más que médicos, una orden religiosa que recomendaba una vida pura adquirida a través de dietas y prácticas especiales, dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio. Dentro del rescate de los aspectos que influyen en el bienestar, no se puede desconocer al filósofo Epicuro, defensor de todas aquellas cosas que proporcionan el verdadero gozo por la vida.* (p. 16).

Aunque los griegos tenían una visión contemplativa de la salud al considerarla como un don de los dioses y una exagerada preocupación por el cuidado perpetuo de la salud y del cuerpo, debe destacarse la importancia dada a la higiene y al equilibrio que ha de darse entre lo preventivo y lo curativo. Por otra parte, por vez primera se expresa la idea del mantenimiento de la salud como fuente de riqueza y como requisito indispensable para un disfrute pleno de la vida.

2.1.3. La salud en el Imperio Romano

Continuando el recorrido por la evolución histórica del concepto de promoción de salud, Málaga y Restrepo plantean:

> *Con los romanos se tuvo una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban el trabajo como fuente de salud, "el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas...La pereza no es saludable...y no es verdad que la gente inactiva es más sana".*
>
> *Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y "afeminado" y apareció una concepción más amplia de salud que incorpora la mente, consagrada en el célebre aforismo "mente sana en cuerpo sano".*
>
> *Galeno, el más famoso de los médicos romanos fue el primero que habló de los "pre-requisitos" para la salud; "libertad de pasión e independencia económica" fueron los principales, considerados más importantes que la buena constitución física, porque "no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa".*
>
> *La gran contribución del imperio romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública, así como la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público.* (p. 17)

Durante el Imperio Romano el concepto de promoción de la salud se ve ampliado pues, aunque no excluye la necesidad de cuidar al cuerpo, incluye la atención que también debe darse al cuidado de la mente, integrando el desarrollo físico, mental y social, además de considerar la importancia que tiene contar con agua para que una comunidad sea saludable y de valorar las políticas públicas de salud.

2.1.4. Del cristianismo y los árabes

Después de la caída del Imperio Romano debido a la corrupción moral y política, el sistema de valores sufrió cambios relevantes lo cual influyó en la modificación de diversos conceptos, entre ellos el de salud y su promoción, tal como se evidencia en la descripción que Restrepo y Málaga hacen de las características esenciales del período comprendido entre el inicio del cristianismo y finales del siglo XIV:

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud; " la higiene pagana no puede preservar la salud" y no son necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos. Pero el cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la edad media, hubo espacio para la higiene colectiva, el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor para los peregrinos. Se aceptaron las ideas de Galeno porque creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo y fueron abandonados los principios de los Hipocráticos; no obstante, en la Edad Media se difundieron tanto los principios de Hipócrates como las ideas de Galeno, en pequeños tratados que resumían cómo debía vivirse y qué reglas había que guardar.

La contribución de los árabes fue muy importante para la medicina y hubo nombres famosos de médicos cirujanos y terapeutas con gran conocimiento sobre medicamentos. Con relación a la Promoción de la Salud es digno de mención el filósofo judío Maimónides, nacido en Córdoba-España, quién escribió una guía de la salud personal llamada Libro del Consejo, que exaltaba la importancia del carácter sobre las viles riquezas, y en su obra- Sobre las Causas y Naturaleza de la Enfermedad-, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre la salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, y por la noche "se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnios".

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y Salud pública. Durante este período ocurrió la gran epidemia de la "Peste o Muerte Negra"que devastó el mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria. (p.p. 17 y 18)

Este amplio período histórico es especialmente productivo en ideas referidas al concepto de salud, ya que incluye una extensa variedad de elementos vinculados con cada contexto específico: el espíritu como fundamento de la salud, la preeminencia del alma sobre el cuerpo, la importancia dada a la alimentación y a los hábitos de higiene, la relación entre la salud física y mental, la concepción de los hospitales como espacio de atención integral a los enfermos y el diseño de medidas de protección de salud comunitaria.

2.1.5. El Renacimiento

Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la aplicación de los principios recopilados desde los griegos y por el intercambio tanto de enfermedades como de medidas de prevención y promoción ocasionado por el

descubrimiento de América, con el consiguiente choque entre los conocimientos y prácticas de las distintas culturas.

En lo que a este período se refiere, Restrepo y Málaga manifiestan:

> *El Renacimiento, contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública. En medicina se destaca el humanismo de Paracelso. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo por su interés en las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas.* (p. 18)

2.1.6. Siglos XVII y XVIII

Luego de dos siglos caracterizados por la carencia de aportes significativos en la conceptualización de la salud y la ausencia de innovaciones en materia de salud pública, durante los siglos XVII y XVIII se producen grandes cambios, tal como lo refieren Restrepo y Málaga:

> *El siglo XVII registra importantes avances en la medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de la enfermedad. En este período se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina.*
>
> *El siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas; pero los movimientos que se dieron fueron muy diferentes, de un lado se impuso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la salud debía ser hecha por el Estado autocráticamente, por medio de leyes y regulaciones policíacas.*
>
> *Otra corriente totalmente diferente de este siglo XVIII, se inspiró en la filosofía de la Iluminación propia de este período y centrada en el individuo: el hombre es bueno, racional y es el único que puede cambiar su situación pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario... La educación era entonces la panacea y uno de sus mejores exponentes en el campo de la salud pública fue John Locke, quien formuló un programa de salud física y mental a través de la educación.* (p. 19).

Sin obviar la relevancia de los avances en la Medicina ocurridos en el siglo XVII, el énfasis dado a la educación, a la consideración tanto de la salud física como de la mental y de las causas sociales de la enfermedad, son los

principales aportes de este período. Se resaltaron aspectos de la promoción de la salud y del bienestar de la población, enfatizándose en la importancia de una buena salud como fundamento para tener calidad de vida y en la insuficiencia de preocuparse sólo por la propia salud, además de especificar medios que pueden afectar a un cuerpo saludable: una mala educación, abusos en el comer y beber, excesos en la actividad física o inactividad, factores climáticos, factores emocionales y factores sociales.

2.1.7. Siglo XIX: la medicina social

Es en el siglo XIX cuando por primera vez se expresa abiertamente la relación existente entre las condiciones inadecuadas de vida de la gente pobre y las causas o determinantes de las enfermedades y epidemias. En este sentido Restrepo y Málaga exponen:

El siglo XIX fue de una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología y medicina preventiva; son muchos los hombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Snoww, etc; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la Promoción de la Salud, es decir a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad.

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano.

Definitivamente el más grande representante de ésta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la promoción de la salud, es Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas. Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la medicina inhumana basada en el "amor por el dinero". Por esta causa, desarrolló un activismo político y fundó un periódico llamado "Reforma Médica" en los que se debatían los temas de una necesaria reforma de la medicina, y la necesidad de una verdadera salud pública ejercida por el Estado para garantizar la corrección de las condiciones que afectaban la salud de los más desfavorecidos.

No puede faltar en este breve recuento de la revolución que se inició en la salud pública del siglo XIX, un nombre que hizo una trascendental contribución a los enfoques más integrales e intersectoriales, que se buscan hoy en propuestas de ciudades y municipios saludables, y es el de William H. Duncan, primer jefe local de salud de Liverpool, considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en

Europa. Duncan lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado en un cambio ambiental en su sentido más amplio. (p.p. 21,22 y 23).

Dada la toma de conciencia entre la relación entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida evidente durante el siglo XIX, los aportes al concepto de promoción de la salud en este período se centran en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades y en el hecho de alcanzar la equidad sobre la base del logro de una auténtica democracia, en un ámbito de libertad y prosperidad, todo ello con el objetivo de optimizar los estándares de vida. Estos aspectos, aunados al planteamiento de una reforma de la medicina orientada a minimizar la práctica médica inhumana, conforman un enfoque más integral de la salud.

2.1.8. El siglo XX

La historia más reciente que antecedió a la concepción actual de la promoción de la salud entendida como un proceso que pretende asegurar niveles de vida adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud, concede especial importancia a los determinantes de la salud, a la organización de la comunidad, al diseño de políticas que mejoren las condiciones de salud de la población, a la aplicación de programas educativos y al desarrollo de una maquinaria social.

Haciendo referencia a la evolución del concepto de promoción de la salud durante el siglo XX, Arroyo y Cerqueira (s.f) expresan lo siguiente:

Es en la década de los ochenta donde la promoción de la salud se convirtió en una importante estrategia dentro el campo de la salud pública, mucho del discurso y las intervenciones de promoción de la salud enfocaba cambios de comportamientos y estilos de vida.

En la década de los ochenta, mucho del discurso y las intervenciones de promoción de la salud enfocaba cambios de comportamiento y estilos de vida. Una de las herramientas más utilizadas en las campañas de promoción de salud fue la conocida como "mercadotecnia social" (social marketing). Se diseñaron y emitieron diversos

mensajes a través de los medios de comunicación masiva (radio y televisión), y la prensa escrita. También se realizaron numerosos cursos de capacitación a promotores para implantar actividades educativas y distribuir el material promocional (folletos, camisetas, logos y otros). Se realizaron campañas masivas de difusión, logrando gran visibilidad política y movilización social pero a un costo elevado y con bajos resultados en términos de cambios de hábitos y conductas de riesgo y mejoramiento de estilos y calidad de vida.

Si bien el enfoque y la organización de los servicios de salud continuaban mayormente en función de las actividades curativas, también se realizaron acciones preventivas, como las campañas de vacunación y de lucha contra el cólera. No obstante lo exitoso de estas acciones en la prevención de enfermedades, no lograron mayor trascendencia en cuanto a las profundas transformaciones sociales, políticas y organizacionales necesarias para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población. La crisis económica dejó a una proporción significativa de la población en condiciones de pobreza y de insalubridad.

A pesar de que la participación de la comunidad en la década de los ochenta se fomentó más como una colaboración con las metas de los servicios de salud que con la toma de decisiones sobre prioridades y planes de acción, la táctica de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud han fomentado mayor descentralización de los recursos y una mayor participación social en las actividades de promoción de la salud y de salud comunitaria.

Estas tendencias contribuyeron a la reorientación del sector por su énfasis en una nueva visión y práctica de salud pública y porque se potenció aún más la implantación la estrategia de atención primaria. Durante la década de los ochenta las acciones de educación para la salud se debilitaron considerablemente a favor de las campañas de comunicación. Veinte años después de firmada la Declaración de Alma Ata para la Atención Primaria en Salud, y a diez años después de firmada la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, nos detenemos a reflexionar sobre los logros alcanzados y las lecciones aprendidas en la implantación de la estrategia de la promoción de la salud y la educación para la salud.

En suma, tanto el marco conceptual como la práctica de la promoción de la salud se han desarrollado mayormente en Europa occidental, Canadá y Estados Unidos de América. En América Latina y el Caribe el avance ha sido lento y con algo de resistencia por parte de los trabajadores de la salud. La OPS/OMS ha jugado un rol fundamental en el fomento y la adopción de la promoción de la salud como estrategia de salud pública con los gobiernos y miembros en la región de las Américas. Los conceptos, premisas, propósitos y estrategias de la promoción de la salud tienen muchos años. Sin embargo la promoción de la salud que se propone en la actualidad comprende un amplia dimensión social, que promete vigorizar el quehacer de la salud pública y movilizar la sociedad en torno al compromiso de las metas de salud para todos. (p.p. 9 y 10).

Por lo tanto, la promoción de la salud tiene como fin mejorar la salud individual y la colectiva y contribuir al logro de la equidad y la justicia social. Para ello debe valerse de la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación formal e informal, de la toma de conciencia de los medios de comunicación y de los actores de los escenarios políticos, así como del fortalecimiento de los procesos de participación social que garanticen una mayor integración intersectorial la cual también exige actuar sobre los

servicios de salud para reorientar sus metas y objetivos hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

2.2. La carta de Ottawa

Es a finales del siglo XX, cuando el tema de la Promoción de la Salud cobra especial relevancia. Prueba de ello es la realización de la Conferencia Internacional de Ottawa (1986) (Ver Anexo I), durante la cual se analizaron diferentes variables intervinientes en un proceso que, lejos de pretender una profundización teórica sobre el tema, persigue la definición de acciones concretas que se deben llevar a la práctica. Restrepo y Málaga (2001) describen la Conferencia y su importancia:

> *La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá, en 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la Promoción de la Salud, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la meta de "Salud para Todos en el Año 2000", que no avanzaba como se esperaba, "el desarrollo de la promoción es una reacción al fracaso anterior...es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos" (Mahler 1986). La promoción de la salud surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo.* (p. 26).

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la Promoción de la Salud. Dicha agenda contempla cinco grandes áreas estratégicas. La primera de estas áreas es explicada por Castro (1997):

> *1.- Construir Políticas que ayuden a la Salud: Tienen el propósito de ordenar y conjuntar la acción de los diferentes sectores sociales hacia el objetivo común de producir salud, ello requiere mediar y concertar con los diferentes sectores y organismos*

responsables de formular políticas las cuales, es bien sabido, en muchas ocasiones atentan contra la salud. (p. 51)

La Promoción de la Salud va más allá de la mera asistencia sanitaria y convierte a la salud en un capítulo de la agenda de cualquier político en cualquier área de gobierno o de la administración. La Promoción de la Salud requiere que todos los obstáculos que impidan la adopción de políticas se identifiquen en los sectores no médicos y que se diseñen estrategias para salvarlos. La idea debe ser el hacer que "las opciones más sanas sean las opciones más fáciles". (Pérez y Castro, s.f., p.4).

En cuanto a las cuatro áreas restantes de las cinco que conforman las acciones propuestas como aporte fundamental de la Conferencia de Ottawa, Ashton (1987) expresa:

2.- Crear los ambientes favorables: La Promoción de la Salud reconoce el hecho de que a nivel global y local nuestra salud depende de cómo tratemos el medio ambiente y la naturaleza. Las sociedades que explotan su medio ambiente sin prestar atención a su ecología sufren los efectos de esta explotación en su estado de salud. La salud no puede separarse de otros objetivos de cambios de esquemas de vida, el trabajo y el ocio tiene una importancia definitiva sobre la salud. La Promoción de la Salud debe, pues, crear condiciones laborales y de vida que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y placenteras.

3.- Reforzar la acción comunitaria: La Promoción de la Salud trabaja por medio de una acción comunitaria que sea efectiva. El núcleo de este proceso es que las comunidades tengan el poder de desarrollar y controlar automáticamente sus propias actividades y iniciativas. (p. 14).

"La participación ciudadana debe ser activa, es decir que la población debe influir y estar presente en el proceso de la toma de decisiones que atañen al desarrollo en la cual está involucrada". (Pérez y Castro, s.f., p. 22). Ello implica que los profesionales de la salud deban aprender nuevos caminos de trabajo con individuos y comunidades basadas más en trabajar "con y para" que en trabajar "sobre" ellas .

La cuarta acción propuesta en la Carta de Ottawa y puntualizada por Ashton es:

4.- Desarrollo de habilidades personales: La promoción de la Salud apoya el desarrollo individual y comunitario mediante el suministro de información, educación para la salud y ayuda a la población para el desarrollo de las habilidades necesarias para hacer elecciones de vida sana. (p. 14 y 15)

El centro de salud y otros servicios de la comunidad local se pueden plantear tanto una política de comunicación pública que incluya un plan de información sanitaria, como la utilización puntual de medios de comunicación; así como actividades de educación para la salud dirigidas a afrontar etapas de crisis vital, a desarrollar estilos de vida saludables, a promover la salud de personas con enfermedades o problemas de salud, a desarrollar la competencia de las personas sobre su salud desde la infancia en los centros escolares o a aumentar la toma de conciencia de los grupos sociales sobre los factores sociales, políticos y ambientales que influyen sobre la salud.

Ashton también expone la quinta y última acción planteada:

5.- Reorientar los servicios asistenciales: La responsabilidad de la Promoción de la Salud en los servicios asistenciales debe ser compartida por los usuarios, las asociaciones o grupos comunitarios, los profesionales de la salud y las personas con responsabilidades administrativas y de gobierno. La OMS "1986" plantea que todos deben trabajar juntos en la dirección de un nuevo sistema asistencial que contribuya a la salud.

El papel de los profesionales de la medicina debe extenderse desde sus responsabilidades terapéuticas hacia la Promoción de la Salud. Para conseguirlo es necesario, en primer lugar, un reconocimiento de que las causas de la enfermedad en su mayoría se encuentran fuera del sector de influencia médica tradicional y que el reto consiste en situarse en una posición que permita influenciar realmente las causas de las enfermedades.

Desde una perspectiva histórica parece que estamos entrando en una nueva fase en nuestra forma de pensar sobre la salud. El Movimiento Sanitarista del siglo pasado fue posteriormente eclipsado por una aproximación más individualista a los problemas de la salud. Cuando los problemas ambientales fueron controlados, las acciones para mejorar la salud de las comunidades se enfocaron hacia los servicios médicos preventivos de tipo personal como las inmunizaciones y posteriormente a la terapéutica en la era antibiótica. Los trabajos de McKeown, junto con la desilusión por el aumento de los costos sin aumento de los beneficios asociado a los tratamientos, han provocado un

interés renovado en la medicina preventiva y en la Promoción de la Salud. En la actualidad parece ya posible el empezar a planificar para la salud más que únicamente planificar para enfermedades. (p.p. 14, 15 y 16).

Las cinco acciones descritas no pueden ser consideradas de manera aislada ni como pasos consecutivos de un proceso lineal, sino como un elementos integradores de un proceso continuo y en espiral que deben ser atendidos de forma simultánea y permanente, pues de lo contrario no es posible alcanzar la meta de lograr un desarrollo humano y social más equitativo.

2.3. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud

El próximo nivel de concreción en cuanto a la importancia dada al tema de la Promoción de la Salud, se encuentra en la Conferencia realizada en Colombia en 1992, durante la cual se contextualiza el proceso en el marco de la realidad específica de América Latina.

En la Declaración de la Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, (Ver Anexo II) editada por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Colombia se expresa:

Es en 1992 cuando se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud bajo los auspicios del Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que tuvo lugar en Santafé de Bogotá. Asistieron 550 representantes de 21 paises, entre ellos Venezuela; los mismos se reunieron para definir el significado de la Promoción de la Salud en América Latina y debatir principios, estrategias y compromisos hacia el logro de la salud de la población de la salud de la Región.

La promoción de la salud en América Latina busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. La Región desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoria de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la Promoción de la Salud para alcanzar este propósito no consiste sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes, origen de estas calamidades. (p.p. 2,3,4 y 5).

La importancia de esta Conferencia se encuentra en el hecho de analizar el tema de la promoción de la salud en América Latina, considerando las características de los pueblos de la región y sus condiciones sociales, políticas y económicas, y evaluando la factibilidad de la aplicación de programas concretos en un ámbito donde la exclusión y la inequidad ocupan grandes espacios.

2.4. Bases legales de la promoción de la salud

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) puntualiza en algunos de sus artículos la salud como derecho social fundamental, involucra al Estado como rector del financiamiento del sistema público de salud y derecho a la seguridad social, además de establecer las bases jurídicas para la promoción de la salud.

Los artículos que hacen referencia al tema de la salud son:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la Ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de

calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 85: El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la Ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las Universidades y los Centros de Investigación se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86: Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de prevención social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Por primera vez en el país la Constitución Nacional establece las bases jurídicas para la promoción de la salud y ha permitido la formulación de una serie de instrumentos legales, como el Proyecto de Ley sobre Promoción Comunitaria y la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente. En la nueva estructura del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, la promoción de la salud y el desarrollo social constituyen un eje prioritario que atraviesa todas las acciones y su operacionalización se realiza en la ejecución del Modelo de Atención Integral en el ámbito de los servicios locales de salud apoyado en la descentralización, desconcentración y la participación social, la cual es considerada como un proceso integral donde las organizaciones sociales participan activamente en la identificación, análisis, diseño y puesta en marcha de soluciones, gobierno y sociedad

mantienen vínculos de corresponsabilidad en el marco de la autonomía y la equidad. La participación es fundamental en la construcción del nuevo orden social, donde el Estado no sea el centro de acción al individuo y se oriente a la sociedad hacia un desarrollo social y humano sostenible con espíritu democrático amplio y profundo y una sociedad civil organizada y participativa. Para hacer efectiva la promoción de la salud se requiere integrarla a los componentes de la atención en este marco conceptual y metodológico del Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social, asegurando una estructura operativa que contemple, entre otros elementos, la formación del capital social y coordinación intrasectorial e intergubernamental, así como la definición de indicadores de proceso, de resultados, y del impacto que permitan monitorear y evaluar la gestión.

2.5. Conceptos de promoción de la salud

Jáuregui y Suárez (1998) define promoción de la salud como:

Son las acciones de educación y concientización ofrecidas preferiblemente por equipos de profesionales extramurales de salud, dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud y entorno, con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable y fomentar el autocuidado y la solidaridad. (p.24)

La Organización Panamericana de la Salud (1999) expresa: "Es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". (p. 17).

Gallar (1998) expone como concepto:

Es proporcionarles 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. (p.2)

Es el conjunto de medios y estrategias encaminados a procurar la adopción de unos hábitos de vida saludables.

Este concepto está íntimamente vinculado al de Educación para la Salud, que (Costa y López, 1997) conciben como " un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza y aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y a hacer difíciles las prácticas de riesgo". Así pues, la educación para la salud es una estrategia inherente a la promoción de la salud.

Una concepción moderna de la promoción de la salud debe tener como objetivo no sólo la consecución de una vida sana, sino también el logro de un adecuado afrontamiento de la enfermedad y una aceptable convivencia con la misma. Es decir, también es importante una educación para la enfermedad, pues la enfermedad convive interrumpida o ininterrumpidamente con nosotros desde que nacemos o incluso antes. Por ello, en el correcto tratamiento y cuidados del enfermo, deben incluirse aquellas medidas que contribuyan a recobrar o mejorar su estado de salud, a prevenir recaídas, y a favorecer su calidad de vida y la de quienes le rodean.

La actual preocupación que la sociedad muestra por la salud puede llevar a caer en el error de considerarla más como un fin (alcanzar ese bienestar utópico) que como un medio (vivir encontrándose bien). En cierta medida, los medios de comunicación y las tendencias estéticas de culto al cuerpo, bajo las que subyacen sabrosos intereses económicos, parecen orientar el logro de la salud como si de una meta se tratara. El peligro de esta concepción estriba en identificar la adopción de hábitos saludables como un sacrificio que nos obligue a renunciar a muchos placeres de la vida que creamos insalubres. El afán por vivir saludablemente no debe implicar el divorcio entre salud y calidad de vida.

En este sentido, la idea fundamental que dimana de la promoción de la salud es que su objetivo último, más que prolongar los años de vida, lo que pretende es que la vivamos mejor. (p.8)

Los distintos conceptos de promoción de la salud coinciden en que la misma es un proceso en el cual la participación y la educación juegan un papel central, un proceso que debe conducir a acciones concretas que atiendan lo físico, lo mental y lo social y no quedarse en un nivel teórico, así como en la meta de alcanzar una mejor calidad de vida de las poblaciones y en la consideración de la salud como un medio, no como un fin. En consecuencia, es vivir de la mejor forma posible aceptando las condiciones de salud reales propias y del entorno.

2.6. Principios de la promoción de la salud

Ashton (1987) ha ayudado a definir cinco principios derivados del concepto de promoción de la salud:

1.- La promoción de la salud supone implicar activamente a la población en los aspectos de su vida cotidiana más que restringirse a las personas que están a riesgo de enfermedades específicas y en contacto con los servicios médicos.

2.- La promoción de la salud debe dirigirse a actuar sobre las causas de las enfermedades.

3.- La promoción de la salud utiliza muy distintos enfoques combinados para mejorar la salud, incluyendo educación e información, desarrollo y organización comunitarios y acciones legales y de defensa de la salud.

4.- La promoción de la salud depende particularmente de la participación del público.

5.- Los profesionales de la salud, especialmente los que trabajan en atención primaria tienen un papel importante colaborando y permitiendo el desarrollo de la promoción de la salud. (p.p. 13 y 14)

Estos principios se enuncian como resultado del diagnóstico y la evaluación de distintas experiencias en el campo de la salud y el análisis de los mismos hizo que se asumieran y se desarrollaran en la "Carta de Ottawa".

