

# Modelos participativos y promoción de la salud

María Constanza Granados Mendoza<sup>1</sup>  
José Andrés Ocaña Navas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Consultora en Promoción de la Salud. Fundadora Red Colombiana de Universidades Promotoras de salud, miembro del equipo coordinador de la Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, coordinadora Comisión de asuntos de juventud y participación de estudiantes RIUPS.

<sup>2</sup> Estudiante en curso de Magister en Nutrición: Mención de Promoción de la Salud y Enfermedades Crónicas. INTA. Universidad de Chile. Médico General. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## Contenidos:

1. Retos derivados de la evolución de los conceptos de salud, promoción de la salud, comunicación y planeación en el diseño de estrategias de intervención	Pág. 2
2. Participación, modelos participativos y promoción de la salud	Pág. 5
3. Potenciación individual - comunitaria y empoderamiento	Pág.10
4. Activos en salud, actores clave y salud comunitaria	Pág.14
5. Los entornos, los estilos de vida y la salud	Pág. 16
6. Sinergias, alianzas, articulación - Procesos colaborativos y Redes de Universidades Promotoras de Salud	Pág. 24

### **1. Retos derivados de la evolución de los conceptos de salud, promoción de la salud, comunicación y planeación en el diseño de estrategias de intervención**

Los conceptos o maneras de representar cómo comprendemos y expresamos el continuum vital de salud-enfermedad-atención-cuidados (S-E-A-C), son dinámicos, históricos, estrechamente vinculados con el contexto en el que surgen y con las apuestas de quienes los formulan. Resulta interesante pensar además que ellos dan origen a diferentes ideas, valores, costumbres, acciones, actitudes, estrategias, logros esperados y metodologías particulares. (1–4) Sánchez- González (1991, citados por Martha Talavera) plantean que la definición de cada uno de los conceptos manejados tiene repercusiones considerables, pues implica incorporaciones, actuaciones y planificaciones diferentes. (5)

Es importante notar que, aunque desde 1978, en la Declaración de Alma Ata , se plantea que salud es mucho más que ausencia de enfermedad (6) y que no podemos desligar a la salud de los procesos de enfermedad, atención y cuidados, dado su complejidad, en muchos espacios académicos y la práctica cotidiana de los servicios occidentales orientados a la salud, se sigue asumiendo el continuum vital (S-E-A-C) desde un enfoque extremadamente reduccionista, enfocado únicamente en lo somático y lo patogénico, sin que medie ninguna reflexión respecto a lo que esto implica. (2,7,8)

En nuestro quehacer de salud, si se indaga por perfiles de salud en una comunidad, nos presentan cifras de enfermedad, muerte y riesgos asociados; si se revisan indicadores de

salud mental, nos presentan prevalencia de enfermedades asociadas; si se habla de los servicios de salud nos remiten a recintos donde se da un manejo asistencial a la enfermedad; si se habla de caracterizar la situación de salud, se describen riesgos y prevalencias; y si evaluamos las estrategias de intervención, nos encontramos que están dirigidas a mitigar, atender o prevenir la enfermedad.

Y aunque parecerían ser positivos y exitosos todos los avances del modelo biomédico alrededor del estudio de la enfermedad y del prestigio de los profesionales, con claras conquistas en la reducción de la morbimortalidad, existe un relativo fracaso histórico cuando hablamos de mejorar las condiciones de vida y bienestar para la humanidad. (2,7,8)