2.7. Fases de la promoción de la salud

Aunque el proceso de la promoción de la salud se puede analizar desde muchos puntos de vista, de cara a los profesionales de la salud se puede sintetizar en tres campos de actuación: prevenir, cuidar y educar.

Gallar explica estos tres campos:

Prevenir:

En el ámbito de la salud pública, se distinguen tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Cada una de ellas actúa respectivamente antes, durante y después de la enfermedad.

** Prevención Primaria: es la prevención propiamente dicha. Comprende el conjunto de medidas encaminadas a evitar que se produzcan las enfermedades y otros trastornos de la salud.*

** Prevención Secundaria: es el conjunto de medidas encaminadas a realizar una detección precoz de los trastornos de la salud; es decir se trata de diagnosticar a tiempo las enfermedades en favor de un mejor pronóstico. La medida principal de prevención secundaria es la prueba de cribado, también llamada de despistaje, que consiste en un procedimiento diagnóstico que permite detectar el desarrollo inicial (asintomático) de determinadas afecciones que surgen desapercibida o sorpresivamente. Para que una prueba se considere de cribado, debe ser rápida, cómoda, barata y sensible, es decir poseer una gran rentabilidad diagnóstica.*

Los exámenes de detección precoz se pueden llevar a cabo en el marco de campañas colectivas, cuya intención es sensibilizar y motivar a la población de riesgo para que se

someta a los mismos, aunque también se pueden programar individualmente, ya sea por consejo del sanitario, o por petición propia del individuo.

Entre las pruebas de mayor relevancia social destacan las de detección precoz de tumores, de sida y los exámenes de salud escolar.

Una prueba de cribado positiva significa que hay una alta probabilidad de padecer la enfermedad, pero no confirmar su existencia. No es, pues una prueba definitiva, ya que suele poseer alta sensibilidad, pero baja especifidad.

** Prevención Terciaria: Es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida del enfermo. Se aplican por tanto, sobre personas que ya han sufrido la fase aguda de la enfermedad y que a consecuencia de ésta padecen deterioros o secuelas, ya sean de índole física, psíquica o social. Se trata pues de medidas de rehabilitación, que suelen programarlas profesionales o instituciones especializadas: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, médicos rehabilitadores, residencias especiales, etc.*

Cuidar:

Los principales cuidados que puede prestar el personal sanitario, deben ir orientados hacia la salud y hacia la enfermedad:

1.- Higiene y cuidados corporales.

2.- Alimentación: regulación de hábitos dietéticos saludables.

3.- Vestido y calzados adecuados.

4.- Prevención de accidentes en el hogar: valorar la iluminación, la accesibilidad, las fuentes de energía, etc.

5.- Ejercicio Físico: valorar y asesorar sobre posibilidades de actividad física, relajación, etc.

6.- Apoyo psicológico: comunicación, afecto, comprensión, afrontamiento del estrés, relación de ayuda, etc.

7.- Control de la Enfermedad: medicación, pruebas...

8.- Control de factores de riesgo, incluyendo los hábitos tóxicos.

9.- Promover actividades intelectuales y sociales en el centro sanitario.

10.- Complementar la información facilitada por el facultativo.

Fuera del ámbito sanitario, los cuidados del enfermo crónico suele realizarlos la familia, por lo que será necesario valorar su situación y dispensarle una instrucción para llevar a cabo los distintos tipos de atenciones: cómo presentar los alimentos, cómo dosificar la medicación, etc. Hay que valorar si la familia y allegados reúnen tres requisitos esenciales: si están motivados, y si tienen capacidad y responsabilidad.

Educar:

(Salleras y Gestal 1993) advierten que los profesionales sanitarios son mucho más eficaces de lo que creen en cuanto a la modificación de los comportamientos insanos de sus pacientes. Un estimulante hecho para sentirnos motivados a promover la salud.

La educación para la salud consta de tres estrategias imprescindibles: detectar, motivar e instruir.

1.- Detectar problemas de salud: es una tarea primordial e imprescindible antes de promover modificaciones de los estilos de vida. Existen muchos procedimientos para determinar los problemas y las necesidades de salud: encuestas, debates, medios de comunicación, etc.

2.- Motivar: Consiste en promover la modificación de los hábitos perjudiciales basándose en el planteamiento de unas necesidades de salud como medio para lograr una vida sana. Para una persona enferma, su padecimiento será el mejor motivo para corregir sus malos hábitos.

3.- Instruir: Se trata de procurar todas las instrucciones necesarias para corregir los hábitos insalubres y sustituirlos por los salubres. Para ello es necesario una tecnología educativa precisa y bien empleada, ya que de lo contrario, podría resultar contraproducente para la salud del individuo. Por ejemplo, la incorrecta forma de confeccionar o de transmitir un mensaje de salud puede provocar un rechazo del mismo y la perpetuación de los hábitos anti-saludables. (p.p. 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17)

El análisis de estas tres fases conduce a un enfoque sistémico de la promoción de la salud, en el cual la sinergia es un principio esencial. Las tres fases deben desarrollarse en el proceso de la promoción de la salud, pues si una de ellas no es atendida, las restantes posiblemente no podrán darse. No es posible concebir la prevención y el cuidado si no se educa; no se pueden ejecutar acciones si hay un diagnóstico y una reflexión sobre el mismo. Educar es una vía para prevenir y cuidar, cuidar es una forma de prevenir y educar y prevenir es un camino para educar y cuidar. Todo profesional de la salud debe ocuparse de las tres fases en sus distintos niveles si pretende mejorar las condiciones de salud.

2.8. Prioridades para la promoción de la salud

Diez años después de la Celebración de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, en 1997 se organiza en Yakarta la 4ª Conferencia Internacional sobre el mismo tema, la cual da participación al sector privado, ofrece una oportunidad de reflexionar sobre lo aprendido, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar prioridades y estrategias para promover el desarrollo en el siglo XXI.

En la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI (Ver Anexo III) se señalan como prioridades:

1. Promover la responsabilidad social para la salud.

Los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. Ambos, el sector público y privado deberían promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- Eviten dañar la salude de otros individuos.

- Protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos.

- Restrinjan la producción y el comercio de sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.

- Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo.

- Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

2. *Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud.*

En muchos países la inversión en salud es inadecuada y a menudo poco efectiva. Aumentar la inversión para el desarrollo de la salud requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda, así como para el sector salud. Una mayor inversión para la salud, y la reorientación de las inversiones existentes, ambas dentro y entre países, tienen un potencial significativo para mejorar sustancialmente el progreso en el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos como las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los pobres y los marginados.

3. *Consolidar y expandir la colaboración para la salud.*

La promoción de la salud requiere colaboración para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos y la sociedad.

La colaboración existente necesita fortalecimiento y debe ser explorado el potencial para crear nuevas colaboraciones.

La colaboración ofrece mutuos beneficios para la salud por el hecho de compartir experiencias, herramientas y recursos. Cada colaboración debe ser transparente, responsable, y estar basada en principios éticos aceptados, la comprensión mutua y el respeto. Las directrices de la OMS deberían ser respetadas.

4. *Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo.*

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, y no le es impuesta. Ella mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud.

Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación práctica, práctica de liderazgo y acceso a los recursos.

Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio.

La comunicación tradicional y las nuevas tecnologías apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora a favor de la salud.

5. *Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud.*

Para asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, nuevos mecanismos de financiación deben ser encontrados, local, nacional y globalmente. Deberían ser desarrollados incentivos para influir en las acciones de los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada.

Los "escenarios para la salud" representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos para la salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial. Tales redes deberían proveer asistencia mutua dentro de y entre países y facilitar intercambios de información en qué estrategias son efectivas y en que lugares.

La formación y la práctica de las habilidades de liderazgo a nivel local para mantener las actividades de promoción de la salud, deberían ser fomentadas. Debería ser intensificada la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación e informes de proyectos para mejorar la planificación, la implementación y la evaluación.

Todos los países deberían desarrollar el medio ambiente político, legal, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.(p.p. 3,4 y 5)

2.9. Herramientas indispensables para aplicar la promoción de la salud

Para la operacionalización de la promoción de la salud entendida como proceso, es necesario disponer de herramientas que faciliten la factibilidad de los objetivos y permitan la ejecución de acciones.

Castro (1997) señala las siguientes herramientas:

a) TRABAJO INTERSECTORIAL

Para formular y conducir las políticas públicas saludables, así como para la ejecución de los planes de la salud publica, se requiere además de la acción del Sector Salud como rector de las acciones vinculadas a la producción social, la participación de los otros sectores públicos y privados cuyas decisiones tiene efecto sobre la salud. En la promoción de la salud los conceptos de transdisciplinariedad e intersectorialidad tienen plena vigencia. No se concibe una lucha contra el tabaquismo, causa número uno de mortalidad prevenible en el mundo, o de promoción de la actividad física, en vía de ejemplo, sin la participación de sectores como finanzas, comunicación, transporte, agricultura, educación, medio ambiente, trabajo y salud.

b) LA EDUCACIÓN FORMAL E INFORMAL.

Es entendida como un proceso de transformación no sólo de los comportamientos individuales sino de transformaciones colectivas, a partir de la información, formación, acción y reflexión sobre los determinantes de la salud.

La presencia de un sector educativo de calidad y su acceso a él , por parte de la población, es uno de los componentes deseados requerido para una buena salud a través del desarrollo de aptitudes personales, comportamientos y estilos de la vida saludable, que faciliten la participación conciente y responsable de los individuos en el control de los factores que promueven su salud, así como la movilización de la opinión de comunidades, lideres y dirigentes que lleven a la creación de ambientes saludables.

La promoción de la Salud invoca la intervención de los dos componentes tradicionales de la educación para propiciar cambios positivos y permanentes en los estilos de vida de los individuos y la comunidad.

1. *La educación formal en toda su extensión, preescolar hasta la formación universitaria.*
2. *Educación no formal en lugares de trabajo, comunidad y por medio masivos de comunicación.*

Estas acciones educativas de participación y comunicación social , se construyen en herramientas fundamentales.

c) LA MERCADOTECNIA EN SALUD.

Los programas y métodos de las mercadotecnia social como el uso de las comunicación social, buscan además de educar e informar, que la salud tenga un atractivo social y político; que se perciba como un factor de desarrollo social y económico promovido a través de técnicas modernas. Los nuevos roles de la mercadotecnia en salud la convierten en un componente clave: un instrumento de cambio.

Es ideal y deseable que la salud se promueva atrayendo recursos financieros y humanos mejorando la imagen, abogando por la causa, por el mayor número posible de canales de comunicación existentes y socialmente aceptados. Además el desarrollo de las acciones educativas en salud por la televisión, la radio, periódicos, revistas, permitiría

legar a grupos de personas que no son accesibles por los sistemas de educación formal, influyendo en sus conocimientos, actitudes y comportamientos.

d) PARTICIPACIÓN SOCIAL, DESCENTRALIZACIÓN.

La introducción de las propuesta participativa surge en al década de los cuarenta; la experiencia de los "grass root movements" en Estados Unidos es un antecedente importante. La razón de la insistencia en la participación ciudadana a pesar de sucesivos fracasos, corresponde a la intención de superar los errores que impidieron anteriormente el éxito. Se dice que la Promoción de la Salud se inicia y termina en la comunidad. La primacía de la descentralización y la prioridad de lo local son conceptos que teóricamente contribuyen a la participación. Desde los niveles locales se facilita un papel protagónico de la gente y las instituciones en la creación de políticas, en la planificación de acciones y en el desarrollo de proyectos de salud. Estos fundamentos han sido tenidos en cuenta para la propuesta en marcha en varios países del programa de Municipios saludables, impulsados por la OMS en Europa y la OPS en América Latina.

e) HOSPITALES Y CENTROS PROMOTORES DE LA SALUD.

Al hospital promotor de la salud y centros de atención saludables se les ve como aquellos que además de los cuidados de alta calidad también asumen una entidad corporativa para comprometerse con la promoción de la salud y el desarrollo de estructuras y cultura salutogénicas, incluyendo participación activa de pacientes y trabajadores para desarrollar en la comunidad y en sus propios ambientes, ambientes globales sanos. Este concepto es de origen reciente y está en desarrollo creciente.

Como corolario debemos insistir que la Promoción de la Salud en su sentido contemporáneo va mucho más allá de los criterios de cuidado médicos, de la educación en salud o de la prevención de la enfermedad. Se constituye en una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad; no es una repuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida, y las formas de vivir de la población. La promoción de la salud, aunque indispensable para mejorar la salud de la población, no puede ser vista como una panacea, y solución para todos los problemas del sector salud. (p.p. 55 y 56)

Mediante estas herramientas se aspira la modificación de conductas y estilos de vida, relacionada con la participación comunitaria y social para el desarrollo de programas. Ello no puede lograrse si no se coloca a la salud como un componente de la política pública social, si no se educa a la población, si no se emplean adecuadamente los avances tecnológicos de la información y la comunicación haciéndolos accesibles a las comunidades, si no se generan procesos de participación social y si no se cuenta con las infraestructuras necesarias para la implantación y desarrollo de programas de promoción de salud. La promoción de la salud es más que un problema de recursos financieros; es un proceso que implica cambios a todo nivel

para involucrar a los actores sociales capaces de contribuir en la construcción de sociedades con mejor calidad de vida.

2.10. Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad

La distinción entre la operacionalización de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es difícil en ocasiones y existen opiniones y conceptos controversiales de connotados salubristas sobre la importancia de sus diferencias. Sin embargo, si bien en la práctica de la salud pública son ambas indispensables, el saber reconocer cada una permite una mayor precisión y claridad para el diseño de programas y proyectos, lo que redunda en mejor distribución de los recursos técnicos y financieros así como en mayor eficiencia y efectividad de ellos.

Antonovsky (citado en Restrepo, 2001),expresa que "la promoción de la salud difiere de la prevención de la enfermedad fundamentalmente en el objeto o foco para las intervenciones: para la primera es lo que se considera lo *saludable* o *salutogénico"* y, según Kickbusch (citado en Restrepo, 2001) "para la segunda, la enfermedad y los riesgos de enfermar".

La promoción de la salud se dirige principalmente a la población y la prevención de la enfermedad más al individuo; la primera busca influir en las interacciones entre grupos y ambientes, o sea en la situación en que vive la gente y la prevención de la enfermedad en la interacción de factores causales.

Con fines prácticos, Restrepo y Málaga resumen algunas de las grandes diferencias y similitudes entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad para facilitar la caracterización de los diferentes programas.

Estas diferencias y similitudes pueden notarse en aspectos como:

Los Objetivos: En prevención primaria, secundaria y terciaria se enfocan a reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. En la promoción de la salud se dirigen a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas.

A quienes se dirigen las acciones: En prevención primaria se dirigen a personas y grupos a riesgo de enfermar por alguna causa; en la secundaria a individuos y grupos a riesgo y enfermos subclínicos sin manifestaciones obvias de enfermedad; en la terciaria especialmente a enfermos a quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte. En la promoción de la salud las acciones se dirigen a la población en general, a los grupos especiales y a las condiciones relacionadas con la salud; en este sentido, se dirigen también a sistemas múltiples, interdependientes y a procesos sociales, culturales y políticos que influyen sobre la calidad de vida y la salud de la población.

Los modelos con los cuales se implantan: En la prevención primaria los modelos son los clásicos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo; en la prevención secundaria son los de salud pública tipo "tamizaje" o detección temprana en poblaciones a riesgo y los de tipo "prácticas clínicas preventivas", en la terciaria son también los modelos prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia clínicas y los de rehabilitación. Una de las similitudes entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad es el enfoque poblacional, cuando la prevención opta por la modalidad poblacional para tener un impacto importante en los índices de enfermedad y mortalidad.

En la promoción de la salud es claro que los modelos son socio-políticos, ecológicos y socio-culturales. Los alcances de estos modelos van hacia la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político.

El tipo y el papel de los interventores: Son similares para la promoción de la salud y la prevención primaria pero diferentes para los otros dos tipos de prevención. Así, en la secundaria se trata de pruebas de tamizaje y en la terciaria, de procedimientos y manejos clínicos; en ambos casos los interventores son clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica.

En la prevención primaria cuando se diseñan programas amplios e integrales, y en la promoción de la salud, se trata de nuevos interventores sociales: los políticos y los comunitarios. El papel que tienen ellos más allá de aplicar un procedimiento al individuo, va dirigido a generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo.

Las estrategias: La prevención secundaria utiliza dos estrategias: una, aplicar pruebas discriminatorias en programas masivos de detección, cuyo objetivo es separar los que probablemente tienen una enfermedad de los que probablemente no la tienen, para actuar rápidamente en los primeros; y la otra la del diagnóstico precoz de la enfermedad, para actuar clínicamente y evitar daños mayores. La prevención terciaria utiliza el manejo clínico adecuado y eficaz con el tratamiento de la enfermedad, la readaptación, y la rehabilitación. (p.p. 35 y36)

2.11. Calidad de vida y promoción de la salud

El término "calidad de vida" empieza a utilizarse a partir de los años setenta, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados "informes sociales", "contabilidad social" o estudios de nivel de vida.

Coehlo y Coehlo (citado por Restrepo y Málaga, 2001) establece que:

"La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como la educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos". No existe una teoría única que defina "calidad de vida". Este término y los que le han precedido en sus genealogías ideológicas remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal "evaluación" no es un acto de razón sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de vivencia que de la vida tienen los sujetos

Analizar la "calidad de vida" de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer como viven los sujetos, cuales son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tiene, y evaluar el grado de satisfacción que consiguen.

Analizar la calidad de vida de una sociedad exige considerar de manera imprescindible un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto especifico de su establecimiento. Un aspecto fundamental a considerar es el proceso relacional dinámico entre los conceptos referidos y la realidad social, que afectará profundamente el nivel de satisfacción.

Para abordar la aproximación empírica del estudio de la representación social de la calidad de vida, es necesario limitar un ámbito particular dentro de todas sus conceptualizaciones posibles. Diferentes autores han ido configurando cuatro grandes ámbitos de interés y preocupación.

- *El primero incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.*
- *El segundo, relacionado con la contribución que tiene el medio; la calidad ambiental es la calidad de vida y, que viene representada por la calidad del ambiente atmosférico del ruido, la calidad del agua, etc.*
- *Un tercer ámbito de naturaleza psicosocial, vinculado al ámbito interactivo del sujeto; relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, por ejemplo.*
- *Un cuarto ámbito que hace referencia a aspectos de cierto orden socio-político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica.* (p. p. 57 y 58)

Últimamente la teoría de desarrollo denominada "Desarrollo a Escala Humana" diseñada por Max-Neef y su equipo en 1986 (citado por Restrepo y Málaga, 2001), ha tenido gran aceptación. De acuerdo con estos autores:

El mejor proceso de desarrollo será aquel que permite elevar más la calidad de vida de las personas.

Dentro del análisis realizado se preguntan: ¿qué determina la calidad de vida de las personas?

Al respecto mencionan que "la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales". La persona es un ser de necesidades múltiples e independientes. Para estos autores, las necesidades fundamentales son las de: subsistencia, protección, ocio, creación, identidad y libertad. (p. 58)

San Martín y Pastor (citado por Restrepo y Málaga, 2001) plantea que "la satisfacción de las necesidades humanas es lo que condiciona la calidad de vida, siendo a su vez el fundamento concreto de bienestar social" (p.p. 58 y 59).

No se trata de relacionar necesidades solamente con bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además con prácticas sociales, formas de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre las formas en que se expresan las necesidades.

También San Martín y Pastor establece la relación entre calidad de vida y felicidad:

La diferencia entre calidad de vida y felicidad radica en que para asegurar una mejor calidad de vida, es necesario garantizar condiciones para que las personas satisfagan sus necesidades humanas y, que la felicidad sea la actitud ante esas condiciones es sentir ese bienestar, es la realización, es el resultado del desarrollo centrado en el ser humano donde cada individuo puede desarrollar todas sus potencialidades, vivir de acuerdo con su cultura y proyecto de vida. (p. 59)

Según la OPS en 1991:

La salud en el desarrollo implica necesariamente, reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis, conformar programas integrales de bienestar social, mejoramiento de las condiciones de vida y de la salud de las grandes mayorías, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada.

Como una nueva orientación de la salud pública se propone la promoción de la salud como estrategia para dar respuesta a las tendencias actuales del mundo y a las expectativas de la búsqueda del desarrollo humano. La promoción de la salud es una propuesta integradora, orientada a la transformación de las condiciones de salud de la población. El desarrollo del concepto de promoción de salud sigue en construcción, pero de acuerdo con el trabajo realizado en diferentes lugares y con las experiencias de diferentes comunidades en los últimos años, es posible pensar que está estrechamente ligada a la calidad de vida de los grupos sociales.

Del Bosque (citado por Restrepo y Málaga, 2001) manifiesta que:

Un principio fundamental de la promoción de la salud es el reconocimiento que los más importantes determinantes de la salud, están fuera del contexto de la atención médica y del sector salud propiamente dicho. Se propone entonces la construcción social de la salud a través de estrategias que involucren múltiples sectores. (p. 61)

En este sentido Rosen en 1958 (citado por Restrepo y Málaga) señala que "la idea de promover la salud está implícita desde las comunidades primitivas en rituales sociales, y se manifiesta en diversos preceptos jurídicos – religiosos en diferentes civilizaciones"(p.61)

Castro – Albarrán en 1998 (citado por Restrepo y Málaga, 2001) dice:

Una aproximación más estructurada del concepto surgió en la filosofía Helénica Clásica, donde la salud era concebida como la perfecta armonía entre el espíritu y el cuerpo; la actitud social hacia la salud, se reflejaba en dos prácticas diferentes pero complementarias, la curación del enfermo y la procuración de la salud (p. 61)

En cuanto a la evolución de la concepción de la promoción de la salud Restrepo y Málaga expresan:

Con el tiempo,la Promoción de la Salud se convirtió en un estrategia que enfrenta los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas. El nuevo enfoque de la promoción de la

salud representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado , las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambiente favorables a la salud. (p. 57)

Dicho enfoque tiene diversas implicaciones. Una de ellas es la relación existente entre el proceso y el nivel donde éste se desarrolla. En este sentido, debe considerarse que el mejoramiento de las condiciones de vida suceden en realidad en el nivel local (municipio, familia, escuela, barrio, etc.). Luego, la promoción de la salud privilegia su actuar en dicho nivel, ya que es en el mismo donde es posible conocer las verdaderas necesidades de los pobladores, sus recursos, actividades, aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, éticos y religiosos, que posibilitan la consideración de factores de éxito en las intervenciones. El objetivo es tomar decisiones basadas en necesidades reales de los grupos, acercando a ellos propuestas que optimicen el conocimiento y realizando intervenciones que equilibren las condiciones de vida, especialmente de los que han sido excluidos socialmente.

Otra implicación es la aceptación de la no exclusividad de la promoción de la salud por parte del sector salud, ya que todas las organizaciones, instituciones y sectores que hacen presencia en el nivel local son actores del desarrollo. Sólo se pueden articular acciones orientadas hacia la construcción de una sociedad más equilibrada y justa en la medida en que se entienda que la promoción de la salud busca mejorar las condiciones de vida y el desarrollo de las sociedades y que cada uno de los actores sociales contribuye con este fin.

2.12. Críticas a la promoción de la salud

La promoción de la salud, en la medida en que se ha ido cobrando importancia ha sido objeto de criticas tanto a los valores que se sustentan, como a sus métodos y sobre todo a sus resultados.

Objeto de crítica es el hecho de que la promoción de la salud no debe aceptar la consideración de temas relacionados sólo con conceptos estrictos de salud vinculados exclusivamente con aspectos clínicos, epidemiológicos o de investigación. Debe abrir más su campo a los temas de equidad, lo cual no quiere decir que la salud no sea un valor importante. Se necesita un ética de la Salud Pública que defina la importancia de este valor en relación con otros valores sociales y que fortalezca la base de conductas profesionales aceptables.

Álvarez-Dardet (s.f.) señala:

> *También los métodos de promoción de la salud han sido criticados por su aproximación sistémica que resulta completamente ajena a la tradición experimental y cartesiana de la medicina. Este es el reflejo de un debate mucho más amplio de interpretación de la salud desde las ciencias biológicas y las ciencias sociales y que , como recomienda France Baum al revisar este problema, debe de tenerse en cuenta tanto para evitar polarizaciones fundamentalistas como para avanzar en experiencias que sean aceptables para los que ahora tienen la confianza de la sociedad para actuar en sus problemas de salud.* (p.15)

Otra crítica a la promoción de la salud es la ausencia de evaluaciones periódicas cuyos resultados permitan la adopción de estrategias que contribuyan al logro de sustanciales mejoras en el estado de salud de las poblaciones. Por otra parte se encuentra la no aplicación del método experimental, probablemente por considerarlo innecesario para la generación de conocimientos.

Además, dada la consideración de la promoción de la salud como proceso y su carácter sistémico, es necesario que se consideren todas las variables intervinientes con la metodología adecuada, ya que de otra forma no es posible pretender el alcance de las metas propuestas.

Aunque los aspectos descritos no son de fácil solución, los mismos deberían tenerse más en cuenta si se quiere desarrollar y difundir modelos de buena práctica sostenibles en el tiempo.

CAPITULO 3

EMPODERAMIENTO

3.1. Conceptos de empoderamiento

Desde que los humanos habitan el planeta, desde entonces han existido líderes. Los primeros líderes sin duda eran los que organizaban cacerías y otras expediciones buscando comida. Otros los podemos observar en las páginas de la historia: Jesús, Moisés, Marco Polo, Juana de Arco, etc. Anteriormente el liderazgo sólo se relacionaba con contextos políticos y religiosos y no fue hasta la Revolución Industrial que el liderazgo se relacionó con el ámbito industrial.

En la cúspide del siglo XXI el liderazgo industrial se ha vuelto una encrucijada, a pesar de que cada época trae diferentes enfoques políticos y económicos, existe una alteración del tradicional modelo de liderazgo industrial y las empresas que lo aplican alcanzan mejores resultados.

La frase "toma de decisiones" y "poder y liderazgo" son temas que se discuten ampliamente en las organizaciones; pareciera que se le debía dar a la gente libertad, que tomaran el control y que consiguiesen los objetivos propuestos; pero la experiencia arrojaba resultados como que la gente tomaba ese poder de decisión y no se lo daba a nadie.

Se debía entonces crear un término en donde se pudiera delegar el poder y autoridad en vez de concentrarlo, conferirles a los trabajadores el hecho de que son dueños de su propio trabajo, fortalecer el trabajo en equipo, creer en el concepto de liderazgo compartido, aumentar la creatividad, desarrollar mayor permeabilidad y menor autoritarismo a la hora de tomar decisiones y mejorar la confianza en las comunicaciones y las relaciones, se crea entonces este concepto de Empowerment o Empoderamiento.

Cabe destacar que la cultura organizacional es uno de los elementos que explican cómo se reparte el poder en la organización, de hecho la eficacia y el éxito de una organización no se determinan sólo por las habilidades y motivaciones de los empleados y gerentes. Tampoco se mide únicamente por cuán bien trabajan los grupos y los equipos, aunque tanto los procesos individuales como los de grupos son determinantes para el éxito organizacional.

A continuación se presentan fuentes distintas algunos conceptos de empoderamiento:

Según Sen (s.f.):

El empoderamiento se relaciona, primero y antes que nada, con el poder, cambiando las relaciones de poder a favor de aquellos que con anterioridad tenían escasa autoridad sobre sus propias vidas. Batliwala (1993) lo define como poseedor de los aspectos centrales: control sobre los recursos (físicos, humanos, intelectuales, financieros y el de su propio ser), y control sobre la ideología (creencias, valores y actitudes). Si el poder significa control, el empoderamiento, por tanto, es el proceso de ganar control. Se podría argumentar que el poder, sea control extrínseco o capacidad intrínseca, puede conducir al otro" (p. 1)

En el documento "¿Qué es el empowerment y cómo se aplica en la organización?", se define:

"Empowerment quiere decir potenciación o empoderamiento que es el hecho de delegar poder y autoridad a los subordinados y de conferirles el sentimiento que son dueños de su propio trabajo. Significa crear un ambiente en el cual los empleados de todos los niveles sientan que ellos tienen una real influencia sobre los estándares de calidad, servicio y eficiencia del negocio dentro de sus áreas de responsabilidad.

Empowerment es donde los beneficios óptimos de la tecnología de la información son alcanzados. Los miembros, equipos de trabajo y la organización, tendrán completo acceso y uso de información crítica, poseerán la tecnología, habilidades, responsabilidad y autoridad para utilizar la información y llevar a cabo el negocio de la organización. Gerenciar por Empowerment es adoptar un estilo que le permitirá crecer y mejorar su situación competitiva. Básicamente, nos referimos al estilo gerencial que faculta a los empleados para obtener resultados por sí mismos y alienta el compromiso con la organización de manera tal que cada uno se comporte como si fuera el dueño de la empresa. (p. 1)

Según Bojórquez (2000): "Empowerment significa también delegar, sin perder el control, pero control de la situación no de la gente". (p.1)

Aromando (2001) expone la siguiente idea:

El concepto de empowerment comenzó a utilizarse en la gestión de las organizaciones a principios de la década de los 90, cuando a partir de la revolución informática y la apertura de los mercados los clientes comenzaron a tener cada vez más poder para elegir lo que creen que satisface sus necesidades, al más bajo costo y con el mejor servicio. (p.1.)

En el documento "Poder y Eficiencia" (s.f.) se expresa:

Empowerment, es una de las tendencias actuales con mayor vigencia, es distribuir el poder, delegarlo en vez de concentrarlo. La organización típica de la que hablamos es muy horizontal, con mucho trabajo en equipo y con una cultura organizacional muy fuerte. El empowerment es una mezcla de delegar poder y responsabilidad brindando a la vez las herramientas técnicas, los conocimientos y la educación necesarias para cumplir estos nuevos roles. (p. 2)

Wilson (2000) hace referencia al concepto de empowerment y sus niveles:

La palabra empowerment, conjura la noción de personas que tienen el control sobre ellas mismas y sus entornos, que expanden sus posibilidades y horizontes y se elevan a niveles más altos de logro y satisfacción personal. El significado y el impacto del empowerment, hay que verlo a tres niveles. En primer lugar, a nivel político y nacional, ya que se ha introducido poco a poco en el lenguaje que se usa día a día como mecanismo de auto-ayuda. Se basa en la suposición de que las únicas personas que pueden cambiar las cosas o intervenir en sus propias vidas son ellas mismas. Esta idea se extiende al Estado mismo y a todas las funciones y servicios que éste ofrece a sus ciudadanos. En segundo lugar, a nivel de la organización, ya que siempre vamos en

busca de nuevas ideas y conceptos y el empowerment es más nuevo y más novedoso que las teorías ya oxidadas de hacerse rico por medio del trabajo y la motivación. La palabra encaja perfectamente con los conceptos modernos que dirigen las organizaciones en la actualidad como la calidad total, la mejora continua, la gestión del rendimiento, grupo de trabajos autodirigidos, clientes internos, gestión de competencias, etc. El tercer nivel, a la hora de examinar el empowerment, es el individuo; es aquí donde encontramos la mayor afinidad a nivel popular con el término." (p.p. 15 y 16).

3.2. El proceso de empoderamiento

La búsqueda de la confianza social para facilitar la coordinación y cooperación de todos en beneficio mutuo, permite disminuir la exclusión social promoviendo el empoderamiento de los excluidos y con él, un poder igualitario. Para tal efecto, los excluidos deben concienciarse de su falta de oportunidades para participar en la toma de decisiones y además que esta situación genera poblaciones y grupos con diferencias en las oportunidades de vida.

Del mismo modo los grupos humanos deben concienciarse, que las intervenciones de otros sectores también puedan afectar la salud y que estos otros sectores, muchas veces pueden tener más responsabilidad en materia de salud, que el propio sector salud.

La generación de capital social, como resultado de la inversión social está asociada igualmente, con la salud de las comunidades, por lo que el proceso de empoderamiento mediante información en todos los sentidos dentro de la comunidad; su transformación en conocimiento, el reconocimiento de una autonomía que promueva la autogestión para la solución de los problemas comunitarios dentro de ciertos límites, y la generación del trabajo en equipo, permite la interacción social que lograra decisiones óptimas para el bienestar comunitario.

El proceso de empoderamiento según Blanchard y Randolf (citado por Restrepo y Málaga en el 2001) describen tres llaves que contempla el empoderamiento:

La información de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, de lado y en diagonal, que beneficie a todos y su transformación en conocimiento.

La autonomía dentro de ciertos limites; y

El trabajo en equipo, constituyendo éste la jerarquia que genera la interacción necesaria para proporcionar la dirección y soporte para el uso y desarrollo de los talentos que la gente tiene y adquiere (Blanchard, Carlos y Randolph 1999). Un verdadero equipo define sus objetivos y encuentra manera de alcanzarlos, integrando la concepción de las tareas en su ejecución (Helgesen 1997).

Adicionando a estos tres elementos, la capacidad de las personas de transformar el conocimiento en resolver los problemas de su comunidad.

De acuerdo con el proceso referido, el empoderamiento comunitario significa elaborar una visión con participación de todos; conocer y participar en el diagnóstico; priorizar problemas y potencialidades de desarrollo; participar en la gestión y ejecución de los proyectos; evaluar su impacto y redefinir prioridades; entender los límites de autonomía que tiene la solución local, dentro del marco de la política global, nacional, y departamental; y manejar los proyectos y programas de intervención por equipo intersectorial, interdisciplinarios, y liderados por la comunidad excluida.

El proceso de empoderamiento de una comunidad también pasa por etapas, se inicia con la identificación de líderes comunitarios y el establecimiento a través de estos líderes, la sensibilización del nivel político que comprende las mismas etapas de concientización hacia la comunidad; así como la sensibilización de todos los sectores gubernamentales y no gubernamentales. El proceso deberá ser liberado por el alcalde como líder nato y elegido por la comunidad; es él quien tiene la máxima capacidad de convocatoria y quien debe comprometerse a través de una declaración formal que cuente con el aval de sus Concejales, para permitir que estos grupos vulnerables sean los que definan sus planes de desarrollo municipal, que él mismo deberá avalar en su presupuesto. (p.p. 134 y 135).

3.3. Bases de la implantación del empowerment

Para implantar el sistema de empowerment en una empresa es necesario que haya un cambio en la cultura de trabajo, uno de los aspectos más resaltantes es el trabajo en equipo, es decir que se explotan las ideas y las decisiones de una manera participativa; de hecho para el empowerment la palabra individual es desacertada; es importante las buenas canalizaciones de las motivaciones de los trabajadores; así como el hecho de que los gerentes tengan una visión muy abierta a nivel organizacional; el sitio de trabajo debe considerarse como un área que origine las habilidades para poder obtener los resultados deseados.

Se debe visualizar la organización como una unidad, debe existir plena intervención de los empleados que trabajan en cualquier área, ellos tienen derecho a participar de manera activa, se debe manejar este punto como una estructura horizontal.

Los trabajadores tienen influencia en toda la empresa, como tienen un sentido de dirección, sienten que forman parte de la empresa y pueden ver cómo su trabajo contribuye al total, a medida que la libertad del trabajo aumenta, se produce un desarrollo correspondiente de las habilidades y el conocimiento del individuo en diversas áreas, muchas personas sentirán que la calidad de su vida laboral y la satisfacción en su trabajo habrán mejorado enormemente. Es importante que los individuos conozcan y entiendan los objetivos estratégicos de la empresa, ya que ello les permitirá poner su propio trabajo dentro del contexto y sentirse parte de una entidad mayor.

En el documento "Empowerment" (s.f.) explica cómo debe ser la creación del equipo de trabajo:

> *El enfoque de trabajo en equipo no es nuevo. Los círculos de calidad por ejemplo, existen desde hace tiempo como una muestra de esta metodología. Sin embargo esto no lo toman como una filosofía y es en una filosofía en acción en lo que debe convertirse, que impregne a la cultura laboral y no en un recurso inusual o fuera de lo común.*
>
> *Con la canalización de energías para un objetivo común, logra que se hagan las cosas que no se pueden realizar individualmente, y a esto se le llama sinergismo.*
>
> *El sinergismo implica que las acciones simultáneas de entidades separadas tienen en su conjunto un efecto total mayor que la suma de sus efectos individuales, y éste existe verdaderamente cuando todas las áreas del negocio se dirigen hacia el mismo objetivo. Esto es indudablemente el reto al que los administradores se dirigen en nuestros días.*
>
> *Es muy importante que los gerentes consideren la energía que tienen los trabajadores para que puedan canalizarlas por el mejor camino. De los cuatro tipos de energía que existen, física, mental, emocional y de espíritu, es ésta última en la que más se deben enfocar, porque es la que permite que las personas se animen recíprocamente. Sin embargo esto no significa que se deben de descuidar las otras.* (p.p. 8 y 9)

Wilson (2000) también se refiere a la creación del equipo de trabajo e incorpora otros elementos, tales como el lugar de trabajo, la unidad y la empresa:

El proceso de empowerment también requiere la supresión de los controles directivos jerárquicos y la introducción de un grado de autodirección. Las personas empezarán a pensar por ellas mismas y serán responsables, y se encargarán de que en su trabajo todo vaya bien y de solucionar cualquier posible problema. Antes del empowerment estos factores hubieran sido responsabilidad del supervisor o del directivo.

Uno de los mayores cambios que tienen lugar en el proceso de empowerment de un trabajo es la nueva atención que se le da a la mejora. El hecho de estar constantemente buscando la manera de mejorar sus tareas puede hacer innovadores a los empleados y obtener la satisfacción laboral, que es la piedra angular del empowerment.

El Lugar de Trabajo

El lugar de trabajo puede definirse como el entorno y circunstancias en las que se producen los productos o servicios. En una oficina de atención al consumidor, el lugar de trabajo consiste no sólo en el equipo que lleva las reclamaciones, la dirección del equipo el material utilizado y los procedimientos y sistemas que ordenan, controlan y regulan el trabajo del equipo. También se incluye el entorno físico en el cual el equipo trabaja y las influencias de las otras personas y secciones que afecten su trabajo diario. Para gestionar el lugar de trabajo de manera competente las personas deben poseer un conjunto de habilidades por encima de las que se requieren sólo para llevar a cabo un trabajo. Esas habilidades y el conocimiento asociado con las mismas requieren que una empresa invierta mucho en programas de formación y educación. Los programas tendrán como meta la gestión de todos los factores del lugar de trabajo y el desarrollo de las habilidades necesarias para llevarlos a cabo de manera efectiva.

La Unidad

El empowerment en el nivel de unidad conlleva a la participación en la dirección y gestión de una unidad concreta dentro de una empresa mayor. La unidad puede ser un centro de productos, una fábrica, un hotel, un departamento de hospital, o un departamento de ayuntamiento.

El empowerment en la unidad requiere una estructura plana, no jerárquica y no burocrática, quizás un nivel entre el director de unidad y los empleados operativos. Una estructura que empujaría hacia abajo la toma de decisiones y abriría líneas de comunicación, por lo que habría un flujo de información más rápido de arriba abajo, dentro de la empresa.

La Empresa

Se refiere a una extensión de la unidad. Cualquier empresa que incluya varias unidades, puede tomar ciertas decisiones de manera centralizada o en la oficina central que afecten la vida laboral de los empleados de cada una de las unidades. Otro tema afectado por el empowerment es cuando una empresa tiene que cerrar una unidad y transferir su trabajo a otra unidad. El empowerment a este nivel comporta que algunas personas tengan que tomar decisiones difíciles y contenciosas y justificarlas ante compañeros que se vean directamente afectados. Cuando trabajamos con un Empowerment en la empresa es importante definir aquellos factores que están incluidos en el paquete y los que no lo están. (p.p. 41-43)

3.4. Tipos de empoderamiento

3.4.1. El empoderamiento indívidual

El empoderamiento indívidual como sentido de conciencia no es un trabajo sencillo, sobre todo cuando se trata de empoderar a los más excluidos; en muchas oportunidades las personas no saben cuan valiosa es su capacidad y en ocasiones no saben ni siquiera que la poseen, ciertamente el proceso se encamina de modo muy pausado y a veces es inevitable la renuncia al proceso. Desde otro punto de vista se puede decir que para obtener buenos resultados en el empoderamiento de una comunidad específica se debe comenzar por asumir las necesidades indívidiuales.

Según Rowlands (s.f.) :

> *Debatiendo el empoderamiento a través del proceso de concienciación y de organización de las mujeres, Batliwala destaca un aspecto de un enfoque del empoderamiento que plantea dificultades para muchas organizaciones que trabajan en el ámbito del desarrollo: puede ser un proceso desesperadamente lento. La mayor parte de las organizaciones que aportan fondos tiene una comprensible preocupación para mostrar resultados. Pero el esfuerzo necesario para elevar los niveles de confianza y autoestima entre los pobres y los marginados de una forma tal que amplie su capacidad para asumir sus propias necesidades requiere inevitablemente mucho tiempo. Es un proceso que cada persona ha de recorrer a su ritmo. A causa de ello, existe la tentación de trabajar con personas que ya tienen cierto grado de confianza en sí mismas. Este es uno de los motivos por los cuales los programas enfocados al empoderamiento a menudo fracasan a la hora de implicarse los más pobres y los más marginados. Incluso para participar en un grupo, necesita ser mínimamente consciente de su valía y de tus propias capacidades, así como ser capaz de superar los obstáculos que impiden tener el tiempo necesario para participar.* (p. 6).

3.4.2. El empoderamiento colectivo

La base del empoderamiento colectivo está en el conocimiento de las propias necesidades, de tal forma que se apoya la idea que este comienza a partir del empoderamiento individual.

Los profesionales que participan en un trabajo de empoderamiento tienen que preguntarse una y otra vez como está afectando la intervención del desarrollo a los diversos aspectos de las vidas de las personas directamente implicadas. Un proceso de seguimiento y evaluación que refleje el proceso de empoderamiento es algo esencial. Hay que involucrar a las personas en la identificación de indicadores de cambio adecuados y en el empoderamiento, éstos tendrán inevitablemente que ser revisados y modificados.

También Rowlands menciona el empoderamiento colectivo:

> *En un contexto de desarrollo, aunque el empoderamiento individual es un ingrediente para alcanzar el empoderamiento a nivel colectivo e institucional, no es suficiente concentrarse únicamente en los individuos. Se precisa cambios en las capacidades colectivas de los individuos para que se asuman la identificación y la satisfacción de sus propias necesidades, sea como unidades familiares, comunidades, organizaciones institucionales y sociales. Al mismo tiempo, debemos reconocer que la eficacia de tal actividad grupal también se basa en el empoderamiento individual de al menos algunas personas.*
>
> *Es vital esclarecer las dinámicas que empujan a los pobres y a los marginados a quedarse dentro de lo seguro y lo conocido, con el fin de asegurar que el proceso de empoderamiento se mantenga correctamente enfocado. Los indicadores cualitativos y esto es algo evidente en sí mismo, son fundamentales para evaluación de empoderamiento.* (p. 6).

Es preciso concluir que el empoderamiento individual se obtiene a través de acciones verdaderamente educativas y participativas, con esta se logra cambios favorables en los estilos de vida, es decir para lograr modificaciones personales y el incremento de las actuaciones que le brinden mas salud al individuo, pero claramente el empoderamiento colectivo o comunitario tiene una fuerza mucho mayor para los fines de transformación de los determinantes de la salud y el bienestar, fines que también busca la promoción de la salud.

3.5. La planificación en el empowerment

La planificación es la función de una empresa que convierte la política en programas posibles y efectivos. La política marca la dirección y define los criterios que deben seguirse. La primera tarea de los planificadores es decidir un enfoque que lleve hacia un plan de acción eficaz y duradero.

La planificación debe ser una actividad multidisciplinaria que permita que todas las partes interesadas contribuyan a la planificación y la modifiquen de acuerdo con sus necesidades y se aseguren que sea implantada con éxito, para cambiar las conductas de los empleados y dar capacidad de decisión puede llevarse varios años para implantarse la planificación en el empowerment.

El proceso de planificar y su significado es explicado por Wilson:

> *La parte activa de una planificación está en la función de organizar, coordinar y controlar. Las personas toman un plan completo, o partes del mismo y empiezan a hacer que funcione. Los recursos pueden consistir en personas, equipamiento, sistemas de ordenadores, maquinaria, transporte, etc. Las tareas deberán desmembrarse en unidades abordables con sentido y después asignadas a individuos o equipos que tengan las habilidades y técnicas de llevarlas a cabo. A medida que progresa el trabajo, los esfuerzos de los diversos equipos se empiezan a coordinar. En último lugar, el plan debe ser controlado para que las personas y los equipos trabajen en las duraciones correctas y bajo los presupuestos asignados. Una parte importante del control es el mantenimiento de los estándares y la calidad que estaban especificados en el plan.* (p. 47)

3.5.1. Premisas del empowerment

Según el documento "Empowerment", se debe promover:

Responsabilidad por áreas o rendimientos designados
Control sobre los recursos, sistemas, métodos, equipos
Control sobre las condiciones del trabajo
Autoridad (dentro de los límites definidos) para actuar en nombre de la empresa
Nuevo esquema de evolución por logros (p. 2).

3.6. Empresa y empoderamiento

El concepto de empoderamiento está totalmente vinculado a una empresa u organización. La idea fundamental de este título es diferenciar y obtener conclusiones de las empresas que aún mantienen síntomas tradicionales con aquellas que experimentan empowerment, así como los resultados positivos que esto conlleva.

Aquí se verifica nuevamente la participación en la toma de decisiones, el trabajo en equipo, la nula jerarquía, el control sobre el trabajo, el desarrollo del potencial de habilidades y conocimientos, se muestra la ligereza en el ambiente de trabajo y otros aspectos que permiten inclinarse cada vez más a desarrollar y mantener el empowerment.

También en el documento "Empowerment" se enumeran los síntomas de las empresas tradicionales, los síntomas de las empresas con Empowerment, las consecuencias y los resultados de las diferentes empresas dependiendo de su síntomas:

3.6.1. Síntomas de las empresas tradicionales

En las empresas tradicionales su puesto pertenece a la compañía
Sólo se reciben órdenes
Su puesto realmente no importa realmente
No siempre sabe si está trabajando bien, generalmente los indicadores no son claros
Usted siempre tiene que quedarse callado
Su puesto es diferente a lo que Ud. es
Tiene poco o ningún control sobre su trabajo

3.6.2. *Consecuencias negativas de los síntomas de las empresas tradicionales*

Trabajo repetitivo y sin importancia
Confusión en la gente
Falta de confianza
Falta de contribución en las decisiones
No se sabe si se trabaja bien
Nadie sabe lo que está sucediendo
Poco tiempo para resolver los problemas
Existencia de reglas y reglamentaciones engloban tez
Otros resuelven los problemas de uno
No se da crédito a la gente por sus ideas o esfuerzos

3.6.3. *Características de las empresas que han experimentado empowerment*

El puesto le pertenece a cada persona
La persona tiene la responsabilidad, no el jefe o supervisor, u otro departamento
Los puestos generan valor, debido a la persona que está en ellos
La gente sabe donde está parada a cada momento
La gente tiene el poder sobre la forma en que se hacen las cosas
El puesto es parte de lo que la persona es
La persona tiene el control sobre su trabajo

3.6.4. Resultados positivos del empowerment en las personas

Su trabajo es significativo
Ellos pueden desarrollar una diversidad de asignaciones
Su rendimiento puede medirse
Su trabajo significa un reto y no una carga
Tienen autoridad de actuar en nombre de la empresa
Participación en la toma de decisiones
Se escucha lo que dice
Saben participar en equipo
Se reconocen sus contribuciones
Desarrollan sus conocimientos y habilidades
Tienen verdadero apoyo (p. 2).