Contextualmente nos encontramos ahora ante una gama de posibilidades, acciones y visiones que giran en torno al continuum vital (S-E-A-C): a) desde un enfoque biomédico hegemónico a nivel de “atención” y tratamiento de los signos y síntomas somáticos de la enfermedad; b) “atención”, prevención y tratamiento de enfermedades con un perfil biopsicosocial; (logros usualmente buscados y reportados en la literatura sobre salud); c) “atención” permanente de los determinantes de la salud, buscando hacerlos cada vez más favorables para la salud, la calidad de vida, el desarrollo humano, el empoderamiento, el bienestar, la felicidad de los ciudadanos; y por ultimo d) los modos y manera de cuidado, creación y movimiento de la vida como posicionamiento para acompañar la salud-enfermedad, más allá de la “atención”, (positivista, prescriptivo, vertical, asimétrica, sectorial, individualizante y muy poco participativa e inclusiva) excediendo lo que puede y debe hacer el sector sanitario y las instituciones gubernamentales encargadas del bienestar social, invitándonos a relaciones vitales, horizontales, intersectoriales, simétricas, sinérgicas y participativas con otros sectores, otros saberes, otros actores y otros sistema y situaciones de vida terrestre, cuyo ejes no son solo la enfermedad. (1,2)

Cuando hablamos del cuidado citando a Michalewicz et al., nos referimos a una condición humana fundamental, condición necesaria y suficiente que nos vincula con la salud y la vida planetaria. El cuidado entonces es un sistema de modos y maneras que tienen el fin de promocionar y sostener la vida; sistema caracterizado por “lazo y vinculo social tierno que tenga en cuenta la posibilidad de alojar al otro semejante”, en la construcción de un nosotros. (1)

Lo anterior conlleva retos importantes como:

- Comprender y asumir los retos que implica pensar en la salud y la vida como: participación, desarrollo de potencialidades, desarrollo humano y desarrollo planetario, calidad de vida en los ecosistemas, goce, bienestar, felicidad, aspiraciones que deseamos alcanzar en uno u otro contexto y que deben garantizarse en condiciones de equidad para todos los que lo habiten y sean parte de él en un momento histórico.
- Viabilizar aproximaciones que hagan posible lecturas integrales e integradoras en las que se considere lo corporal, lo emocional, lo social y lo ecológico.
- Construir, socializar y cualificar metodologías participativas, salutogénica y éticas que permitan familiarizarse realmente con lo que implica promover el continuum vital (S-E-A-C) de toda la vida planetaria.
- Formar profesionales capaces de trabajar en comunidad, de hacer diagnósticos

contextuales y manejos integrales, capaces de gestionar riesgos y activos en salud en las comunidades y de promover la salud a nivel individual, comunitario y ecológico.

Así como se presentaba que ha evolucionado el concepto de salud a un entendimiento más complejo y complejo de procesos del continuum vital de salud-enfermedad-atención-cuidados; los conceptos de comunicación, promoción de la salud y planificación y participación también han evolucionado y esto también encierra retos al construir intervenciones.

Para hacer una síntesis de la evolución del concepto de promoción de la salud se retoma inicialmente lo expuesto por Meléndez (9), quien hace un interesante análisis del que concluye que dicho concepto debe comprenderse de manera contextualizada, planteando que,

“La recuperación de la promoción de la salud, ha operado en forma heterogénea y disímbola, a través de un espectro de interpretaciones de determinadas características de la sociedad, que simultáneamente expresaban las condiciones de muy diferentes sectores sociales y que desde esta perspectiva la recuperación de la promoción de la salud no puede ser pensada en los mismos términos respecto de las propuestas desarrolladas por grupos étnicos, por las diversas variantes del feminismo, o por el movimiento en salud mental; y por supuesto no puede ser interpretada con la misma perspectiva el desarrollo de estos movimientos en las sociedades capitalistas centrales que en las periféricas. La apropiación del concepto se ha caracterizado por su continuidad/discontinuidad y heterogeneidad, que llega hasta la actualidad.