3.7. Cómo integrar a la gente hacia el Empowerment

Es importante señalarles el camino a las personas que por primera vez comienzan a trabajar en empowerment, sobre todo cuando vienen de

organizaciones con conceptos muy diferentes, en especial cuando no son capaces de visualizar sus propias necesidades. En el caso que nos ocupa, insertar el empoderamiento para promocionar la salud incita a que la integración y participación no se de solo desde un punto de vista individual, sino como un proceso de vida en comunidad.

Por lo antes expuesto se deben crear estrategias, mecanismos y estímulos para integrar a la gente, siendo capaces de actuar y decidir sobre sus vidas y su comunidad. El trabajo no solo se ejecuta en base a las actuaciones de las personas sino también a nivel de la conciencia, sobre todo el integrar a los grupos sociales más excluidos no es una tarea fácil; no se trata de una transferencia de poder literal sino de crear ese poder para lograr la toma de decisiones y el control sobre asuntos que les afectan en su vida cotidiana.

El empowerment le suministra mucha apertura a las personas, esto no quiere decir que no deba existir disciplina y compromiso debido a que las mismas son actitudes que conllevan a lograr las metas; así como las relaciones deben ser positivas y equilibradas.

Para integrar a la gente, el documento "Empowerment" hace referencia a tres elementos importantes a fortalecer:

El primero se refiere a las relaciones: las relaciones que se guardan con la gente deben poseer dos atributos fundamentales: deben ser efectivas, para el logro de los objetivos propuestos en el trabajo; y sólidas es decir, que permanezcan en el tiempo y no dependan de un estado de ánimo volátil.

El segundo hace hincapié en la disciplina: el Empowerment no significa relajar la disciplina y permitir que el paternalismo invada a la empresa. En este sentido es preciso fomentar: el orden, que la gente pueda trabajar en un sistema estructurado y organizado, el cual le permite desarrollar sus actividades adecuadamente; la definición de roles, es determinar perfectamente el alcance de las funciones de la gente, sus responsabilidades, sus funciones. Esto permite que el personal siempre sepa donde está parado.

El tercer punto es el compromiso: el cual debe ser congruente y decidido en todos sus niveles, pero promovido por los líderes y agentes de cambio. Esto incluye: lealtad, ser leales a nuestra propia gente, para que ellos lo sean con nosotros; persistencia, perseverar en los objetivos, en las relaciones en el trabajo, para que nuestra gente lo viva y lo haga de la manera en que se lo trasmitimos; y por último la energía de acción, que es la fuerza que estimula y entusiasma y que convierte a la gente en líderes vitales. (p. 8)

3.8. Poder y empoderamiento

El poder es uno de los elementos fundamentales del diseño organizacional, su medición es difícil y compleja. Una de las maneras de entender el poder es identificando la dependencia sobre algún recurso de la organización, muy especialmente en la toma de decisiones; de hecho las personas adquieren poder hasta el grado en que son capaces de afectar el proceso de toma de decisiones. Pueden influir sobre las metas que se desarrollan, las premisas que se emplean para tomar una decisión, las alternativas que se estudian, los resultados que se proyectan, etc.

Los gerentes exigen alta eficiencia en el trabajo de los subordinados, pero también es cierto que frecuentemente los gerentes concentran el poder que los subordinados necesitan para ejecutar las tareas asignadas. Este proceso en variadas oportunidades no se canaliza de manera conciente ya que para lograr resultados eficientes y controles que sean exitosos es necesario delegarle el poder a los subordinados.

El empoderamiento ha sido una de las estrategias que ha permitido distribuir el poder, delegarlo en vez de concentrarlo, permite sembrar una cultura organizacional muy fuerte, donde el trabajo en equipo es una de sus bases fundamentales, evidentemente se vislumbra organizaciones muy horizontales. Sin embargo, el empoderamiento es más que el simple hecho

de abrir el acceso a la toma de decisiones, incluye procesos que llevan a las personas a percibirse a sí mismas con la capacidad y el derecho a ocupar ese espacio decisorio, por lo tanto se trata de un "poder para" y no de un "poder sobre".

Rowlands (s.f.) expone la relación entre poder y empoderamiento de la siguiente forma:

El uso acrítico que se suele hacer del término empoderamiento en la teoría y la práctica del desarrollo oculta un concepto problemático. Muchos trabajadores y responsables de políticas de desarrollo se habían encontrado con esta expresión de la obra de Caroline Moser (1989) sobre el análisis de género. Sin embargo, el desarrollo no es el único contexto en el que se emplea. Actualmente oímos hablar del empoderamiento incluso a políticos convencionales como Bill Clinton o Jonh Major. Su uso en algunas disciplinas especialmente en educación de adulto, trabajo comunitario y trabajo social es relativamente mas avanzado, aunque también en estos ámbitos se podia tener más claridad respecto al concepto y a sus aplicaciones.

Parte de la confusión surge porque el concepto raíz, el poder, es también objeto de polémica, y así se entiende y se experimenta de distinta forma por diferentes personas. De hecho, puede que quien invoca el empoderamiento no sea conciente de las posibilidades de suscitar malentendidos que encierra este término. El poder viene siendo objeto de numerosos debates en todas las ciencias sociales. Algunas definiciones se centran, con diferentes grados de sutileza, en la capacidad de que dispone una persona o grupo para lograr que otra persona o grupo haga algo en contra de su voluntad. Este poder se ubica en los procesos de toma de decisiones, en el conflicto y la fuerza, y podría describirse como "poder de suma cero":cuanto más poder tiene una persona, menos tiene la otra. Otras definiciones distinguen entre varios tipos de poder, que se entiende que sirven a distintos propósitos y tienen diferentes efectos en o sobre la sociedad. Entre ellos se incluyen el "poder de amenaza", el "poder económico", el "poder integrador" o el "poder para crear relaciones como el amor, el respeto, la amistad o la legitimidad, entre otros.

La mayor parte de los marcos conceptuales para entender el poder parecen ser neutrales; es decir, no hacen mención a como se distribuye realmente el poder dentro de una sociedad. Tampoco consideran las dinámicas de poder que afectan al género o a la raza, a la clase, ni a ningún otro factor de opresión. Esta ausencia es abordada por varias teóricas feministas. Convencionalmente, el poder se define en relación con la obediencia el "poder sobre", ya que se considera que ciertas personas tienen el control o influencia sobre otras. Un análisis de género muestra que el "poder sobre" lo ejercen predominantemente los hombres sobre otros hombres, los hombres sobre las mujeres, y los grupos sociales, políticos, económicos o culturales dominantes sobre los que están marginados. Es, por tanto , un instrumento de dominación, cuyo uso puede verse en la vida personal de la gente, en sus relaciones mas próximas, en sus comunidades y más allá de ellas.

Este tipo de poder puede ejercerse de una manera muy sutil. Diversas autoras feministas has descrito la forma en que las personas a las que se niega sistemáticamente el poder y la influencia en la sociedad dominante interiorizan los mensajes que reciben sobre como se supone que tienen que ser, y como estas personas llegan a creer que esos mensajes son ciertos. Esta opresión interiorizada se adopta como un mensaje de supervivencia, pero se convierte en algo tan arraigado que sus efectos se confunden con la realidad. De este modo, por ejemplo, una mujer que es

sometida a abusos violentos cuando expresa sus propias opiniones, puede comenzar a abandonarlas, y finalmente llegará a creer que no tiene opiniones propias. Cuando el control se interioriza de esta forma, el uso abierto del "poder sobre" deja de ser necesario.

La definición de poder en términos de dominación y obediencia contrasta con aquella otra que define el poder en términos generativos; por ejemplo, "el poder que tienen algunas personas para estimular la actividad de otras y elevar su estado de ánimo. Un aspecto de esta definición de poder es el tipo de liderazgo que surge del deseo de ver que un grupo alcanza todo aquello que de lo que es capaz, donde no hay conflicto de intereses y es el propio grupo el que fija su agenda colectiva de trabajo. Este modelo de poder no es de suma cero; el aumento de poder de una persona no disminuye necesariamente el de la otra. Y, como observa Liz Kelly (1992), sospecho que el término empoderamiento se refiere a este" poder para", y que éste se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistirse al "poder sobre". (p.p. 1 y 2)

3.9. Empowerment y pobreza

Uno de los temas más resaltantes es la necesidad de involucrar a los grupos sociales mas excluidos en el proceso de empoderamiento.

La pobreza casi siempre se relaciona con escasos recursos económicos, sin embargo un cambio en el acceso a recursos externos u económicos sin un cambio en la conciencia puede dejar a las personas sin la flexibilidad y motivación para operar de manera positiva el control de sus propias necesidades. Los agentes de cambios externos ciertamente pueden iniciar el proceso, pero el proceso de empoderamiento se explica por la rapidez con que las personas cambian a sí mismas.

El peligro se sospecha en que para reducir la pobreza se tome como primer incentivo la entrega de acceso a los recursos externos, bienes o servicios y se aleje de las metodologías que crearán los espacios para que las personas construyan confianza y autoestima, por eso es que muchos programas gubernamentales que empiezan con buenas intenciones, terminan decayendo. También está el caso inverso, desarrollar programas que comiencen por elevar la conciencia de las personas, pero que son

incapaces de entregar mayor control sobre los recursos materiales, pueden evidentemente llevar a la frustración. Por lo tanto, para que se mantenga el equilibrio el empoderamiento debe modificar tanto la autopercepción de las personas como el control sobre sus vidas y sobre sus ambientes materiales.

La importancia de la correspondencia entre empoderamiento y pobreza es desarrollada por Sen:

Existen tantas razones intrinsecas como instrumentales para creer que el empoderamiento es (o debería ser) un elemento esencial en las estrategias, políticas y programas que buscan encarar la pobreza. Aunque las mayorías de las mediciones sobre ese tema se basan en el ingreso o gastos de consumo de los hogares individuales, la propia pobreza no es inherente a un fenómeno puramente individual, es decir, la probabilidad de ser pobre no se distribuye al azar en la población.

Factores tales como la raza, etnia, casta, género, estado civil y edad, unido con la ubicación regional, actúan como mecanismos que inciden en la pobreza, pero pocos países tienen datos disponibles a gran escala que muestren las correlaciones entre esos factores, o entre ellos y la pobreza a nivel de hogares. Las probabilidades de pobreza no están distribuidas al azar dentro de los hogares, pues el género y la edad actúan como variables de clasificación significativa.

Un argumento es que la efectividad de una estrategia en contra de la pobreza depende de cómo se encaren las causas subyacentes de la pobreza grupal. Generalmente, la pobreza grupal tiene una larga historia. Los factores económicos, sociales y políticos interactúan para perpetuarla; así la privación/marginalización/opresión ocurren a lo largo de más de una dimensión. Pero mientras esto hace a la experiencia de la pobreza más abarcadora, también significa que los cambios positivos pueden ser efectuados mediante acciones que encaren su naturaleza multidimensional. Una estrategia en contra de la pobreza focalizada en el empoderamiento, puede enfrentar mejor esta multidimensionalidad intrínseca que un programa estándar orientado hacia el bienestar, para crear bienes o generar ingresos.

También existen buenas razones instrumentales para usar un enfoque de empoderamiento destinado a enfrentar la pobreza. Muchos programas tradicionales sufren de problemas de despilfarro, mermas e ineficiencias. Una razón de esta situación es la falta de empoderamiento de los grupos objetivos de beneficiarios, quienes son incapaces de desafiar a los funcionarios de los programas. Un enfoque de empoderamiento puede tener un saludable efecto en la eficiencia y efectividad del programa al permitir a las personas sostener el programa y a sus administradores/trabajadores dar cuenta de él. (p.p. 4 y 5)

3.10. Medio ambiente para el empoderamiento

La gente se empodera a sí misma. Sin embargo, los gobiernos y otros factores pueden desempeñar un rol vital, ya sea obstaculizando el proceso o

creando un ambiente de apoyo formado por políticas, instituciones y culturas institucionales.

3.10.1. Políticas

Los procesos grupales han sido clave fundamental para lograr empoderamiento en los sectores más excluidos, la participación comunitaria y el conocimiento real de las necesidades no sólo individuales sino colectivas han influenciado en la búsqueda de las soluciones necesarias para construir un mejor entorno. Los gobiernos deben tomar conciencia de este punto al parecer el autoritarismo los rige pretendiendo cambiar las realidades sólo en bases legales. Deben incentivar así mismo la apertura a la información, sin manipulaciones y sin disfraces, como es bien sabido el buen manejo de la información es pieza clave en el proceso de empoderamiento.

En cuanto a las políticas y su influencia en distintos niveles, Sen refiere:

Muy a menudo, especialmente en un país democrático, lo más fácil para los gobiernos es cambiar o promulgar leyes para apoyar a los pobres. Esto puede incluir una gama de acciones importantes que dependerán del contexto específico, tales como la legislación contra la discriminación, la reforma de los códigos civiles y de herencia, la protección de las áreas de recursos comunes usadas por los pueblos indígenas, o la facilitación de los criterios de méritos para los créditos utilizados por los bancos del sector público. Ninguno de estos ejemplos constituye una dádiva de bienestar, aunque eliminan barreras y liberan las capacidades de las comunidades pobres para que se empoderen a sí mismas.

Dos direcciones claves de política pueden ser identificadas, que se suman a la eliminación de barreras al empoderamiento de la gente pobre. La primera es fomentar los procesos grupales en los programas en contra de la pobreza, como un paso consciente hacia la transformación de los programas rígidos y con mucho personal en otros más creativos, flexibles y que den respuesta. Es aquí donde los programas de gobierno tienen mucho que aprender de las experiencias no gubernamentales. Los burócratas deberían desear hacer este aprendizaje, y así alterar sus enfoques y sus formas de pensar.

La segunda dirección es eliminar las barreras de acceso a la información a los pobres. La información es a menudo uno de los recursos más fuertemente guardados y controlados en los programas de desarrollo. Como ha demostrado la teoría que explica la conducta de búsqueda de ganancias, controlar y hacer confusa la información es el principal mecanismo para maximizar las utilidades y la corrupción. Una gran cantidad del mal uso y merma de los fondos del desarrollo creados para los programas en contra de la pobreza se disfraza bajo un pesado velo de desinformación o simplemente, de falta de

ella. Por tanto un aspecto crucial de la pobreza es la pobreza de información, la que de esta forma se convierte en una necesidad clave para el empoderamiento, porque es solamente cuando la gente pobre sabe qué dineros están disponibles, cómo son canalizados, cuáles son las reglas y procedimientos del programa, y cómo se toman las decisiones, que puede empezar a pensar en hacer responder a los funcionarios públicos o privados del programa. Controlar la información es una clásica táctica de los poderosos. Sirve para marginar a los que no tienen poder al estatus de objetos o beneficiarios, en lugar de ser agentes activos que el empoderamiento genera. Los gobiernos pueden hacer mucho para hacer accesible la información en diversos aspectos, abarcando desde la gestión del desarrollo hasta los derechos humanos. (p.p. 15 y 16).

3.10.2. Instituciones y culturas institucionales

La cultura organizacional cobra importancia en el proceso de empoderamiento, existe poca viabilidad en los programas eficientes en contra de la pobreza cuando la toma de decisiones no es compartida, el poder está centralizado y existe un control jerárquico de arriba hacia la base, indiscutiblemente de esta manera no se logra que los pobres tengan un mejor control sobre sus vidas.

Las instituciones cobran un papel importante ya que su estructura debe estar inmersa en una gran apertura de todos los procesos que conlleven al logro de actitudes que mejoren la calidad de vida de los pobres, mediante un proceso de intercambio que concluye en empoderar a la gente.

También Sen expresa:

Lo que suele entorpecer un programa de empoderamiento eficiente en contra de la pobreza, es la nueva mentalidad en la toma de decisiones y de control de arriba hacia la base, que han sido propias de las instituciones gubernamentales y privadas y de sus culturas. Estas se oponen frontalmente a cualquier proceso de empoderamiento que se construya para apoyar o desarrollar las capacidades de la gente pobre para tomar un mejor control de su vida. Aunque son vitales los cambios legales, el apoyo a los procesos grupales, y el acceso más abierto a la información, también se requiere abordar la estructura de las instituciones, la forma como se efectúan las decisiones, la nueva mentalidad de los que trabajan con estos programas. Probablemente, este es el cambio más difícil de lograr, especialmente cuando las Instituciones son de larga trayectoria, han desarrollado férreos intereses, y donde nadie recuerde ni cree que puedan existir métodos de toma de decisiones más flexibles y abiertos que aquellos a los

que están acostumbrados. Un gobierno que decide implementar tales deseos de necesidad de cambios tendrá que proceder lentamente y comenzar con pequeñas acciones, identificando los principales cuellos de botellas y rigideces, y reorientado los protocolos de capacitación para los funcionarios gubernamentales, de tal forma que se puedan incorporar los nuevos métodos y enfoques para gestionar los programas en contra de la pobreza. (p. 16).

3.10.3. La importancia de la democracia

Muchos piensan que la democracia no ha resuelto un problema tan grave como lo es la pobreza, ciertamente otros profundiza la idea en que cada día en democracia existen más pobres; sin embargo si sostenemos herramientas como la participación, la transferencia del poder, la toma de decisiones sin jerarquías y el liderazgo compartido, pues definitivamente el apoyo a la democracia es absoluto, por esto aunque no haya sido la democracia un proceso que haya ayudado a reducir la pobreza, ciertamente es la esperanza que garantiza que los pobres se puedan empoderar ellos mismos.

En este sentido Sen señala:

Los cambios en las políticas e instituciones identificados más arriba presumen de la existencia de una política democrática.

Hoy ha llegado a estar de moda en algunos círculos argumentar que la democracia no es sólo innecesaria para el desarrollo humano y la erradicación de la pobreza, sino que realmente puede ser un impedimento. Como un principio general, ésta es una visión miope, ciega a las elecciones de la historia política humana. Por cada gobernante benevolente, rey o autócrata, han existido muchísimos más dictadores corruptos y opresivos. El autoritarismo no garantiza la remoción de la pobreza sino todo lo contrario. Los gobiernos autoritarios tienden a no dar cuenta de sus acciones y son proclives al enriquecimiento de unos pocos, a los abusos de los derechos humanos y a la corrupción. Los pocos que pueden no serlo son las excepciones que justifican la regla. La genuina democracia, por otra parte, crea los espacios que los que no tienen poder necesitan para librarse de su opresión. Aunque puede ser caótico y desordenado, es la única base sustentable para expandir las capacidades humanas de los pobres y el único medio que les garantiza la amplitud para empoderarse ellos mismos. (p. 16).

3.11. La participación y la descentralización como parte del empoderamiento

El empoderamiento no es sinónimo de participación ni de descentralización, son herramientas indispensables que se encuentran dentro del mismo.

El empoderamiento se relaciona con la participación, la descentralización o los enfoques de desarrollo de participación desde la base hacia arriba, a menudo esos conceptos han sido usados como sinónimos pero tienen significados distintos. El empoderamiento es un fin en sí mismo, mientras que la descentralización, los enfoques de participación desde la base hacia arriba, y en cierta medida, la participación, pueden ser vistos como medio para un fin. Ese fin puede o no puede ser el empoderamiento de los pobres.

Sobre los procesos de participación y descentralización del empoderamiento, Sen explica:

La descentralización de la autoridad gubernamental central puede pavimentar el camino para un mayor control sobre la toma de decisiones a nivel local, y para programas de desarrollo más acordes a las necesidades de las personas. Pero la descentralización puede también implicar devolución de recursos y poder del gobierno central a los gobiernos locales, sin ningún empoderamiento de los pobres. Esto es particularmente cierto si las jerarquías sociales locales son poderosas; en este caso la descentralización puede hasta debilitar la posición de los pobres, especialmente si la oposición local a su empoderamiento es fuerte.

La participación es un concepto más débil que el empoderamiento, en el sentido que es compatible con una multiplicidad de fines en conflicto. Al tener como meta involucrar genuinamente a las personas, y particularmente a los que no tienen poder, al formular estrategias y políticas de desarrollo, al tomar decisiones sobre los programas, y al monitorearlos y evaluarlos, puede crear un ambiente que conduzca al empoderamiento. Por otra parte, los espacios pueden estar abiertos a los grupos, comunidades o localidades para participar en los programas gubernamentales de desarrollo simplemente porque los gobiernos o agencias desean traspasar parte de los costos a ellos, o principalmente en función de los intereses de la eficiencia del programa. Por supuesto, si la intención no es empoderar a las personas para que tengan voz en la toma de decisiones, entonces la cuerda puede ser tirada con fuerza por las autoridades, quienes circunscribirán y limitarán la naturaleza de la participación.

Finalmente, incluso la idea de un enfoque de participación "desde la base hacia arriba" no es sinónimo de empoderamiento. En la medida que los agentes de cambios externos no gubernamentales o gubernamentales son necesarios para infundir nuevas ideas, visiones y metodologías ante la gente pobre para que comience su camino hacia el empoderamiento, puede ser vana la sola confianza en iniciativas surgidas desde abajo. Dependiendo del contexto local, una combinación de enfoques desde la base hacia arriba y de arriba hacia la base por lo tanto, pueden ser necesarios. (p. 5).

3.12. Algunas preocupaciones sobre el empoderamiento

Es lógico pensar que como en todo proceso que incentiva un cambio organizacional existan algunas preocupaciones que conllevan a pensar si el proceso de empoderamiento es efectivo o no.

Si se habla de pobreza, pareciera que una preocupación es la lentitud del proceso, pero la selección de las medidas y metodologías cualitativas son ingredientes esenciales al evaluar un programa de empoderamiento. De particular importancia son los métodos de evaluación que se construyen en respuesta y retroalimentación de la propia comunidad involucrada, esto es de aquellos que se están empoderando ellos mismos.

Otra de las preocupaciones es si el empoderamiento es muy costoso en recursos; aunque no existen estimaciones comparativas, es posible argumentar que el enfoque de empoderamiento puede realmente ahorrar fondos de programas al cortar el despilfarro y la corrupción.

Una segunda preocupación es si la metodología es demasiado complicada para programas a gran escala; el problema puede consistir en cambiar el modo de pensar de los que implementan los programas desde un enfoque de arriba hacia la base, a otro que reconozca la

multidimensionalidad de las necesidades de la gente pobre, así como su capacidad de autoayuda una vez que se le da la oportunidad.

Otra preocupación es si el empoderamiento puede ser medido con facilidad y exactitud; realmente es simple y con seguridad no más complejo que cualquier otro factor cualitativo. Tanto indicadores objetivos como subjetivos se han usado en forma extensa en algunos programas de empoderamiento.

Se pueden utilizar medidas objetivas normales si un programa tiene objetivos específicos, por ejemplo la alfabetización, el crédito, el ahorro, la salud o el aumento de ingresos; pero si usamos el empoderamiento estas medidas serán aproximadas que como bien se sabe es más cualitativo en su naturaleza. Como todas las medidas aproximadas, deberían usarse con cuidado, ya que pueden haber retardos de tiempos impredecibles entre un proceso de empoderamiento efectivo y sus resultados objetivos.

CAPÍTULO 4

COMUNIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

4.1. Antecedentes de comunidad

4.1.1. El redescubrimiento de la comunidad

El concepto que se tenga de comunidad es fundamental para comprender las sociedades y las relaciones que se establecen entre los distintos elementos que las constituyen. En este sentido, Nísbet (s.f.) realiza una reseña histórica sobre la idea de comunidad:

> *El redescubrimiento de la comunidad es sin disputa el desarrollo más característico del pensamiento social del siglo XIX, desarrollo que se hace extensivo mucho más allá de la teoría sociológica, a campos tales como la filosofía, la historia y la teología, hasta ser en realidad, uno de los temas principales de la literatura de imaginación del siglo.*
>
> *La idea de Comunidad tiene en el siglo XIX la misma importancia que tuvo la idea del contrato en la Edad de la Razón: fue el eje alrededor del cual giraba todo lo demás. En aquel entonces, los filósofos habían usado el principio racional del contrato para dar legitimidad a las relaciones sociales. El contrato proporcionaba el modelo de todo lo bueno y defendible de la sociedad; en el siglo XIX, en cambio, vemos que el contrato se desvanece ante el redescubrimiento del simbolismo de la comunidad. Los lazos de la comunidad – reales o imaginados, tradicionales o impuestos – llegaron a formar en muchas esferas del pensamiento la imagen de la buena sociedad. La comunidad se convierte en el medio de señalar la legitimidad en asociaciones tan diversas como el estado, la iglesia, los sindicatos, el movimiento revolucionario, la profesión y la cooperativa. Cuando se hace referencia a comunidad ello quiere significar algo que excede la mera comunidad local. La palabra, tal como se encuentra en gran parte de los pensadores de las dos últimas centuarias abarca todas las formas de relación caracterizadas por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. La comunidad se basa sobre el hombre concebido en su totalidad, más que sobre uno u otro de los roles que puede tener en un orden social, tomados separadamente. Su fuerza psicológica procede de niveles de motivación más profundos que los de la mera volición o interés, y logra su realización por un sometimiento de la voluntad individual que es imposible en asociaciones guiadas por la simple conveniencia o el consentimiento racional. La comunidad es una fusión de sentimiento y pensamiento, de tradición y compromiso, de pertenencia y volición. Puede encontrársela en la localidad, la religión, la nación, la raza, la ocupación, o en cualquier fervorosa causa colectiva, o bien tener expresión simbólica en ellas. Su arquetipo, tanto desde el punto de vista histórico como simbólico es la*

familia, y en casi todos los tipos de comunidad genuina la nomenclatura de la familia ocupa un lugar prominente. Las antítesis, reales o imaginarias, formadas en el mismo medio social por las relaciones no comunales de competencia o conflicto, utilidad o consentimiento contractual, son fundamentales para robustecer los lazos comunitarios: su relativa impersonalidad y anonimato llevan a primer plano a estos últimos, personales e íntimos.

No es suficiente decir, como muchos historiadores, que el rasgo más distintivo del advenimiento de la sociología en el siglo XIX es la idea "sociedad", tampoco es una afirmación precisa, ya que dice a un tiempo demasiado y demasiado poco. Pues, en una u otra forma, el concepto de sociedad no dejó nunca de ser objeto de consideración filosófica, ni siquiera durante la Edad de la Razón y el Iluminismo, cuando abundaban las doctrinas individualistas. Como ha señalado de manera tan esclarecedora Sir Ernest Barker, desde 1500 hasta 1800 toda la teoría secular de la ley natural empeñó prácticamente la totalidad de sus esfuerzos en elaborar una teoría de la sociedad; pero tras la imagen racionalista de la sociedad en ese período, existió siempre la imagen de individuos libres por naturaleza, que se habían unido racionalmente en una forma específica y limitada de asociación. El hombre era lo principal; las relaciones ocupaban un lugar secundario. Las instituciones sólo eran proyecciones de sentimientos innatos fijos y atomizados del hombre. Volición, consentimiento y contrato: he aquí palabras claves en la visión de la sociedad en términos de ley natural. Los grupos y asociaciones que no fueran defendibles en estos términos eran arrumbados en el cuarto de los trastos viejos de la historia. Pocas comunidades tradicionales sobrevivieron al examen de los filósofos de la ley natural de los siglos XVII y XVIII. La familia era habitualmente aceptada, por supuesto, aunque Hobbes utiliza la idea de un contrato tácito para justificar la relación padre – hijo, y un siglo más tarde Rousseau juega con la del sometimiento de la familia a la Voluntad General. Se debe asignar también un párrafo especial a la cuestión de la iglesia , pero esta cuestión había perdido casi toda su intensidad hacia fines del siglo XVII. Al volver hacia otras asociaciones, se ve que tampoco con ellas hubo merced. Los gremios, la corporación, el monasterio, la comuna, el parentesco, la comunidad aldeana: todas fueron consideradas carentes de fundamento en la ley natural. La sociedad racional debía ser, como el conocimiento racional, lo opuesto a la tradicional. Se debía fundar en el hombre no como miembro del gremio, feligrés o campesino, sino como hombre natural, y ser concebida como un tejido de relaciones específicas deseadas por los hombres, que éstos establecían de manera libre y racional entre sí. Tal era el modelo de sociedad a que llegó el Iluminismo Francés.

Para los philosophes este modelo estaba hecho a la medida de sus objetivos políticos. Las relaciones comunales del feudalismo les repugnaban tanto en el terreno moral como en el político, y si fuera posible demostrar que carecían de la sanción de la ley natural y la razón, mucho mejor. En su opinión, Francia estaba saturada de relaciones de carácter corporativo y comunal. Lo que hacía falta era un orden social fundado sobre la razón y el instinto, unido por los lazos más flojos e impersonales.

No todos los philosophes hubieran estado de acuerdo con Rousseau, por cierto en las consecuencias que éste extrajo a partir de su propia combinación radical del individualismo y absolutismo político, pero la irracionalidad de la mayor parte del antiguo orden era incuestionable. Esta es la razón de la implacable oposición del Iluminismo a todas las formas de asociación tradicional y comunal. "No hubo período más pobre que el siglo XVIII en el desarrollo de un espíritu de comunidad común; la comunidad medieval había sido disuelta y la moderna aún no estaba pronta..." El Iluminismo fue un período en que la gente anhelaba humanidad y no tenía compasión por su propio pueblo; cuando se filosofaba acerca del Estado se olvidaba a la comunidad.

La comunidad es un modelo en otros aspectos, más sutiles y más estrictamente intelectuales. Gran parte de la nueva orientación de la filosofía moral y social es consecuencia del redescubrimiento de la comunidad por parte del pensamiento histórico y sociológico y el impacto que ello produjo, supone un cambio completo de perspectiva. Del mismo modo las radiaciones de la comunidad han de ser contempladas dentro del pensamiento religioso de la época. El individualismo religioso y la teología racionalista

del siglo XVIII – consecuencia directa del movimiento que iniciaron Lutero y Calvino -, son desafiados ahora en muchos frentes: el canónico, el litúrgico, el moral, el político.

En la filosofía, la idea de comunidad se revela de muchas maneras: de índole especialmente moral y social, es también epistemológica y aún metafísica, pues el ataque que comienzan a preparar contra las perspectivas sensacionalistas y atomísticas de la realidad, primero Hegel y luego hombres como Bradley en Inglaterra y Bergson en Francia, forma parte de una misma perspectiva; sólo que ésta es más notoria en la filosofía social y política.

En Hegel la influencia de la idea de la comunidad aparece en su Filosofía del Derecho, obra que, más que cualquier otra producción de la filosofía alemana de comienzos del siglo XIX, estableció las bases apropiadas para el surtimiento de la sociología alemana. Se trata de un ensayo racionalista, pero de un tipo de racionalismo muy diferente al Iluminismo (alemán o francés). Hegel era conservador, y el carácter conservador de su pensamiento social fue plasmado en buena medida por el papel dominante que desempeñaba en él la imagen de comunidad. Su crítica del individualismo de los derechos naturales, de la soberanía directa e inmediata, su rechazo del igualitarismo de la Revolución Francesa y su ataque al contrato como modelo de relación humana se fundan todos en un concepto de sociedad que, al igual que la sociedad medieval, es concéntrica: está compuesta por círculos de asociación entrelazados – familia, profesión, comunidad local, clase social, iglesia, cada uno de los cuales es autónomo dentro de los límites de su significación funcional, cada uno de los cuales debe ser la fuente necesaria y el respaldo de la individualidad, y todos en conjunto constituyen el verdadero estado, para Hegel el verdadero estado es una comunitas communitatum más que un agregado de individuos, como lo definía el Iluminismo.

Por último, la influencia del redescubrimiento de la comunidad se advierte sobre toda la historiografía del siglo XIX. Si hay un aspecto en que los escritos históricos decimonónicos se diferencian de los siglos precedente – aparte, quizá de que su objetivo eran cada vez más científicos – es la verdadera erupción de interés erudito por el pasado comunal y tradicional de Europa; esto se puso de manifiesto en incontables obras acerca del feudo, la comunidad aldeana, el gremio, el condado, el distrito, el "centenar" etc. De la misma manera que los historiógrafos del siglo XIX rechazaban las historias naturales "conjeturales" e "hipotéticas" del siglo anterior – basadas, según era públicamente reconocidos más en las luces de la razón que en los datos de los archivos -, se mostraban adversos también a Voltaire, Gibbon y Condorcet a despreciar todo aquel período por su bárbara interrupción del progreso. Basta mencionar los nombres de Stubbs, Freeman, Maitland, Fustel de Coulanges. Savign y VonGierke para mostrar el grado en que historiadores de primera fila se entregaron al estudio de las comunidades e instituciones medievales. Las historias institucionales del siglo XIX siguen siendo hasta hoy insuperadas; ellas representan una parte del interés despertado por la comunidad medieval, interés que afecta así mismo al advenimiento de la sociología. La relación en buena medida adversa u hostil que los historiadores del siglo XVIII encontraron que existían entre las instituciones medievales y los electorados, asambleas y libertades modernas, se invierte en el siglo XIX, donde algunos estudiosos buscan los orígenes de la democracia en los contextos otrora menospreciados de la junta popular; el feudo, la asamblea condal y el estamento.
(p.p.1-6)

Las ideas de comunidad como eje alrededor del cual gira todo lo demás, como medio para señalar la legitimidad en asociaciones diversas, como forma de asociación o cualquier otra forma de concebirla durante la historia, sólo revelan la importancia que se le ha dado, la necesidad de interpretarla como unidad de análisis para entender los mecanismos sociales,

su valor como entidad social y la influencia que tiene en el desarrollo de la humanidad. No existe una diferencia de nivel entre sociedad y comunidad y no son géneros diferentes, sino que se diferencian perteneciendo al mismo género en cuanto a lo cuantitativo y a las relaciones sociales que en ambas se dan.

4.2. Conceptos de comunidad

Restrepo (2000) en su informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en México en junio del año 2000, durante la cual se trató el tema "El incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud", cita la definición de comunidad que aparece en el Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (1998):

> *Un grupo específico de personas, viviendo a menudo en un área geográfica definida, que comparte una cultura común, valores y normas, se organizan en una estructura social según relaciones que la comunidad ha desarrollado durante un período de tiempo. Los miembros de la comunidad ganan su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que han sido desarrolladas por la comunidad en el pasado y que pueden ser modificadas en el futuro. Ellos exhiben una conciencia de su identidad como grupo y comparten sus necesidades con un compromiso para llenarlas.* (p. 5)

Otra definición de comunidad es la planteada por Cohen (1980):

> *Una comunidad puede definirse como un grupo específico de personas que reside en un área geográfica determinada, comparten una cultura común y un modo de vida, son conscientes del hecho de que comparten cierta unidad y que pueden actuar colectivamente en busca de una meta. Ejemplos de comunidades son las aldeas, los pueblos, las ciudades, los vecindarios y las regiones metropolitanas.* (p. 153)

Bartle (s.f.) hace referencia a como la palabra comunidad es utilizada en diferentes contextos:

> *Los biólogos definen comunidad como grupos de individuos de la misma especie, o de especies diferentes, que viven, compiten y cooperan para formar un conjunto mayor.*

En una definición más ortodoxa se dice que la comunidad es un grupo de seres humanos, habitualmente con fronteras geográficas, asociados, por ejemplo, en comunidades que van desde vecindarios locales en grandes áreas urbanas hasta remotos poblados rurales.

Una comunidad no es sólo un conjunto de seres humanos singulares, es un superorganismo que pertenece y forma parte de la cultura, compuesto de interacciones entre la gente, de todos sus conocimientos. Sus dimensiones incluyen tecnología, economía, poder político, estructura social, valores comunes, creencias e ideas. Esto no se transmite de forma genética, sino por el aprendizaje. (p.3)

Sánchez en 1991 (citado por Rodríguez, s.f), es un estudioso de la comunidad y propone que el concepto de la misma es:

Un sistema o grupo social de raíz local, diferenciado en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y a subsistemas que incluyen: localidad geográfica, interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones. (p. 6)

También Rodríguez hace un análisis de este concepto y expresa que el autor del mismo destaca ciertas características distintivas de la comunidad:

- Que los miembros compartan un espacio geográfico y esto tenga un significado para ellos.
- Que la existencia del grupo sea consistente y tenga una perdurabilidad en el tiempo que garantice un tipo de convivencia y duración asociativa, formal o informal.
- Que existan instituciones o servicios que satisfagan al grupo, así como una base material que posibilite el desarrollo, la distribución y la prestación de servicios sociales a sus miembros.
- Que exista una estructura o sistemas sociales formales o informales de carácter político, cultural, ideológico o profesional que posibilite la formación de los grupos.
- Que esté presente un fuerte componente de carácter psicológico y relacional en dos dimensiones: vertical (con la comunidad) y horizontal (interpersonal) que sea portador de la existencia para los pobladores de un sentido psicológico de comunidad. (p. 6)

Por tanto, aunque el término comunidad parte de unas bases territoriales y temporales, sería erróneo concebirlo exclusivamente en función de la limitación geográfica y la permanencia en el tiempo, pues tiene una connotación psicosocial manifiesta en la inclusión de todos los elementos que caracterizan a la vida social: sujetos que tienen necesidades e intereses comunes, la adopción de formas de organización para el logro o satisfacción

de las necesidades, acciones específicas producidas por las formas organizativas (normas, pautas, criterios, etc.) y relaciones con grados de intensidad variables entre los individuos y de éstos con su medio.

4.3. Conceptos de participación comunitaria

El vocablo latino "participare", tomar parte, es el punto de partida del estudio del concepto de participación. Luego, participar implica que sean los actores sociales los autores de los procesos sociales que les conciernen.

La Conferencia de AlmaAta realizada en Ginebra en 1978, y reseñada en el documento "Participación Comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos" (s.f.) aportó la siguiente definición:

> *La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios, y por aquellos de la comunidad y mejoran la capacidad de contribuir al desarrollo de la comunidad.* (p. 4)

Bartle (s.f.) plantea la definición de participación comunitaria en términos de la diferencia que debe establecerse respecto a la colaboración comunitaria:

> *La participación comunitaria es mucho más que contribuir con trabajo o suministros. Es participar en la toma de decisiones, para elegir un proyecto comunitario, planificarlo, implementarlo, gestionarlo, supervisarlo y controlarlo. Es diferente a la colaboración comunitaria. La animación social promueve las actividades de la comunidad de destino, enfocando a la comunidad a asumir una mayor responsabilidad en su propio desarrollo, comenzando por decidir qué proyectos se deben poner en marcha y estimulando la movilización de recursos y la organización de actividades.* (p.2)

La finalidad de promover la participación comunitaria es establecer que en la toma de decisiones que afectan a la comunidad intervienen todos los miembros de dicha comunidad y no sólo unos pocos. Esta participación se caracteriza por el conocimiento de los problemas, la identificación de

necesidades y la planificación y ejecución de acciones para satisfacer las necesidades y resolver los problemas. La participación comunitaria incentiva la colaboración comunitaria y ayuda al incremento del poder colectivo, lo cual hace que la comunidad se haga más responsable, más compleja y más fuerte.

4.4. Involucramiento comunitario en salud vs acción comunitaria para la salud

También en el documento "Participación Comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos" se citan la definiciones de involucramiento comunitario en salud y acción comunitaria para la salud de la Organización Mundial de la Salud (1991):

> *Un proceso por medio del cual la gente, tanto individual como en grupos, ejerce su derecho a jugar un rol activo y directo en el desarrollo de servicios apropiados de salud, en asegurar condiciones para mantener mejor salud, y en apoyar el empoderamiento de las comunidades para el desarrollo de salud. El involucramiento de la comunidad en salud implica una alianza entre individuos, grupos, organizaciones y profesionales de salud, en la cual todas las partes examinan las raíces de los aspectos de salud y acuerdan como resolverlos. En cada estado del proceso del desarrollo de salud, todos los participantes juntamente discuten los aspectos y las posibles soluciones y acuerdan un curso de acción.*
>
> *La acción comunitaria para la salud es un proceso completo y sostenible en donde cualquier comunidad es involucrada como un socio completo en todos los estados del proceso de atención de salud: identificación de necesidades, selección e prioridades, planeación, implementación y evaluación de forma coordinada. La acción comunitaria para la salud implica membresía, un rol proactivo de la comunidad y compartir el poder más que meramente la ayuda en cooperación.* (p.p. 3 y 4)

En ambos conceptos se destaca el carácter de proceso y el involucramiento de la comunidad en lo relacionado con la gerencia de la salud. Pero en lo que al involucramiento se refiere hay diferencias significativas relacionadas con la cuota de poder, ya que el involucramiento comunitario en salud establece que el compromiso es empoderado en el proceso, suponiendo por tanto que la comunidad no tiene poder y necesita

ser empoderada, mientras que la acción comunitaria implica compartir el poder de quienes toman las decisiones en el proceso de atención de salud, lo cual significa que la comunidad no necesita ser empoderada y que es suficiente transferir el poder por quienes toman las decisiones. Mientras el involucramiento de la comunidad en salud refuerza una membresía entre los involucrados y de alguna manera sugiere un modelo armónico de cooperación, la acción de la comunidad para la salud puede implícitamente admitir la posibilidad de cuotas de poder.

Otra diferencia se encuentra en el concepto subyacente de salud, ya que la acción comunitaria para la salud está relacionada principalmente a la atención de salud, mientras que el compromiso de la comunidad parece aplicar un entendimiento conceptual más amplio de salud al plantear la necesidad de asegurar condiciones para mantener la salud y promover su desarrollo.

4.5. Factores estructurales de la comunidad y de la intervención social

En los distintos conceptos de comunidad se encuentran elementos de tipo estructural que van a participar directamente en la acción comunitaria, elementos que tienen validez e importancia en sí mismos y también en relación con los demás. Marchioni (s.f.) realiza una descripción de los mismos:

4.5.1. El territorio

El territorio tiene una gran importancia junto con el trabajo social porque en él han tomado cuerpo una serie de realidades que determinan en parte las condiciones de vida y de trabajo de la población. En este sentido el territorio es una entidad física y social, no solamente urbanística, en la que vienen a encontrarse y a veces a enfrentarse las contradicciones, conflictos, relaciones sociales y, al mismo tiempo, en ellas actúan las instituciones y la población.

Sobre el territorio operan las instituciones, las estructuras, es decir, aquellas organizaciones de la sociedad que tienen la obligación y el derecho de intervenir en relación con determinados aspectos o problemas de la sociedad.

El territorio plasma y da forma concreta a problemas sociales y a su vez influye de manera positiva o negativa sobre las condiciones de vida y no solamente las condiciones materiales, sino también las condiciones subjetivas de la población en muchos casos. El territorio es un punto fundamental para trabajar en cualquier comunidad, así como una base sólida de cualquier acción social. (p. 70 y 71)

El territorio es uno de los elementos que contribuye a determinar una realidad social en estrecha relación que la población que en él se encuentra, razón por la cual debe ser considerado para la intervención social y se debe dedicar tiempo a observarlo, conocerlo y analizarlo.

4.5.2. La población

Respecto a la población, segundo factor estructural de la comunidad, Marchioni expresa:

La comunidad la integran los individuos, que pueden funcionar como posibles usuarios y como posibles colaboradores en la acción social; así como los individuos pueden agruparse formando hermandades de muchos tipos: formales o informales, espontáneas, representativas, obligatorias o no.

Hay que ver si los grupos que aparecen son grupos reales y qué tipo de intereses defienden, por qué tipo de motivaciones han nacido, dónde están enclavadas en el territorio, si tienen una presencia global o sectorial en la comunidad.

La familia se debe tomar en cuenta a la hora de hablar de población, debido a que la misma puede ser una estructura viable o no viable para una acción comunitaria. (p.p. 73 y 74)

Para la intervención social, son necesarios definir algunos indicadores de población que realmente resulten pertinentes y que resten al término ambigüedad. Algunos de estos indicadores son las edades, los sexos, las clases sociales, los individuos, los líderes, las agrupaciones formales e informales, la colectividad en general, la familia y la evolución e historia de la población.

Si no se conocen estos indicadores, posiblemente la acción comunitaria puede resultar inviable y la intervención social poco exitosa, ya que estaría fundamentada en supuestos y no la realidad.

4.5.3. La demanda

Como tercer elemento, Marchioni menciona la demanda, entendida como los problemas que la población expresa. Al respecto señala:

> *El trabajo social comunitario y la acción comunitaria en general se articula en tres distintos niveles que no hay que confundir.*
> *Estos tres niveles brotan directamente del análisis y estudio de la demanda social que una determinada comunidad expresa y, por tanto, esto significa que acciones, iniciativas, programas que se vayan a llevar a cabo así como la planificación en su conjunto, tendrán que partir y tener en cuenta estos tres niveles.*
> *El primer nivel se refiere a problemas y demandas sociales relacionadas a determinadas partes del territorio (un barrio en una ciudad, barriadas particulares en un pueblo, zonas de marginación, etc)*
> *El segundo nivel se refiere a problemas y demandas sociales en determinadas franjas de la población; como es natural una acción social dirigida a jóvenes no puede ser igual a otras dirigidas a ancianos, etc. Un análisis profundo de las distintas franjas de la población y de sus particulares demandas o problemas sociales es fundamental en la definición de una estrategia de intervención social. No cabe duda que una acción comunitaria , aunque se dirija inicialmente a un grupo o a un sector de población, no pierde de vista una perspectiva más amplia en la que todos pueden aportar algo a los demás.*
> *Por último, el tercer nivel se refiere a problemas y demandas sociales en el nivel sectorial; con seguridad existe una dimensión sectorial o parcial del problema con la que hay que enfrentarse. Un trabajo comunitario no significa la globalización abstracta de los distintos problemas, sino la búsqueda de lo global; partiendo siempre de cómo se presentan y se viven los problemas: es decir, partiendo de lo más específico.* (p.p. 77 y 78)

La intervención social debe partir de lo específico o de lo sectorial, dependiendo de cuáles y cómo sean los problemas, aspirando siempre la búsqueda de lo global para así satisfacer las demandas existentes y potenciales de las mayorías.

4.5.4. Los recursos

Como último factor estructural de la comunidad, pero no por ello el menos importante, Marchioni hace referencia a los recursos de los que se dispone o se puede disponer:

> *Representan otro de los factores estructurales de la comunidad y de la intervención comunitaria con un gran peso y una gran importancia en el desarrollo de la acción social, sin embargo hay que decir con claridad que la comunidad y sus miembros son el primero y principal de los recursos de los que disponemos en estado potencial.*
>
> *Los recursos existentes no son otra cosa que una base para la acción, un punto de partida para la misma y no se puede asumir, como muy a menudo se hace, como única medida de acción social.*
>
> *Podemos utilizar distintas tipologías de recursos siempre en una óptica funcional y operativa, que se resumen así:*
>
> *Recursos Existentes: son los que tenemos en este momento actual, que se pueden utilizar directamente. Se debe verificar cómo se están utilizando estos recursos, siempre hay posibilidad de usarlos mejor y de planificarlos de manera distinta.*
>
> *Recursos Potenciales: un trabajo social comunitario tiene entre sus objetivos la búsqueda y puesta en acción de los recursos potenciales, empezando por la misma comunidad; en otras palabras, un trabajo comunitario no es otra cosa que el continuo descubrimiento y la progresiva puesta en acción de recursos potenciales. En la medida que avanza un proceso comunitario van aumentando los recursos que de potenciales se vuelven reales.*
>
> *Recursos Públicos: Siempre habrá un espacio de acción para que mayores y mejores recursos públicos vayan a la intervención social, hay que decir que los recursos públicos no pueden agotar el tema de los recursos mismos. Por lo que a los públicos respecta, hay que advertir que muy a menudo proceden de distintas fuentes institucionales y actúan sobre la base de programas sectoriales. Los profesionales de estos recursos son, por tanto, los primeros que deben superar, científicamente, esta traba y llegar a trabajar coordinadamente.*
>
> *Recursos Privados: han existido, existen y existirán siempre. La situación actual no permite un desaprovechamiento de esos recursos y que se necesita trabajar para que ellos actúen de manera coordinada con los recursos públicos, para atender así mejor a la demanda social de la comunidad.* (p.p. 79 y 80)

Este factor estructural tiene una gran importancia en el desarrollo de la intervención social, pero no se puede considerar como la única medida o como el más esencial, ya que ello significaría una falta absoluta de perspectivas. Aunque se disponga de recursos humanos y materiales, si éstos no están destinados a la atención de las demandas reales de una población, en un contexto territorial específico, entonces no puede hacerse

referencia a intervención social y no se estará dando respuesta a las personas que necesitan de una ayuda social para salir adelante.