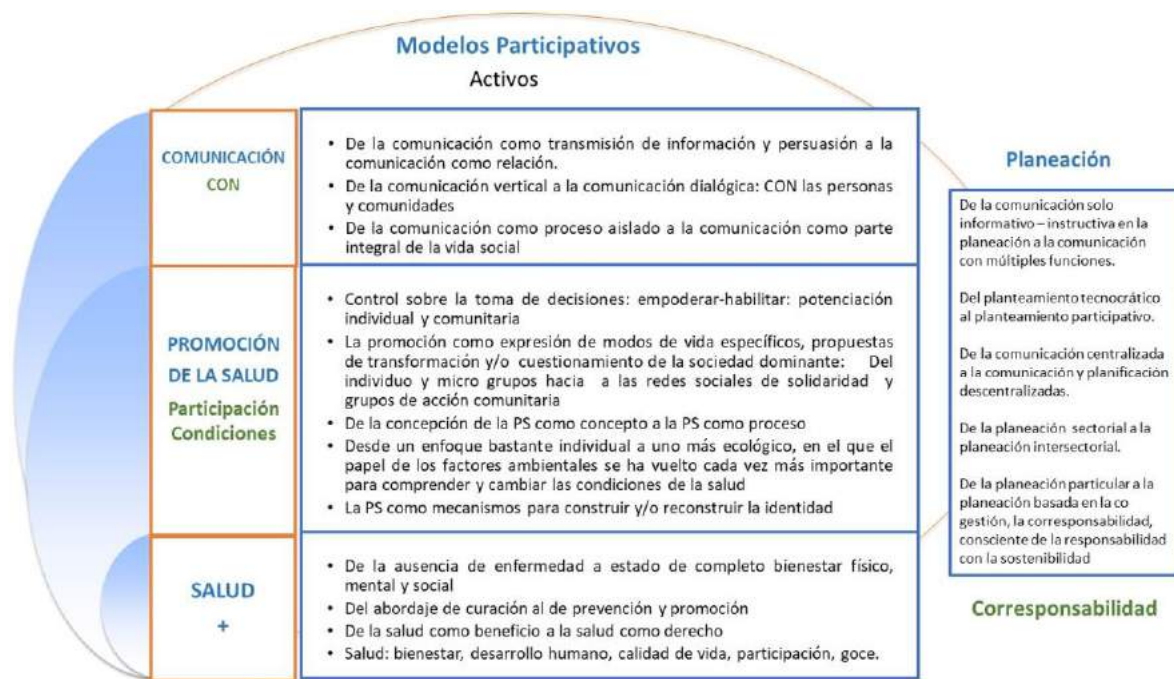


Gráfico1: Síntesis la evolución de los conceptos. Basados en Eduardo L Menéndez (9) Juan Díaz Bordenave (10)

Podemos aproximarnos a una misma situación que necesita ser atendida con alcances en atención, mitigación, prevención o promoción de la salud. Será entonces importante considerar que, en el diseño de estrategias de intervención a nivel de promoción de la salud, los siguientes aspectos, entre otros, nos ayudarán a avanzar hacia la construcción de intervenciones en las que realmente promovamos la salud.

- Favorecer condiciones de equidad para el desarrollo individual y colectivo, el bienestar y la calidad de vida.
- Reconocer que la sostenibilidad de la vida y el ambiente están íntimamente relacionados.
- Proteger el ambiente, los recursos y la sostenibilidad, buscando el aporte corresponsable de todos desde sus decisiones cotidianas. (11)
- Fortalecer la capacidad para participar.
- Gestionar procesos desde modelos participativos, apuntando a garantizar la participación de los actores clave.
- Reconocer, visibilizar y proyectar los aportes y la corresponsabilidad.
- Vincular a actores clave en los diferentes momentos de los procesos.
- Documentar y cualificar estrategias encaminadas a promover la salud.
- Intervenir condiciones: procesos transversales de desarrollo basados en una apuesta por la promoción de la salud.
- Preparar para el trabajo en equipo, procesos colaborativos, trabajo en red e intersectorialidad.
- Evaluar las estrategias implementadas a nivel de promoción de la salud, educación para la salud, comunicación para la salud, cualificarlas y capitalizar aprendizajes derivados de las dificultades.
- Favorecer un acceso libre y democrático a la información sobre experiencias a nivel de promoción de la salud.
- Viabilizar escenarios de formación inter países que le aporten al fortalecimiento de la capacidad en la región a nivel de promoción de la salud.
- Realizar intervenciones que apunten a cambios estructurales necesarios para la salud y la equidad.
- Aportar con evidencia a la formulación de políticas públicas a favor de la salud.

Adicionalmente, las reflexiones sobre los factores generadores de enfermedad se han movilizado hacia comprensiones cada vez más integradoras en las que lo causal se evidencia como insuficiente y se muestra como los modelos de desarrollo llevan a la destrucción de los recursos, y las condiciones que resultan como consecuencia de ellos, generan enfermedades y hacen cada vez más difíciles la vida y la sostenibilidad. (2) Autores latinoamericanos plantean reflexiones fundamentales frente a una justicia social que garantice la vida, la justicia y la sostenibilidad del planeta.

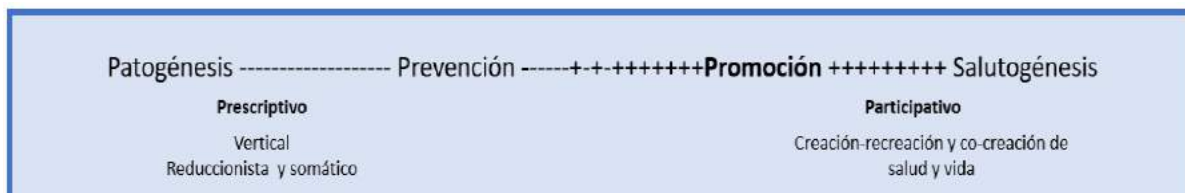
Jaime Breilh, autor ecuatoriano, plantea reflexiones que implican una evolución en la comprensión de los factores que producen enfermedad, trascendiendo las explicaciones dadas a nivel de determinantes sociales, por considerar que desde allí no se plantean aproximaciones a categorías de análisis del sistema de acumulación de capital, ni la necesidad de la transformación de los sistemas de acumulación o de las relaciones de poder, no se cuestiona la organización, ni la exclusión social, ni se aborda el metabolismo sociedad naturaleza. Propone entonces el concepto de Determinación, resaltando el valor de lo comunitario, del buen vivir, de la corresponsabilidad en el cuidado de los recursos y de lograr cambios importantes en el funcionamiento social, que partan de una apuesta por la

sostenibilidad y la vida.

Según Breilh, es necesario lograr entre otras cosas la transformación del modelo económico, político y social, así como superar la linealidad: superar el antropocentrismo, construir una interculturalidad emancipadora, generar un modo de civilización sustentable, derrotar el capitalismo y garantizar participación soberana de base popular. Lo anterior será posible si pensamos en la solidaridad desde la conciencia de la necesidad de abolir reproducción estructural de inequidades: sociedades con modos de vivir sustentables, soberanos, solidarios y bio seguros. Esta nueva manera de comprender los factores generadores de enfermedad y muerte convoca a asumir corresponsablemente una transformación social que haga posibles la salud, la justicia y la vida. (12)

## 2. Participación, modelos participativos y promoción de la salud

Al buscar comprender el continuum de salud-enfermedad-atención-cuidados y los eslabones multinivel que los producen y reproducen, nos encontramos ante posibilidades que invitan a comprensiones integrales en las que no solo cuenta el contexto sino las posibilidades de participar en la construcción de cambios necesarios para el cuidado de la salud y la vida. La teoría salutogénica no solo nos remite a los componentes que favorecen la salud, sino a la corresponsabilidad en la producción de la salud y a la importancia de la participación para hacerla posible.