4.6. La participación de la comunidad en los programas de salud pública

4.6.1. Antecedentes

La importancia de la participación comunitaria y de la capacidad de la comunidad en la promoción de la salud son más fácilmente comprendidas si previamente se hace una revisión histórica. Restrepo (2000) en su informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud realizada en México en junio del año 2000, durante la cual se trató el tema "El incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud", reseña lo siguiente:

Para los antiguos Griegos, que crearon los conceptos de democracia y ciudadanía, el ideal de "vida sana" como meta para toda la gente, estaba basado en procesos participativos (Guthrie, 1947). Este concepto añadido al actual de democracia, es el valor central de la doctrina de la promoción de la salud moderna. Desafortunadamente la ausencia de enfermedad y malestar como sinónimos de salud, distorsionaron la concepción griega de gente saludable y llevaron una pérdida significativa en el alcance amplio de la salud pública (Renaud,1994) y al dominio de la medicina orientada al individuo. La promoción de la salud como ha sido concebida en los últimos veinte años ha expandido de nuevo el concepto de salud y el significado de "saludable".

La educación de salud hizo una importante contribución a la participación de la comunidad para la salud, al compartir conocimientos acerca de salud y enfermedad (Cardaci,1997,1998; OPS, 1995). Sin embargo no todos los movimientos de educación sanitaria promovieron la participación social genuina. La mayoría de ellos tenían un enfoque vertical de aprendizaje de arriba hacia abajo y un concepto estrictamente biomédico de salud. Paulo Freire de Brasil fue quien desarrolló las teorías más progresivas de educación popular para la liberación y la elevación de la conciencia de los oprimidos (Freire, 1973; Freire 1977; Wallerstein & Sánchez-Merki, 1994). Los métodos pedagógicos de la "educación popular" que refuerzan la confianza en sí mismo y la libre determinación se aplican hoy mucho en los campos de la educación y la comunicación en salud.

En países en desarrollo se han descrito experiencias exitosas en programas de Atención Primaria en Salud con participación de grupos de base. Por ejemplo, en la región de las Américas el envolvimiento de comunidades en programas de inmunización ha sido excepcionalmente exitosa. Sin embargo, como fue declarado por Mahler (1986), el concepto y la práctica de la Atención Primaria en Salud sufrió grandes distorsiones cuando se perdió su filosofía orientada a la gente.

Más recientemente, los movimientos de "mujeres" han hecho contribuciones notables a los esfuerzos participativos y a las estrategias de empoderamiento para promover la salud en comunidades pobres, como lo ilustra la experiencia de Villa del Salvador en Perú.

En el contexto Latinoamericano, es importante reconocer la Declaración de Santafé de Bogotá sobre Promoción de la Salud y Equidad (OPS, Ministerio de Salud de Colombia, 1992) porque en ella veintiún países reafirmaron las propuestas teóricas y prácticas de la Carta de Ottawa, y se comprometieron a "Fortalecer la capacidad de la gente para participar en las decisiones que afectan sus vidas y a escoger estilos de vida saludables". (p.p. 4 y 5)

De lo anteriormente expuesto se desprende la idea de la necesidad de la participación de individuos y comunidades para el desarrollo de un ambiente saludable. La promoción de la salud debe tener como objetivo principal la implementación de estrategias participativas para lograr la deseada equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de la gente. Ello requiere apoyarse en la educación y potenciar las capacidades de las personas, de manera que éstas reconozcan en sí mismas la aptitud para participar en las decisiones relacionadas con aquello que les concierne y sepan discernir sobre formas de vida saludables.

4.6.2. Comprensión de la capacidad comunitaria para promover la salud y lograr la equidad

También Restrepo en el informe anteriormente mencionado explica la relación entre los procesos participativos y la equidad:

Independientemente de cómo definimos comunidad, trabajar con y para comunidades en promoción de la salud demanda el establecimiento de una fuerte identificación con las características socio-ecológicas del grupo y la inclusión social en una determinada localidad. Ambas son pre-condiciones para la búsqueda de la equidad a través de procesos participativos.

Es difícil de encontrar un artículo más completo y comprensivo sobre Capacidad Comunitaria que el de Goodman y col. (1998), basado en un simposio convocado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos. Este simposio afirmó: "No hay duda de que el concepto de capacidad comunitaria requiere clarificación". La literatura de salud pública le da diferentes nombres a ese "envolvimiento" (participación) de la comunidad, lo cual produce confusión entre los trabajadores de salud, otros profesionales, líderes comunitarios y personas laicas; los participantes del simposio concluyeron que: " la capacidad comunitaria es un concepto complejo, multidimensional y dinámico que requiere precisión para evaluar las fortalezas

o recursos de una comunidad y para desarrollar intervenciones apropiadas". Las diez dimensiones de la capacidad de la comunidad anotadas en este artículo son; participación comunitaria, liderazgo, redes sociales sólidas, habilidad para articular valores, sentido histórico, sentido de comunidad, reflexión crítica, habilidad para movilizar recursos, destrezas y habilidad para ejercer poder.

Es pertinente hacer hincapié en que la capacidad comunitaria se disminuye y debilita cuando se excluye de su valoración y del desarrollo de intervenciones el componente de realidad que solamente puede ser fruto de la participación de la gente en su propio medio.

Cabe preguntarnos, ¿es la capacidad comunitaria un pre-requisito o un resultado de la promoción de la salud?. Para algunos, el problema sugiere que la fuerza de la comunidad es un resultado y no una condición previa; los expertos del Centro de Prevención y Control de Enfermedades consideran que la capacidad comunitaria es ambas cosas, parte del proceso de desarrollo del grupo y un resultado que podría ser de ganancia o de pérdida. Consideran también que la capacidad comunitaria se construye a través de la participación social, el liderazgo, el poder del grupo y un sentido de comunidad. Sin embargo debemos anotar que la creación de la capacidad comunitaria no es un asunto fácil; todo el proceso de transferir el poder de decisión de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba, demanda una gran cantidad de esfuerzos y de tiempo de todos los involucrados y de los mismos miembros de la comunidad. La frustración de líderes y de ciudadanos puede ir tan lejos que el proceso puede fracasar. El ideal es contar con el soporte de las políticas de los altos niveles del gobierno. Sin embargo, existe evidencia suficiente sobre la influencia positiva de los movimientos de abajo hacia arriba en procesos de desarrollo y mejoramiento de las comunidades. Uno de los numerosos ejemplos que existe es en América Latina, es el del Municipio pequeño de Zamora en Venezuela, donde un movimiento comunitario local presionó a las autoridades de los niveles locales, estaduales y nacionales para detener la contaminación ambiental de una fábrica de cemento que estaba enfermando a la población (OPS, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, 1999).

El concepto de equidad es también complejo y difícil. La equidad fue definida por Kadt y Tasca (1993) como "oportunidades de vida", este concepto está basado en experiencias urbanas del Brasil. Es un enfoque socio-ecológico que toma en cuenta las necesidades de grupos sociales, que no son las necesidades específicas de salud en términos de servicios y riesgos de enfermedades.

La inequidad o falta de equidad social es el término que debe emplearse para referirse a la insuficiencia o falta de ingreso, y/o de vivienda, alimentos, servicios sociales, educación, seguridad, recreación, distribución de poder, etc. que determinan los niveles de salud y de bienestar de una población. Las desigualdades no siempre muestran las profundas inequidades y exclusiones de los diferentes grupos de la sociedad; desigualdad es disparidad pero no tiene las implicaciones éticas y morales que tiene la inequidad.

Los logros en la reducción de las brechas de equidad, sean en salud o en cualquier otro sector social requieren, de parte de los gobiernos, la promulgación de excelentes políticas públicas, y, de la sociedad en su conjunto, un gran sentido de solidaridad y de nuevos pactos sociales. La promoción de la salud intenta cerrar las brechas con respecto a la equidad, apoyando las redes sociales, abogando por políticas públicas saludables, y fortaleciendo la capacidad de la comunidad. (p.p. 5 y 6)

La mejor forma de enfrentar las desigualdades evitables, innecesarias e injustas en salud o en cualquier otro ámbito, es a través de la participación de todos los actores de una comunidad solidaria que se propone crear condiciones adecuadas para el desarrollo de todos sus miembros. Debe

construirse la capacidad comunitaria para las acciones orientadas a cambiar las condiciones de vida con el fin de producir más salud y mejorar la calidad de vida tanto en los niveles individuales como en los colectivos, todo esto en el marco de estructuras de poder y considerando la influencia del poder político.

4.6.3. Las reformas del sector salud y la construcción de la capacidad comunitaria.

América Latina atraviesa por una de sus mayores crisis evidente en múltiples áreas. La crisis económica coexiste con el proceso de globalización, fenómeno mundial que genera efectos desiguales con impactos distintos, planteando diversos retos entre los cuales se encuentra minimizar los impactos negativos en el ambiente y en la salud, así como asegurar la equidad social y la participación de las comunidades en los procesos de desarrollo.

Es necesario evaluar las actuales reformas del sector salud en América Latina para determinar si están afectando negativamente los procesos participativos y aumentando las inequidades. Sobre las reformas del sector salud, Restrepo expone:

> *Los movimientos actuales para establecer nuevos modelos de sistemas de atención de salud conocidos como reformas del sector salud, están afectando adversamente los procesos de construcción de la capacidad comunitaria. Las reformas del sector salud son parte de las llamadas Reformas del Estado o Ajuste Estructurales promovidos por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. El informe del Banco Mundial de 1993 recomienda que los países en desarrollo (de bajo y medio ingreso) formulen una agenda de salud que responda a las políticas económicas neoliberales, las cuales demandan la subordinación de la "política de salud a las prioridades del ajuste fiscal que requiere reducir y reestructurar el gasto publico, incluyendo el gasto en salud "(Laurell & Lopez-Arellano, 1996, p. 2). El movimiento hacia la privatización y la competitividad del mercado entre los proveedores de atención de salud está condicionando los derechos en salud a las leyes del mercado. Esto es, para decirlo suave, un error muy grave de juicio (Stocker, Waittzkin, Iriart, 1999). Establecer un mínimo indiscriminado de cuidado de la*

salud para hacer correcciones sociales y cubrir la población más marginal está causando serios problemas éticos y operacionales.

Los principios que son indispensables para alcanzar la equidad tales como la solidaridad y el impulso hacia la participación comunitaria son muy difíciles dentro de un ambiente de insatisfacción de usuario y proveedores de atención de salud. Los enfoques amplios y las iniciativas de salud pública están desapareciendo y la dirección de los servicios de atención por tecnócratas es ahora la prioridad.

Hasta la fecha, la evidencia de las reformas del sector salud lo que muestra es que las inequidades están rompiendo el tejido social, la salud de la gente se está deteriorando rápidamente y que el apoyo a los procesos de desarrollo de la capacidad comunitaria es muy difícil de obtener. Aquellos interesados en la promoción de la salud tienen la obligación de evaluar los nuevos modelos de reforma y determinar si en realidad están contribuyendo a cerrar las brechas de equidad. Si por el contrario, constituyen un impedimento para ello, se debe tener la valentía de criticarlas. (p.p. 6 y 7)

Dada la permanencia de inequidades en salud en América Latina, es apremiante fortalecer las estrategias de construcción de capacidad de la comunidad y del empoderamiento de grupos, pues de otra manera se corre el riesgo de abrir las brechas de la equidad, las brechas entre los privilegiados y los excluidos y, como consecuencia, incrementar la situación de extrema pobreza en la cual se encuentra gran parte de la población latinoamericana.

4.7. La capacidad de la comunidad y el cambio social. Los eslabones de la promoción de la salud con el capital social, poder, política y empoderamiento.

Continuar el recorrido respecto a las distintas variables que influyen en la capacidad comunitaria y su relación con la promoción de la salud, implica revisar lo referente al cambio social, el capital social, el poder y la política y el empoderamiento.

4.7.1. Cambio social

Según Restrepo:

La propuesta de cambio social es considerada por Naidoo y Wills (1998) como "promoción de la salud radical". Ellos la llaman radical porque reconocen la importancia del entorno socioeconómico como un determinante fundamental de la salud. "Su enfoque está en la política a nivel de ambiente y el objetivo es provocar los cambios en los ambientes físicos, sociales y económicos para tener el efecto de promover la salud".

Los acercamientos de Freire hacia levantar la conciencia política en los pobres a través de la apropiación de sus propios valores y autonomía (es decir de abajo hacia arriba) complementaría el radicalismo de la promoción de la salud.

Las estrategias de la participación social establece claramente poderosos vínculos con el cambio social y por ende con los procesos de construir capacidad comunitaria y empoderamiento desde abajo hacia arriba. El desarrollo de políticas públicas saludables involucra movimientos en los dos sentidos de arriba hacia abajo y de las base hacia arriba para asegurar los compromisos políticos dirigidos a las necesidades prioritarias de la comunidad. Parecería obvio que la política pública saludable, como parte de una política social integral, es uno de los productos de la capacidad comunitaria y que una meta de cambio social se lograr comunidades capaces de controlar su propia salud con el apoyo de los gobiernos.

El cambio social está influenciado en la actualidad por la globalización, la cual trata como urgente la necesidad de animar y facilitar las relaciones entre personas, grupos, comunidades y naciones comprometida en la búsqueda de soluciones que eliminen las inequidades del escenario global.

La globalización presenta problemas que necesitan ser considerados. Uno muy importante que se viene a la mente es el de la protección del consumidor. Se deben encontrar estrategias para empoderar a la comunidad para protegerlas de los asaltos de la comercialización de bienes y la transferencia de prácticas culturales que pueden dañar su salud y poner en peligro su bienestar. (p. 7)

La construcción de una cultura de la democracia, de la justicia y de la paz en América Latina exige la movilización de todos los actores sociales a través de procesos de diálogo, negociación y concertación. Las comunidades deben convertirse en generadoras y articuladoras de iniciativas, en gestoras de estrategias concertadas con las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y en el punto de encuentro de los actores sociales. El horizonte es crear una base social y cultural que permita un desarrollo integral de las comunidades.

4.7.2. Capital social

Si se define el capital social en términos de tejido social, seguridad, solidaridad, participación y relaciones sociales de una comunidad que pueden fortalecerse, entonces puede afirmarse que existe un nivel de correlación entre el capital social y la salud, ya que la inversión en capital social está asociada con la salud de las comunidades.

En cuanto a la definición de capital social y a sus implicaciones en la promoción de la salud, Restrepo refiere:

Putman (1994) define capital social como " el agregado de normas, redes, valores y organizaciones que dan capacidad a los actores y grupos para acceder e influenciar el poder y los recursos para la toma de decisiones sobre asuntos de interés común". Para Fukuyama (1996), el capital social está relacionado con la capacidad de la gente para asociarse y trabajar juntos hacia objetivos y metas comunes. El capital social se considera hoy como una de las características mas importantes de la democracia y de la buena gobernabilidad, existe un interés creciente en analizar su relación con la salud. De acuerdo con Kawachi (2000), las variables del capital social (confianza, normas de reciprocidad, membresía en asociaciones voluntarias) "explican una porción significativa de las variaciones transversales de las tasas de mortalidad a lo largo de los estados en Estados Unidos".

Una relación inversa entre capital social, pobreza y salud ha sido documentada a mayor capital social dentro de una área de pobreza, mejores logros en salud.

El capital social es con frecuencia conceptualizado como relaciones horizontales entre vecinos y la participación de la sociedad civil y no ha sido claramente definido para incluir las capacidades de las comunidades y de las organizaciones dentro de las comunidades para levantar el poder externo a la sociedad para mejorar sus condiciones de salud.

La medición del capital social es uno de los problemas presentes. Wallestein considera que la medición de las variables de capital social se ha enfocado primariamente hacia relaciones horizontales. Sin embargo, investigaciones importantes de Robert Sampson y colaboradores (1999), que han definido capital social como eficacia colectiva o la creencia de que la comunidad puede efectuar cambios, han comenzado a incorporar el empoderamiento de la gente y de la organizaciones para cambiar las condiciones no saludables.

Kawachi (2000) plantea algunas preguntas importante acerca de la relación entre capital social y salud: "¿Cómo puede promover salud el capital social?; ¿cuál es el escenario pertinente para que la sociedad invierta en capital social y promueva salud?; ¿cuáles son los aspectos negativos potenciales de la conexiòn entre capital social y salud?". Estas preguntas llaman la atención sobre aspectos importante a ser discutidos entre los trabajadores de la promoción de la salud.

Los contratos sociales son el mejor medio para la cohesión, la solidaridad y constituyen nuevas avenidas para reducir la violencia y restaurar el capital social.

La exclusión social, la inequidad y la opresión evitan la cohesión social y son responsables de la reducción de capital social. Se necesitan declaraciones fuertes sobre las responsabilidades de los gobiernos en el estímulo al desarrollo de capital social. (p. 8)

En el documento "Participación Comunitaria en Salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos" (s.f.), se hace referencia a las relaciones horizontales y a las verticales, en base a las cuales se crean ejes que hacen surgir diferentes niveles de participación:

La línea horizontal se extiende entre dos puntos extremos: uno es la participación activa en la decisión, el otro simple uso de una oferta establecida. Un eje vertical va desde la satisfacción de las necesidades básicas en un lado hasta la acumulación de capital social en el otro. Aquí el capital social incluye elementos de confianza social, el grado de asociatividad de las personas, las relaciones de cooperación que definen la eficiencia en la convivencia social en un país. Ambos ejes hacen surgir cuatro diferentes grados de participación:

Grado 1: En la participación de tipo instrumental un programa determinado aceptado o no; satisface las necesidades básicas.

Grado 2: En la participación consultiva al grupo destinatario se le pregunta por las necesidades e intereses y se elabora una oferta en base a esta consulta.

Grado 3: En la participación gestionaria el grupo destinatario no sólo participa en la decisión, sino ya gestiona el programa ofrecido a su manera.

Grado 4: Empoderamiento: se aumenta la capacidad del destinatario para articularse, tomar decisiones y vincularse con su entorno en forma autónoma. Como efectos observamos que los grupos destinatarios adquieren nuevas capacidades, las formas y espacios de organización se han fortalecido, las personas actúan como un grupo con identidad propia, los grupos están en condiciones de presentar propuestas al Estado e influir en sus decisiones y hay aumento de las capacidades de negociación de los grupos destinatarios con el sector público. (p. 18)

Es importante destacar que existen ciertos errores comunes y elementos inhibidores para una eficaz participación de la comunidad, los cuales también se explican en el documento recientemente mencionado:

1.- Excluir a la población de la discusión de las razones que sustentan las acciones, y de la posibilidad de intervenir en el diseño y selección de las opciones.

2.- Excluir a la población organizada del diagnóstico, planificación de las acciones que se consideran necesarias para el desarrollo de la salud en su comunidad.

3.- Un elemento retardador en algunos casos es el alto grado de dependencia de la población de las comunidades respecto a los servicios de salud, y de los profesionales médicos, que impide que los representantes de la comunidad afronten los conflictos derivados de los procesos participativos.

4.- Las discontinuidades y rupturas institucionales (cambio de personal, de políticas en salud, etc) inciden negativamente en los procesos de participación comunitaria, no sólo interrumpiéndolos, sino también produciendo retrocesos.

5.- La centralización excesiva tanto de los gobiernos como de los sistemas de salud.

6.- Carencia de un concepto claro de participación comunitaria.

7.- Falta de niveles mínimos de desarrollo y organización de la población.

8.- Falta de voluntad política. (p.p. 23 y 24)

La construcción del capital social se esta viendo afectado por el deterioro de las iniciativas participativas, así como por la violencia en todas sus formas, lo cual es razón de preocupación para la salud pública. Es necesario que las comunidades tomen conciencia de su capacidad para organizarse y de su poder para generar cambios, que se reduzcan las relaciones de dependencia ocasionadas por la centralización de los gobiernos y de los sistemas de salud, y que disminuya la opresión social, pues, de lo contrario, la tendencia del capital social será el decrecimiento.

4.7.3. Poder y política

La vida de las personas se ve afectada por las estructuras de poder. Luego, la participación de las personas en las comunidades así como el desarrollo del proceso de la promoción de la salud, dependen en cierta medida de las estructuras de poder con las cuales mantengan alguna relación, sea o no de dependencia, y con la visión política que de participación y salud pública se tenga.

Restrepo (2000) en su informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud formula las siguientes ideas:

Según Hancock (1994), la promoción de la salud como parte de "una rica tradición de salud pública, reconoce la relación entre salud, política y poder". Pero, ¿cuáles son las implicaciones de dichas relaciones para la capacidad comunitaria y el empoderamiento? Tal vez se encontrará una respuesta revisando la influencia del poder político en los procesos participativos.

Labonté (1994) distingue las relaciones entre el "poder sobre" y el "poder con". El primero representa el poder ideológico coercitivo que se ejerce sobre grupos de personas para mantenerlos marginados, mientras el "poder con" es el que influencia cambios con otros. Por consiguiente, el empoderamiento necesita orientarse hacia desafiar las estructuras opresoras y hacia nutrir las relaciones que habilitan a la gente para fortalecer el control sobre sus vidas para beneficio de todos. (p. 9)

4.7.4. Empoderamiento

Íntimamente ligado al poder y la política está el concepto de empoderamiento. Comprender y aplicar las estrategias que empoderan son objetivos para promover salud, ya significa que la gente tenga un mayor control sobre sus decisiones y sobre las acciones que le afectan, entre ellas la salud.

Esta relación entre poder, política y empoderamiento es explicada por Restrepo:

> *El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida en su comunidad, y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud.*
>
> *En el campo de la salud se pueden identificar dos tendencias de pensamientos sobre el empoderamiento. Algunos sostienen la creencia que el uso más importante del concepto de empoderamiento es dar énfasis a los cambios conductuales individuales para mejorar los niveles de salud de la población noción muy fuerte en las culturas individualistas. Esta tendencia considera que las modificaciones conductuales para los estilos de vida saludables son el propósito esencial de la promoción de la salud. Algunos de los defensores de este pensamiento son aquellos que colocan el énfasis en la deducción de factores de riesgo por encima de la tarea más difícil y compleja, como es la modificación de ambientes socio-culturales y políticos. Algunos "fanáticos" de la promoción de la salud subscriben a la idea de que para cambiar comunidades y grupos es necesario primero cambiar cada individuo, pero hay evidencia suficiente para afirmar que la conducta colectiva no es la suma de las conductas individuales. También existe evidencia de que la conducta individual se forma por la influencia de fuerzas sociales, y que para cambiar la conducta individual, deben cambiarse las condiciones sociales. Los fanáticos de cambios de estilo de vida individual siempre terminan "culpando a la víctima".*
>
> *Desde la perspectiva de la mayoría de los expertos que han publicado extensamente sobre el problema del empoderamiento, predomina la compresión colectiva que tiene implicaciones importantes para la construcción de la capacidad comunitaria, y consideran a ésta como sinónimo del empoderamiento. Wallerstein (1999) propone un argumento provocativo cuando dice que el empoderamiento individual realmente no es empoderamiento, y que éste per-se es verdaderamente un proceso social. El empoderamiento psicológico se reforzaría a través de participar en la acción colectiva, pero también a través de estrategias eficaces como los métodos educativos de Freire, la investigación participativa y otras estrategias de participación que aumentan conocimientos personal y conciencia sobre derechos y deberes en salud y que fortalecen el auto-cuidado y desarrollo de habilidades personales y estilo de vida saludables.*
> (p. 9 y 10)

En cuanto a la conexión con la política, un aspecto del poder político es la participación de la comunidad para la salud y que el empoderamiento de individuos y grupos es una cuestión política.

4.8. Cómo trabajar con comunidades: fortalecimiento de la capacidad comunitaria para la salud y el bienestar

En un modelo de planificación de promoción de la salud comunitaria, son las comunidades las que definen sus problemas y preocupaciones, siendo el primer paso hacia el empoderamiento de la comunidad ofrecerle el poder de definir. La capacidad comunitaria sólo se ve fortalecida si las comunidades se involucran y desarrollan sus capacidades.

Al respecto, Restrepo expresa:

> *Los mecanismos para fortalecer las comunidades se nutren siempre de los principios básicos de respeto por los valores, el conocimiento, la cultura y las decisiones de la comunidad. El aporte del liderazgo de la comunidad es esencial al proceso entero, y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico. Es importante que las comunidades adquieran las habilidades para negociar los asuntos de salud y participen activamente en los procesos de toma de decisiones. La participación de la comunidad no puede ocurrir en un vacío, se nutre de los problemas comunes y de condiciones que afectan las vidas de las personas. Esto es la clave para el "como" hacer que las comunidades se involucren y desarrollen su propia capacidad. Cualquiera que sea la técnica que se utilice para estimular la participación de la comunidad. El foco a mantener debe ser siempre la evaluación de la situación y priorización de necesidades y problemas hecha por los ciudadanos. El ejercicio de identificación de problemas y necesidades es el punto de arranque mejor para construir capacidad comunitaria, y la meta es obtener la participación de aquellos que nunca han tenido la oportunidad de ser oídos. Los administradores de salud, los líderes y los políticos deben escuchar los problemas identificados por la comunidad para ganar la confianza de ella.* (p. 10).

La consideración de la importancia de las ideas de empoderamiento y capacidad comunitaria, influye en la actuación de los profesionales de la salud, quienes deben escuchar atentamente a las comunidades y enfrentarse a la pregunta sobre qué es exactamente un problema de salud y quién debe definirlo.

Labonte (1999) hace referencia a un modelo de planificación de la salud comunitaria desarrollado en Australia en 1986, durante el cual se llevó a cabo un taller en el que:

> *Se pidió a los participantes que indicaran los tres problemas de salud más importantes de sus comunidades respectivas. Sus respuestas pudieron clasificarse en tres grandes categorías: médicos, de salud pública y socioambientales. Estos tres "paradigmas" pueden ser categorizados como sigue:*
> *- Médico: Comienza con la existencia de un problema. Se basa en la enfermedad. Las acciones suelen consistir en tratar los síntomas, erradicar la enfermedad y/o prevenir que el proceso se agrave.*
> *- De Salud Pública: Previene el comienzo del problema. Se basa en la conducta. Las acciones suelen consistir en promover los comportamientos saludables, empezando en etapas tempranas del ciclo vital. Trata de personas sanas e intenta prevenir que enfermen.*
> *- Socioambiental: Intenta crear entornos sociales y físicos que favorezcan la salud y el bienestar de los individuos. Se orienta hacia el cambio social y es la dirección que están siguiendo los profesionales de la salud pública con la nueva promoción de la salud. Las acciones se basan en la comunidad, a menudo abarcan medidas políticas y no dependen sólo de los profesionales de la salud.*
> *Como es lógico, los profesionales de la medicina y los trabajadores de salud que acudieron al mencionado taller se inclinaban a pensar que las enfermedades eran el problema principal; los profesionales de la salud pública daban gran valor a los comportamientos saludables, y los trabajadores comunitarios creían que las condiciones sociales, como la pobreza y el desempleo, eran las dificultades más importantes.* (p. 154)

La construcción y el fortalecimiento de la capacidad comunitaria y el empoderamiento de individuos y grupos exige una cuidadosa selección de estrategias para evitar las intervenciones que manipulen la participación social y la imposición de estilos de vida saludables de acuerdo a la definición de problemas de salud hecha por "expertos" que nunca han oído lo que la comunidad tiene que decir sobre sus condiciones de vida.

4.8.1. Los activos comunitarios

Toda comunidad tiene fortalezas y debilidades. Restrepo, al hacer mención de los activos comunitarios, se refiere a las fortalezas de la comunidad y así lo expone:

Una nueva estrategia, "el desarrollo basado en los activos de la comunidad", han propuesto Kretzman y Mcknight (1993). Los autores desarrollaron una metodología innovadora que "conduce hacia el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y barrios con menores ingresos". El mapa de activos o fortalezas de las comunidades proporciona una herramienta para descubrir capacidades y talentos individuales y colectivos, opuesto a la práctica usual de hacer un inventario de deficiencias de individuos y comunidades. Este método reconoce que cada individuo tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal que puede usarse para el desarrollo de la comunidad. Los autores critican el concentrarse solamente en la lista de problemas y necesidades de las comunidades para la asignación de recursos. El "camino alternativo basado en los recursos, enfocados al interior y que maneja relaciones" es un mapa desarrollado por estos autores como un inventario integral, de todas las capacidades potenciales de una comunidad local. El mapa de recursos activos de la comunidad no sólo incluye las fortalezas de cada individuo sino también las asociaciones ciudadanas como las iglesias, clubes, grupos culturales, y las instituciones como las escuelas, bibliotecas, hospitales, universidades, parques, etc. Lo de "enfocado al interior" de la comunidad se refiere a que se concentra en las capacidades de ésta para resolver sus problemas. Todas ellas mancomunadamente proporcionan respuestas para construir y reconstruir las relaciones entre individuos, asociaciones/organizaciones e instituciones locales.

Es indudable el valor especial que se da a la juventud y a las personas mayores en esta metodología porque tienen una presencia fuerte en el campo de la promoción de la salud. Existen ejemplos que ilustran el potencial de los jóvenes para cambiar ambientes de alto riesgo y crear propuestas inmorales para su propio desarrollo cuando encuentran las oportunidades de desarrollar su creatividad. Los adolescentes y los adultos mayores son buenos socios para el desarrollo de proyectos de salud y de desarrollo porque frecuentemente son víctimas de la exclusión social en muchas sociedades (subdesarrolladas y desarrolladas). Ambos grupos padecen problemas comunes como desempleo, falta de oportunidades educativas, violencia, exclusión por género y etnias, desórdenes mentales y psico-afectivos, y conflictos familiares.
(p. 11).

Si toda comunidad tiene problemas y necesidades que requieren ser resueltos y atendidas, también posee fortalezas y potencialidades cuyo desarrollo y afianzamiento contribuyen a dar solución a los problemas y a satisfacer las necesidades. Para ello, resulta fundamental conocer las fortalezas individuales y colectivas de la comunidad, reforzarlas, ampliarlas, y construir sobre ellas el desarrollo.

4.8.2. La epidemiología comunitaria

La epidemiología social se basa en la información que proporciona la comprensión de la realidad sociológica. Luego, la epidemiología comunitaria se fundamenta en la comprensión de la realidad comunitaria y elabora y

concede importancia a los componentes de la comunidad y a la integración de las comunidades en torno a compromisos para lograr metas variadas, entre ellas metas de salud.

En este orden de ideas, Restrepo manifiesta:

Un grupo interesado en la práctica de Epidemiología Comunitaria en América Latina (Tognoni,1997) ha desarrollado un enfoque de trabajo "con los grupos mismos". Sus experiencias consisten en identificar grupos y comunidades pequeñas (por ejemplo barrios o pueblos pequeños) como punto de partida para construir conglomerados de agregados multicéntricos donde la individualidad y las caracteristicas culturales de un determinado grupo no se pierdan ni sean despreciadas. Este enfoque permite moverse progresivamente hacia una integración mayor entre comunidades. (p. 12)

4.8.3. Desarrollo de consorcios y alianzas para promover salud

La promoción de la salud no puede darse sin el apoyo ofrecido por la participación de asociaciones que se han creado como respuesta a la necesidad de trabajar juntos para lograr un objetivo común. Sobre esta situación, Restrepo plantea:

Wallerstein y Sheline (1998) presentan un enfoque metodológico de atención de salud para fortalecer el desarrollo de pactos sociales comunitarios para lo cual proponen que los profesionales de la promoción de la salud implanten cinco tareas de participación de la comunidad: "1. Valorar sus propios recursos como profesionales de la salud y su interés en convertirse en socios de la comunidad. 2. Comprometer la comunidad identificando a las redes sociales pertenecientes y a sus líderes. 3. Priorizar los problemas de salud usando técnicas de construcción de consensos. 4. Desarrollar estrategias para enrolar a la comunidad en la intervención. 5. Evaluar los resultados involucrando a la comunidad". Para lograr estas tareas se disponen de diversos métodos según los autores. Su planteamiento implica involucrar a la comunidad en la toma de decisiones en los niveles altos para la administración de los servicios de salud, las actividades de control de calidad, y el establecimiento de procedimientos transparentes de gerencia de los recursos financieros en los niveles institucionales. A nivel de la comunidad, el autor recomienda actividades de educación, capacitación para mejorar la organización y apoyo a la comunidad, la ayuda técnica para los grupos, y la provisión de espacios apropiados para las discusiones, negociaciones y construcción de acuerdos generales o consensos.

El término "alianzas saludables" ha sido propuesto por varios autores para acentuar la necesidad de trabajar juntos para crear condiciones que le permitan a la gente mejorar su salud y calidad de vida. Naidoo y Wills (1998) describen las alianzas saludables como el trabajo intersectorial, multi-agencial inter o multi-disciplinario, la planeación conjunta por los grupos, y los equipos que trabajan unidos con una "visión amplia de salud que

abarca los factores sociales y medio ambientales". Aquí pueden incluirse los grupos inter-institucionales, gubernamentales, privados y mixtos, involucrados en actividades de salud y desarrollo social que comparten una filosofía común. Como lo declaran los autores mencionados, una alianza saludable es un medio y no un fin. Ellos identifican ocho características esenciales para obtener una alianza exitosa:

- *Compartir un propósito o tarea común;*
- *miembros seleccionados porque tienen experticia específica;*
- *miembros que saben sus propios papeles y los de los otros socios;*
- *miembros que se apoyan unos a otros en las tareas;*
- *miembros que se ayudan con sus habilidades y personalidades;*
- *miembros que asumen un compromiso para lograr el propósito/tarea;*
- *existe un líder que coordine y tome la responsabilidad, y*
- *el equipo cuenta con una oficina o estructura física.*

La identificación de los principales accionistas o interesados de la comunidad es un factor importante para las acciones de la promoción de la salud y el envolvimiento de la comunidad en cada lugar y país. A pesar de su diversidad, algunos accionistas conocidos deben invitarse a participar en todas las iniciativas de empoderamiento y desarrollo de la capacidad comunitaria para mejorar la calidad de vida y la salud de la comunidad. (p.p. 12 y 13)

Las alianzas exitosas facilitan que las asociaciones que se han formado representen redes de apoyo en las cuales las decisiones son tomadas por consenso y ello de alguna manera garantiza que se desarrolle la capacidad comunitaria, incrementándose los niveles de participación y, por tanto, se crea un ambiente idóneo para el establecimiento de "consorcios" para salud que realmente se comprometan con la comunidad y la involucren tanto en las definiciones, como en las acciones y en la evaluación de resultados.

4.8.4. Estrategias, habilidades y recursos para trabajar juntos

Trabajar juntos al nivel de la comunidad requiere de estrategias, habilidades especificas de los equipos y de recursos de diversa naturaleza.

En cuanto a estas estrategias, habilidades y recursos, Restrepo señala:

El papel del sector social para el apoyo de los procesos participativos de la comunidad debe revisarse y claramente establecerse.

Los trabajadores de la salud necesitan entender que ellos tienen la obligación de ayudar a las organizaciones de la comunidad para que movilicen sus propios recursos. Las instituciones prestadoras de cuidados médicos como los hospitales y los centros de salud deben invitar a las organizaciones comunitarias a unirse en alianzas como se ha descrito arriba. Los profesionales y técnicos del campo de la salud deberían recibir capacitación en métodos y estrategias de participación comunitaria como vehículos para mejorar la salud de la población que atienden. Ellos deben aprender a escuchar a las personas como la habilidad o cualidad más útil para el trabajo con comunidades (Brieger, 1999).

La incorporación de tecnologías modernas de información y comunicación al campo de la salud pública es una de las estrategias innovadoras incorporadas a "la nueva salud pública" basada en la teoría y en la práctica de la promoción de la salud. La comunicación social es un valioso instrumento para promover salud pero se necesita que se use con responsabilidad seria y compromiso de los comunicadores y de los medios.

Muchos piensan que el papel de los medios de comunicación masiva para las necesidades propias de la promoción de la salud, debería ser redefinido. Pero lo que sí debe tenerse en cuenta siempre es que los medios tienen efectos poderosos para los propósitos de fortalecer la capacidad comunitaria y la movilización de la comunidad en la formación de políticas públicas. Es necesario también el financiamiento para fortalecer la capacidad de la comunidad. La experiencia muestra la creencia errónea, muy común entre los gerentes, que el trabajo de comunidad no necesita asignación de recursos económicos. Precisamente, una justificación para el desarrollo de alianzas y consorcios es el financiamiento de proyectos de desarrollo comunitario durante un tiempo adecuado. Este último factor tiempo de duración para estos procesos comunitarios es otro recurso importante a tener en cuenta en la construcción de la capacidad comunitaria y el empoderamiento de grupos; aún bajo las mejores condiciones, éstos no se consiguen de la noche a la mañana. Los resultados positivos requieren la maduración de procesos de participación.

Finalmente los procesos de capacidad comunitaria necesitan rendir cuentas. Los líderes de la comunidad, las agencias financieras, las organizaciones participantes y los trabajadores de la salud deben ser responsables y rendir cuentas. Los éxitos o fracasos de los proyectos e iniciativas deben documentarse apropiadamente. (p.p. 13 y 14)

Para trabajar con las comunidades en la promoción de su salud, se necesitan habilidades, estrategias y recursos que proceden de diversos campos, así como otros inherentes a la promoción de la salud, entre los cuales se encuentran la información, la comunicación, la mercadotecnia social, la negociación, la formulación de políticas la investigación participativa, la formación de redes sociales, la organización gerencial y el reforzamiento de la capacidad de resolución de problemas que tienen las comunidades.

La utilización de nuevas técnicas y estrategias de comunicación es uno de los instrumentos más poderosos para fortalecer las organizaciones y

los grupos de la comunidad, tal como lo es la toma de conciencia sobre su situación sin la cual no es posible lograr el empoderamiento.

4.8.5. Apoyo a las organizaciones comunitarias y a las comunidades locales

Para lograr el bienestar de la comunidad, es necesario apoyar a las organizaciones que en ella existen tanto en lo financiero, como en lo que a servicios e información concierne. También Restrepo describe este apoyo:

> *Milio (1997) hace énfasis en el apoyo de las organizaciones de la comunidad para ser las conexiones eficaces entre la política pública, la salud y el bienestar de la comunidad. El apoyo debe incluir financiamiento, servicios e información. El soporte de información es crucial para permitir a las comunidades que transformen sus condiciones de vida; muchas veces la información representa la diferencia entre una comunidad activa y una participativa y una pasiva manipulada.*
>
> *El sector de la salud tiene la obligación de organizar la vigilancia de la comunidad sobre su propia actuación. Siendo ésta una de las propuestas positivas de las reformas del sector salud, es necesario activarlas y llevarlas a cabo a través de mecanismos que garanticen la participación genuina de la comunidad. La vigilancia y control de los proveedores de atención médica por los grupos de ciudadanos deben implementarse totalmente.*
>
> *Un desafío para la promoción de la salud en los países en vía de desarrollo es proponer nuevas maneras de apoyar a las comunidades locales eficientemente. A este respecto, debe resaltarse cuatro hechos positivos con que contamos hoy:*
>
> *1- Las comunidades locales tiene una creatividad increíble y una gran voluntad para sobrevivir.*
> *2- El desarrollo de políticas públicas saludables a nivel local es mas exitosa que a nivel nacional.*
> *3- Un nuevo enfoque de epidemiología como"la epidemiología comunitaria" es una estrategia en países latinoamericanos que permiten la humanización de datos estadísticos de morbilidad y mortalidad.*
> *4- Las comunidades saben cuales son las opciones apropiadas para mejorar su salud y su calidad de vida, cuando las estructuras de poder crean las oportunidades para que la gente pueda seleccionarlas.* (p. 14)

Si todos los niveles están sufriendo los ajustes del fenómeno mundial de la globalización, es el nivel local el más afectado, pues la globalización es un modelo que coloca una pesada carga en las pequeñas comunidades para competir por bienes y servicios en un ambiente de mercado. Dado que tales comunidades generalmente no son objetos de iniciativas de desarrollo socio-económico, ello provoca que tiendan a aislarse más.

Por tanto, las comunidades locales en un mundo globalizado necesitan apoyo hoy más que nunca y aquéllas que muestren el potencial mayor para el desarrollo de la salud deben recibir estímulos e incentivos de fuentes públicas y privadas.

4.9. Evaluación de la capacidad comunitaria y del empoderamiento en promoción de salud

Todo proceso requiere ser evaluado, pues es sólo mediante la evaluación que es posible determinar si se están logrando los objetivos planteados y si hay o no necesidad de introducir algún cambio. La evaluación no debe verse como una fase terminal, especialmente cuando se refiere a procesos sociales como lo son la capacidad comunitaria y el empoderamiento, sino como un elemento indispensable para la toma de decisiones.

Dadas las características de los objetos de evaluación, no pueden dejar de revisarse permanentemente el contexto, las estrategias, las experiencias, los actores sociales, ni los resultados, considerando para ello indicadores cuantitativos y cualitativos que también pueden sufrir cambios cuando no ofrezcan la validez y la confiabilidad esperadas. La capacidad comunitaria y el empoderamiento no es una continuación de éxitos y de resultados positivos, sino que tienen resultados casi siempre parciales y progresivos, nunca definitivos; presentan problemas, encuentran obstáculos y también fracasan.

La capacidad comunitaria y el empoderamiento tienen en sí mismos los instrumentos para evaluarse, tanto en sus acciones concretas como en sus finalidades; tanto en las prioridades seleccionadas como en los

resultados o fracasos conseguidos y en los problemas y obstáculos que han determinado particulares momentos de dificultad o incluso han impedido la consecución de los resultados previstos.

La concepción de evaluación como medición es un enfoque reduccionista, limitado y poco flexible, ya que se orienta exclusivamente hacia los productos y no considera los procesos. La evaluación es un concepto dinámico y refleja los que es la realidad de la capacidad comunitaria y del empoderamiento en promoción de salud.

Restrepo analiza este elemento presente en todo proceso:

La evaluación de la capacidad de la comunidad y de los procesos de empoderamiento, es tan compleja y difícil como es la evaluación de cualquier intervención socio-política. La evaluación de la promoción de la salud debe basarse en la situación contextual de cada lugar donde el proyecto se lleve a cabo, en otras palabras no existe una lista única de indicadores para evaluar los procesos socio-culturales y socio-políticos. La evaluación debe ser participativa, las comunidades deben ser involucradas en el proceso de la evaluación y de la identificación y definición de indicadores. Hay acuerdos generales que la evaluación debe ser cuantitativa y cualitativa; varios autores enfatizan que los indicadores cualitativos son muy importantes y necesitan ser desarrollados teniendo en cuenta el contexto. Los indicadores cuantitativos tradicionales de salud como la morbilidad y la mortalidad son muy limitados para medir el envolvimiento de la comunidad en la solución de problemas de salud y el desarrollo de su capacidad social. Los procesos evaluativos deben enfocarse en el "por qué y en el cómo" y no sólo en el "qué y cuándo".

La evaluación de procesos de la comunidad requiere enfoque multidisciplinarios o transdisciplinario; esto significa que las disciplinas necesitan desarrollar un marco común para explicar los problemas que le permita ajustar sus propios métodos de medición al problema o asunto a investigar. Los procesos participativos deben ser sostenibles; es importante la búsqueda de indicadores de sostenibilidad en la capacidad comunitaria y empoderamiento. La medición de cambios en capital social, construcción de capacidad comunitaria y el empoderamiento de comunidades, se puede decir que todavía está en una etapa de infancia y que aún pueden verse dichos cambios como cambios de promoción de la salud similares a otros cambios como los sistemáticos del nivel comunitario, o como un cambio de política, o como resultados intermedios en el mejoramiento del estado de salud. Mato (1996) ha propuesto cinco valorizaciones de participación de la comunidad que ilustran el fortalecimiento de la capacidad comunitaria.

1.- Extensión: ¿quién participa y quién no lo hace?
2- Profundidad o Intensidad: ¿en qué tipo de actividades participan?
3- Modalidades: ¿qué maneras escogen las personas para participar?
4- Impacto: ¿cuáles son los impactos en los logros de las metas de salud?
5- Sostenibilidad: ¿cómo asegurar la buena participación en el futuro?

Las dimensiones recientes de la evaluación del empoderamiento comunitario incluyen eficiencia colectiva, percepción de control individual, contexto organizacional y comunitario, percepción de influencia social, así como los cambios reales en las

prácticas, políticas, normas, recursos, y condiciones sociales (Becker y col., Burdine y col.). A pesar de la importancia que tienen los objetivos de identificar medidas estándares para valorar la capacidad comunitaria y el empoderamiento, la evaluación cualitativa del contexto particular en cada situación debe acompañarle siempre. Cada comunidad tiene sus propios factores facilitadores y barreras para los cambios, los cuales son extremadamente importantes para entender si se va hacia la meta de desarrollar la capacidad de la comunidad. (p. 15)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Esta monografía ha revisado la problemática de la construcción de la participación comunitaria y el empoderamiento de las comunidades para promover la salud teniendo en cuenta la situación social actual de las poblaciones de bajo ingreso y más marginadas.

Entender las relaciones mutuas entre política, modelos económicos, y distribución de poder en un contexto dado es un imperativo para todos los comprometidos en el trabajo de la Promoción de la Salud. Dicha comprensión hará más claro el camino a seguir con respecto a los enfoques, estrategias y a la oportunidad que se presente. La Promoción de la Salud no es particular de un sector específico, por consiguiente todos los sectores son responsables de mejorar la salud y el bienestar de la población. Las acciones y políticas que contribuyan a esta meta deberán ser reconocidas y hacerse visibles por el sector de la salud.

Así como la Promoción de la Salud ha tenido grandes repercusiones en la concepción de la planificación incorporando a la población, la investigación sobre salud pública también está siendo cuestionada con relación al papel de las comunidades en ella. Crear las condiciones para que las comunidades y los individuos aumenten el control y mejoren su salud, como lo establece la Carta de Ottawa (1986), significa que puedan ejercer control también en la investigación que afecta su salud.

La investigación acción-participativa es hoy un nuevo paradigma de la Promoción de la Salud, lo que no asegura que realmente haya sido incorporado plenamente en la academia. En teoria se menciona mucho, pero en la práctica se implanta menos, por las mismas razones que se enunciaron

sobre las dificultades que encierra, además de la resistencia que aún genera la Promoción de la Salud en algunos grupos más tradicionales en las concepciones de investigación científica.

La exclusión social está aumentando a nivel mundial y es grandemente responsable de la presencia continua de la falta de equidad en salud. Los grupos excluidos necesitan ganar poder para influir en cambios importantes en las próximas décadas. Los jóvenes y los adultos mayores son grupos prioritarios para el empoderamiento. Las estrategias de participación comunitaria y empoderamiento son puntos importantes para activar cambios sociales, así como el acercamiento más práctico para el éxito es estimular y apoyar los movimientos participativos a nivel de la comunidad.

La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la Promoción de la Salud, por lo tanto las estrategias, mecanismos y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda agenda operativa de la Promoción de la Salud. La participación no se da sólo desde el punto de vista individual sino como proceso de la vida comunidad.

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa en promoción. El empoderamiento como proceso social está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, cuestión crítica para la Promoción de la Salud, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y de negociación y sobretodo, crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas. El autoritarismo y la hegemonía de los

gerentes de las Instituciones de salud, va en contra de la participación comunitaria y del empoderamiento que se buscan.

Las acciones gubernamentales como el desarrollo e implantación de políticas sociales son la mejor manera de reducir la carga de la pobreza y de otras causas de la exclusión social. Las comunidades deben ser potenciadas para exigir de todos los niveles de gobierno la adopción de tales políticas y su aplicación permanente.

Los gobiernos a todo nivel tienen la responsabilidad de apoyar una filosofía orientada a la gente como la base para lograr la meta de Salud Para Todos, y los trabajadores de salud pública tienen la obligación de rechazar cualquier distorsión de ésta que disminuya su verdadero propósito e intención.

Los proyectos de Promoción de la Salud a nivel local, como los de ciudades están entre aquellos que han mostrado el potencial más grande para el desarrollo de la salud y deben recibir el estímulo y apoyo continuos de fuentes públicas y privadas.

A pesar de las inspiradoras experiencias de América Latina de participación de la comunidad y empoderamiento de grupos desprotegidos, para mejorar su salud y calidad de vida, hay todavía una necesidad urgente de estimular la aplicación de estas estrategias y mecanismos, dado el deterioro de las políticas y programas de salud pública.

La evaluación de las Reformas del Sector de la Salud es un asunto urgente, debemos saber más pronto que tarde, si tales reformas están

contribuyendo a la equidad en la salud o si, al contrario, están agravando la situación.

La construcción de la capacidad comunitaria y el empoderamiento de individuos y grupos exige una selección y aplicación cuidadosa de estrategias para evitar las intervenciones restrictivas. Aquellos que no se preocupan por los derechos de las personas no deben manipular la participación social, ni debe usarse el envolvimiento de la comunidad para enmascarar la imposición de estilos de vidas saludables.

Abrir la discusión del tema de medir las dimensiones de la participación comunitaria es muy provocativa y oportuna. Es deseable que comprometa a una selecta audiencia y promueva discusiones vigorosas sobre la evaluación de experiencias concretas de participación comunitaria como un mecanismo poderoso para cambiar los determinantes de la salud en los diferentes escenarios socio-culturales. Las universidades deberían tomar un papel activo ayudando a las comunidades locales a realizar esta tarea evaluativa y al mismo tiempo documentar y publicar la riqueza de conocimiento derivada de tales experiencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Álvarez-Dardet, C. (s.f.). **Las bases de la promoción de la salud.** [Documento en línea]. Disponible: http://www.ua.es/dsp/matdocente/Carlos2.html [Consulta: 2002, Octubre 19]

Arias, F. (1999). **El proyecto de investigación. Guía para su elaboración.** (3ª. ed.). Caracas: Editorial Episteme.

Aromando, J. (2001). **Manual para el Desarrollo Empresario**. Fascículo Nro. 26. [Documento en línea]. Disponible: http://www.mercado.com.ar/lideres/1101-26/nota_1101-26.asp [Consulta: 2001, Junio 30]

Arroyo, H. y Cerqueira, M. (s.f.) **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina.** Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Ashton, J. (1987). **La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad.** España: Editorial de la Consellería de Sanitat i Consum.

Bartle, P. (s.f.). **Conceptos básicos; principios y razonamientos que se deben comprender.** [Documento en línea]. Disponible: http://www.scn.org/ip/cdes/mpfc/modules/pre-cons.htm [Consulta: 2003, Febrero 07]

Bojórquez, G. (2000). **Empowerment**. [Documento en línea]. Disponible: http://www.angelfire.com/ar/ingindustrial/EMPOWERMENT.html [Consulta: 2001, Junio 30]

Cohen, B. (1980). **Introducción a la sociología**. Colombia: Editorial Mc. Graw Hill.

Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (1999).

Empowerment. (s.f.). [Documento en línea]. Disponible: http://www.monografias.com/trabajos3/empowerment/empowerment.shtml [Consulta: 2001, Junio 30]

Empowerment. (s.f.). [Documento en línea]. Disponible: http://www.monografias.com/trabajos6/empo/empo.shtml [Consulta: 2001, Junio 30]

Gallar, M. (1998). **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.** España: Editorial Paraninfo

Gil, P. (s.f.). **Salud, sociedad y estado**. [Documento en línea]. Disponible: http://personales.ya.com/erfac/concep.htm [Consulta: 2003, Febrero 07]

González, J. (1997). De la higiene a la promoción de la salud. En J. González, S. Araujo y M. Madariaga (Comp.),**¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad. Herramientas para la Promoción de la Salud** (p.p. 47-56). México: Organización Panamericana de la Salud.

Heeriegel, D., Slocum, J. y Woodman, R. (1998). **Comportamiento Organizacional.** (8va. ed.). México. Editorial Thomson.

Jáuregui, C. y Suárez, P. (1998). **Promoción de la Salud y Prevención de la E nfermedad. Enfoque e n S alud F amiliar.** Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Marchioni, M. (s.f). **Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis.** Madrid: Editorial Popular.

Metodología de la Promoción de la Salud (s.f.). [Documento en línea]. Disponible: http://www.cfnavarra.es/ISP/actividades/ PROMOPROMOCION.HTM [Consulta: 2002, Octubre 19]

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. (s.f). **Participación comunitaria en salud. Una revisión del concepto y de algunas experiencias en países latinoamericanos**. [Documento en línea]. Disponible: http://gruposaludgtz.org/proyecto/pass-gtz/calsap/ Documents/Paricipacion-Comunitaria-en-Latinoamerica.pdf [Consulta: 2003, Abril 12]

Moodie, R., Pisani, E. y Castellarna, M. (2000). Infraestructura para la promoción de la salud: el arte de lo posible. Informe de la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. . [Documento en línea]. Disponible: http://www.venezuelainnovadora.gov.ve/documentos/ areas_prioritarias/salus/infrestructura.pdf [Consulta: 2003, Abril 12]

Mora, E., García, O., González, A. y Machado, N. (1999). **Informe sobre desarrollo del seminario "Contribuciones a la reforma del sector salud en Venezuela".** Maracaibo.

Nísbet, R. (s.f.). **Comunidad.** [Documento en línea]. Disponible: http://www.cvd.edu.ar/materias/primero/513c3/textos/comunidad.htm [Consulta: 2003, Febrero 07]

Organización Mundial de la Salud (1997). **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.** [Folleto]. Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1986). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** [Folleto]. Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1999). **Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe.** Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 41. Canadá: Autor.

Organización Panamericana de la Salud. (1999). **Promoción de la salud: una antología.** Publicación Científica Nro. 557. Washington: Autor.

Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de Colombia. (1992). **Promoción de la Salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud**. [Folleto]. Colombia: Autor.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). **Análisis preliminar de la situación de salud en Venezuela. En Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.** [Página Web en línea]. Disponible: http:www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm [Consulta: 2003, Abril 12]

Pérez, A. y Castro, D. (s.f.). **Calidad de vida y sobrevivencia.** [Documento en línea]. Disponible: http://www.infomedonline.com.ve/CONSOCIE/lencuentro/mmvtema1.htm [Consulta: 2002, Octubre 19]

Poder y Eficiencia (s.f.). [Documento en línea]. Disponible: http://infodev.upc.edu.pe/mbernales/curso/poder.htm [Consulta: 2001, Junio 30]

¿Qué es el empowerment y cómo se aplica en la organización?. (2001). [Documento en línea]. Disponible: http://www.gestiopolis.com/recursos/experto/catsexp/pagans/rh/16/empo.htm [Consulta: 2001, Junio 30]

Restrepo, H. (2000). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. En **Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud,** convocada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, México.

Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). **Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable.** Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, G. (s.f). **La comunidad: un contexto novedoso para estudiar la población.** [Documento en línea]. Disponible: http://sociales.reduaz.mx/revista/comunidad.htm [Consulta: 2003, Febrero 07]

Rowlands, J. (s.f.). **El empoderamiento a examen**. [Documento en línea]. Disponible:http://www.developmentinpractice.org/readers/spanish-readers/yDiversidadSocial.html [Consulta: 2003, Enero 27]

Sen, G. (s.f.). **El empoderamiento como un enfoque a la pobreza.** [Documento en línea]. Disponible: http://www.dawn.org.fj/publications/losdesafios.html [Consulta: 2003, Enero 27]

Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Dirección de Investigación (s.f.). **Manual para la elaboración de tesis y monografías de grado**. Caracas: Autor.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. (1998). **Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales**. Caracas: Autor.

Wilson, T. (2000). **Manual del Empowerment. Cómo conseguir lo mejor de sus colaboradores** (2ª. ed.). Barcelona: Gestión 2000.

ANEXO I

CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

17-21 de Noviembre de 1986

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente Carta dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000".

Esta Conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La Conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencias de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento "los Objetivos de la salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

PROMOCIONAR LA SALUD

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 salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de la salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos para la Salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, y un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el Concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien a favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción para la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

Promocionar los Medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y promocionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso ala información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a ser sus opciones en términos de salud. Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y a mujeres.

Actuar como Mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectiva favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción e la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

LA PARTICIPACION ACTIVA EN LA PROMOCION DE LA SALUD IMPLICA:

La elaboración de una política publica sana

Para promover la salud se debe ir mas allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este aspecto.

La política de la promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios, entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, de una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente mas grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifique y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción mas saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo reciproco, de protegerse los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de

la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efector de esos cambios en la salud pública. La protección tanto de los ambientes naturales como los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, deben formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuente motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la institución sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementa las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de los organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientadas tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de los comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en forma a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a si mismo a a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holítico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en practica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deben tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta Conferencia se comprometen:

- A intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar a favor de un compromiso político claro en lo que concierne a salud y la equidad en todos los sectores.
- A oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública a tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas.
- A eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades.
- A reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos a todos los niveles para que ellos y sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud, condición de vida, y bienestar en general:
- A reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen la mejor meta e inversión posibles y a tratar de la cuestión ecológica global que suponen nuestras formas de vida. La Conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza a favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia llama a la organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar a favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que sí los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta, el objetivo " Salud para Todos en el año 2000" se hará realidad.

ANEXO II
PROMOCION DE LA SALUD Y EQUIDAD

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud
9-12 de noviembre de 1992

La promoción de la salud en América busca la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y desarrollo. La Región, desgarrada por la inequidad que se agrava por la prolongada crisis económica y los programas de política de ajuste macroeconómico, enfrenta el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, el desafió de la promoción de la salud en América Latina consiste en trasformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar para la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para garantizar condiciones dignas de vida. Estas complejas y agobiantes desigualdades tanto de tipo económico, ambiental, social, político y cultural, como relativas a coberturas, acceso y calidad en los servicios de salud tienden a acentuarse en razón de la reducción histórica del gasto social y de las políticas de ajuste. Por tanto, es inaplazable afrontar y resolver estos problemas en la perspectiva de alcanzar la salud para todos.

- La situación de inequidad de la atención de la salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optar por nuevas alternativas en la acción de salud pública, orientadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del atraso y la pobreza, al que se superpone el causado por enfermedades de la urbanización y la industrialización. La Región presenta una situación epidemiológica caracterizada por la persistencia o el resurgimiento de endemias como la malaria, el cólera, la tuberculosis y la desnutrición por el incremento de problemas como el cáncer y las enfermedades como el sida o las resultantes del deterioro ambiental. Dentro de este panorama, la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sanitarias y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de la información y la promoción del

conocimiento constituyen valioso instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades.

- En el orden político existen barreras que limitan el ejercicio de la democracia y la participación ciudadana en la forma de decisiones. En estas circunstancias, la violencia en todas sus formas contribuyen notablemente al deterioro de los servicios, es causa de numerosos problemas psicológicos y constituyen el trasfondo en que se inscriben numerosos problemas de salud pública
- El logro de la equidad consiste en eliminar diferencias innecesarias evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al derecho de bienestar. Cada sociedad define su bienestar como una particular opción de vivir con dignidad. El papel que le corresponde a la promoción de salud para alcanzar este propósito consiste no solo identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes, origen de estas calamidades.
- El desarrollo integral y reciproco de los seres humanos y las sociedades es la esencia de la estrategia de promoción de la salud en el continente. En consecuencia, esta asume las tradiciones culturales y los procesos sociales que han forjado nuestras nacionalidades posibilitando, además, enfrentar creativa y solidariamente la adversidad, los obstáculos estructurales y las crisis recurrentes. Reconocer, recuperar, estimular y difundir estas experiencias es indispensable para la transformación de nuestras sociedades y el impulso a la cultura de la salud.

Estrategias

A nivel internacional, el movimiento de promoción de la salud ha generado propuestas teóricas y prácticas entre las cuales se destaca el planteamiento de la carta de Ottawa por su claridad en definir los mecanismos para ponerla en práctica. La incorporación de estas propuestas resulta indispensable para recrear la estrategia de la promoción de la salud en América Latina.

1. Impulsar la cultura de la salud modificando valores creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables. Con ello será posible la creación de ambientes sanos y la prolongación de una vida plena con el máximo desarrollo de las capacidades personales y sociales.

2. Transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal de

promoción de la salud, lo cual significa garantizar el acceso universal a los servicios de atención, modificar los factores condicionales que producen morbimorrtalidad e impulsar procesos que conduzcan a nuestros pueblos a forjar ideales de salud mediante la plena toma de conciencia de la importancia de la salud y la determinación de realizar acciones trascendentales de impacto en este campo.

3. Convocar, animar y movilizar un gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad. Este es un proceso tendiente a modificar las relaciones sociales de modo que sean inaceptable la marginación, la inequidad, la degradación ambiental y el estado de malestar que estas producen.

Compromisos

El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud. Resulta indispensable a la promoción de la salud en América Latina asumir estos valores, cultivarlos y practicarlos cotidianamente.

1. Impulsar el concepto de la salud condicionada por factores políticas, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes.

2. Convocar las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción de la salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económico y políticos tendientes a promover la vida, no a desgraciarla.

3. Incentivar políticas públicas que garanticen la equidad y favorezcan la creación de ambientes y opciones saludables.

4. Afinar mecanismos de concentración y negociación entre los sectores sociales e institucionales para llevar a cabo actividades de promoción de la salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión social a las organizaciones de la sociedad civil.

5. Consolidar una acción comprometida y efectiva para reducir gastos improductivos, tales como los presupuestos militares, la desviación de fondos públicos hacia la ganancia privada, la profusión de burócratas excesivamente *centralizadas, y otras fuentes de ineficiencia y desperdicio.*

6. Fortalecer las capacidades de la población para participar en las decisiones que afectan su vida y para optar por estilos de vida saludables.

7. Elimina los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer. La participación de la mujer, gestora de vida y bienestar, constituye un eje indispensable de la promoción de la salud en América Latina.

8. Estimular el dialogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore al conjunto de patrimonio cultural de la Región.

9. Fortalecer la capacidad de convocatoria del sector salud para movilizar recursos hacia la producción social de salud, estableciendo la responsabilidad del quehacer de los diferentes actores sociales en sus efectos sobre la salud.

10. Reconocer como trabajadores y agentes de la salud a las personas comprometidas con los procesos de promoción de la salud, de la misma manera que a los profesionales formados para la prestación de servicios asistenciales.

11. Estimular la investigación en promoción de la salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y diseminar el conocimiento resultante de forma que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación.

El nuestro es un continente de esperanza y de futuro. Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad es el compromiso que asumimos.
Santafé de Bogotá
Noviembre de 1992

ANEXO III

DECLARACIÓN DE YAKARTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI

Antecedentes

La 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se celebra en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud. Han transcurrido casi 20 años desde que los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud contrajeron el ambicioso compromiso de adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata. Han pasado 10 años desde que se celebró la Primera conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Como resultado de esta Conferencia se publicó la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, que ha sido fuente de orientación e inspiración en ese campo desde entonces. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se han aclarado la importancia y el significado de las estrategias clave de promoción de la salud, incluso de las referentes a una política pública saludable (Adelaide, 1988) y a un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, 1991).

La 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, organizada en Yakarta, es la primera en celebrarse en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud, reconsiderar los factores determinantes de la salud y señalar los derroteros y estrategias necesarios para resolver las dificultades de la promoción de la salud en el siglo XXI.

La promoción de la salud es una valiosa inversión

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social.

Cada vez más, la promoción de la salud está siendo reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de la salud, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir un

capital social. La meta final es incrementar la expectativa da salud y reducir las diferencias en la expectativa de salud entre países y grupos.

La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud ofrece una visión y enfoque para la promoción de la salud en el próximo siglo. Refleja el compromiso firme de los participantes en la 4ª Conferencia Internacional de promoción de la salud para aprovechar la amplísima gama de recursos para abordar los determinantes de la salud del siglo XXI.

Los determinantes de la salud: Nuevos desafíos.

Los prerrequisitos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad. Por encima de todo la pobreza es la mayor amenaza para la salud.

Las tendencias demográficas tal como la urbanización, el incremento en el número de personas mayores y la prevalencia de enfermedades crónicas aumentadas por el comportamiento sedentario, la resistencia a los antibióticos y a otros fármacos usualmente disponibles, incrementadas por el abuso de drogas y la violencia civil y doméstica, amenazan la salud y el bienestar de centenares de millones de personas.

Enfermedades infecciosas nuevas y reemergentes y un mayor reconocimiento de problemas de salud mental requieren una respuesta urgente. Es vital que la promoción de la salud evolucione para responder a estos cambios en los determinantes de la salud.

Los factores transnacionales también tienen un impacto importante sobre la salud. Estos incluyen la integración de la economía global, el comercio y los mercados financieros, el acceso a los medios y tecnologías de la comunicación, así como la degradación ambiental debida al uso irresponsable de los recursos.

Estos cambios modifican los valores individuales y colectivos y los estilos de vida a través del mundo. Algunos cambios tienen un gran potencial para la salud, tal como el desarrollo de tecnologías de la comunicación, otros tal como el comercio internacional de tabaco tienen un importante impacto negativo.

La promoción de la salud crea una situación diferente

El estudio de casos y la investigación alrededor del mundo provee una convincente evidencia de eficacia para los trabajos de promoción de la salud. Las estrategias de promoción de la salud pueden crear y cambiar estilos de vida, y las condiciones sociales, económicas y ambientales que determinan

la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para lograr una mayor equidad en salud.

Las cinco estrategias de la Carta de Ottawa son esenciales para el éxito:

1.- Construir una política pública saludable
2.- Crear entornos que apoyen la salud
3.- Fortalecer la acción comunitaria
4.- Desarrollar habilidades personales
5.- Reorientar los servicios de salud

Ahora hay una evidencia de que:

1.- Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Los que usan combinaciones de las cinco estrategias son más efectivos que los enfoques de vía única.
2.- Ciertos lugares (escenarios) ofrecen oportunidades prácticas para la implementación de extensas estrategias. Estos incluyen, megaciudades, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, sus mercados, escuelas, sitios de trabajo e instalaciones de cuidados de salud.
3.- La participación es esencial para mantener los esfuerzos. La gente debe estar en el centro de las acciones de promoción de la salud y los procesos de toma de decisión para hacerlas efectivas.
4.- Aprender acerca de la salud fomenta la participación. El acceso a la información y educación es esencial para lograr la participación efectiva y el empoderamiento de las personas y la comunidad.

Estas estrategias son elementos nucleares de la promoción de la salud y son relevantes para todos los países

Son necesarias nuevas respuestas

Son necesarias nuevas formas de acción para hacer frente a las amenazas emergentes para la salud. El desafío para los años venideros estará en movilizar el potencial para la promoción de la salud inherentes en muchos sectores de la sociedad, en las comunidades locales y dentro de las familias.

Hay una necesidad clara de romper las fronteras tradicionales dentro de sectores del gobierno, entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y entre el sector público y privada. La cooperación es esencial. Específicamente, esto requiere la creación de nuevas colaboraciones para la salud, sobre un terreno de igualdad, entre los diferentes sectores, a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos.

Prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI

1.- Promover la responsabilidad social para la salud

Los responsables de la toma de decisiones deben estar firmemente comprometidos con la responsabilidad social. Ambos, el sector público y privado deberían promocionar la salud siguiendo políticas y prácticas que:

Eviten dañar la salud de otros individuos
Protejan el ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos
Restrinjan la producción y el comercio de sustancias y alimentos inherentemente nocivos, tal como el tabaco y las armas, así como las prácticas comerciales insanas.
Protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo
Incluyan el enfoque de equidad en las evaluaciones del impacto de la salud como parte integral de la política de desarrollo.

2.- Incrementar la inversión para el desarrollo de la salud

En muchos países la inversión en salud es inadecuada y a menudo poco efectiva. Aumentar la inversión para el desarrollo de la salud requiere un enfoque verdaderamente multisectorial, incluyendo recursos adicionales para educación, vivienda, así como para el sector salud. Una mayor inversión para la salud, y la reorientación de las inversiones existentes, ambas dentro y dentro países tienen un potencial significativo para mejorar significativamente el progreso en el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.

Las inversiones en salud deberían reflejar las necesidades de ciertos grupos como las mujeres, los niños, las personas mayores, las poblaciones indígenas, los pobres y los marginados.

3.- Consolidar y expandir la colaboración para la salud

La promoción de la salud requiere colaboración para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores y a todos los niveles de la gestión de los asuntos públicos y la sociedad.

La colaboración existente necesita fortalecimiento y debe ser explorado el potencial para crear nuevas colaboraciones.

La colaboración ofrece mutuos beneficios para la salud por el hecho de compartir experiencias, herramientas y recursos. Cada colaboración debe ser transparente, responsable, y estar basada en principios éticos aceptados, la comprensión mutua y el respeto. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud deberían ser respetadas.

4.- Aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo

La promoción de la salud es realizada por y con la gente, y no les es impuesta. Ella mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud.

Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere educación, práctica del liderazgo y acceso a los recursos.

Empoderar a los individuos exige una acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio.

La comunidad tradicional y las nuevas tecnologías apoyan este proceso. Los recursos sociales, culturales y espirituales necesitan ser aprovechados de manera innovadora a favor de la salud.

5.- Consolidar una infraestructura para la promoción de la salud

Para asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, nuevos mecanismos de financiación deben ser encontrados, local, nacional y globalmente. Deberían ser desarrollados incentivos para influir en las acciones de los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, instituciones educativas y sector privado, para asegurar que la movilización de recursos para la promoción de la salud sea maximizada.

Los "escenarios para la salud" representan la organización básica de las infraestructuras requeridas para la promoción de la salud. Los nuevos desafíos para la salud significan que nuevas y diversas redes necesitan ser creadas para conseguir la colaboración intersectorial. Tales redes deberían proveer asistencia mutua dentro de y entre países y facilitar intercambios de información en qué estrategias son efectivas y en qué lugares.

La formación y la práctica de las habilidades de liderazgo a nivel local para mantener las actividades de promoción de la salud, deberían ser fomentadas.

Debería ser intensificada la documentación de experiencias en promoción de la salud a través de la investigación e informes de proyectos para mejorar la planificación, la implementación y la evaluación.

Todos los países deberían desarrollar el medio ambiente político, legal, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud.

6.- Llamada a la acción

Los participantes en la Conferencia se comprometen a compartir los mensajes claves de la Declaración con sus gobiernos, instituciones y comunidades, para poner en la práctica las acciones propuestas y reinformar a la 5ª Conferencia de Promoción de la Salud.

A fin de acelerar el progreso hacia la promoción de la salud global, los participantes aprueban la formación de una alianza global de promoción de la salud. El objetivo de esta alianza es impulsar las acciones prioritarias para la promoción de la salud expresadas en esta Declaración.

Las prioridades de esta alianza son:

Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de la salud.
Apoyar el desarrollo de la colaboración y el mantenimiento de redes para el desarrollo de la salud.
Movilizar recursos para la promoción de la salud.
Acumular conocimientos sobre las mejores prácticas
Hacer posible compartir el aprendizaje.
Promocionar la solidaridad en la acción.
Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

Los gobiernos nacionales son llamados a tomar iniciativa, en fomentar y patrocinar redes para la salud, ambas dentro y entre sus países.

Los participantes en Yakarta 97, piden a la Organización Mundial de la Salud tomar el liderazgo en construir una alianza global de promoción de la salud y facilitar a sus Estados Miembros la puesta en práctica de los resultados de la Conferencia de Yakarta.

El papel clave de la Organización Mundial de la Salud está en comprometer a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, agencias bilaterales, el movimiento sindical y las cooperativas, así como al sector privado para fomentar las acciones prioritarias a favor de la promoción de la salud.