Hablar de participación y de modelos participativos, implica asumir que individuos y comunidades tienen el derecho de auto gestionarse para el cuidado, siendo conscientes de que para que esto suceda, se deberá ejercitar y fortalecer en todas las personas y en condiciones de equidad, la capacidad y posibilidad para que seamos parte activa en los procesos encaminados a recuperar y/o mantener nuestra salud en lo cotidiano. (13)

Se pasa progresivamente de ver a las personas como individuos autorresponsables de sus condiciones, beneficiarios-enfermos pasivos, usuarios-consumidores de servicios, voluntarios de buena voluntad-manipulados; a ser miembros comunitarios informados, a considerarlos y reconocerlos como actores clave autónomos y autodeterminados, protagonistas; participantes reconocidos en y por la toma de decisiones, desde la caracterización de la situación de salud y la priorización de situaciones a intervenir, hasta el diseño e implementación de estrategias, la evaluación y la proyección de procesos de cambio. Se pasa entonces de decir lo que se debe hacer desde el lugar del experto a que individuos y comunidades participen en la gestión de sus procesos y se reconozcan como parte activa en ellos. (13-18)

Meléndez (9), plantea que la evolución del concepto lleva no solo a pensar en mecanismos para favorecer la participación, sino también a encontrar caminos para superar

concepciones y prácticas comunitarias que favorecían la atomización, la indiferencia o el escepticismo, incluso el uso de la participación como manipulación, y movilizarse todos: tomadores de decisión, expertos y sociedad civil hacia acciones colectivas, favorecedoras de autonomía en las que la comunicación facilita movilidad en las formas de relación predominantes. La promoción de la salud, se reconoce en este sentido, como uno de los principales mecanismos para construir y/o reconstruir la identidad deteriorada de grupos humanos, que posibilita el desarrollo de la autonomía a nivel de sujeto y de grupo y por ende la participación. (13)

Una serie de autores indican que el enfoque participativo ha beneficiado drásticamente a los procesos de salud y en las personas, así se ha evidenciado que:

1. Facilita un cambio de paradigma integral e integrado de la salud en la población creando nociones colectivas nuevas sobre los derechos humanos, la solidaridad, la salud y la vida. (13,19)
2. Permite identificar los problemas considerados más importantes por la población, lo que posibilita la planificación de iniciativas más efectivas y eficaces. (19–22)
3. Promueve un cambio de actitud de la población pasando de una actitud que espera de un estado paternalista a una población activa y autónoma, que reconoce, exige, toma decisiones y actúa por sus derechos y trabaja por su salud a partir de un dialogo crítico y equitativo creando mayor acceso a los servicios y disminuyendo paulatinamente las barreras sociales; (23,24)
4. Permite reducir el aislamiento y la exclusión de ciertos grupos como los ancianos y personas con discapacidad, mujeres, jóvenes, etc (21,24)
5. Permite formación de nuevos liderazgos; (24)
6. Asegura la relevancia e interés local de los programas; (25,26)
7. Ayuda a incrementar los recursos escasos. (21,22,25,26)
8. Alienta la sostenibilidad de los programas; (25)
9. Aumenta el conocimientos, habilidades y competencias de la comunidad y las personas a través de la formación constante para la mayor capacidad de actuación, la resolución autónoma de problemas, la gestión local participativa y el buen gobierno. (21,22,25)
10. Ofrece nuevas oportunidades para el pensamiento creativo y la planificación y el desarrollo innovador. (21) (26)

Incluso a nivel de las organizaciones y servicios de salud biomédicos los estudios demuestran que un enfoque participativo mejora notoriamente la calidad de atención, aumenta la satisfacción de las personas que utilizan esos servicios, mejora la calidad de vida de los enfermos y aumenta la eficacia de los tratamientos, genera alianzas intersectoriales y moviliza recursos para el beneficio de la salud comunitaria. (14,21,27)

Favorecer la participación desde enfoques éticos como los del cuidado, es importante porque en los modelos dominantes de gestión de la policía social y de salud “muchas de las acciones tienen un carácter jerárquico, paternalista y asistencialista y generan dependencia y codependencia entre expertos y las comunidades con las que trabajan y reproducen esquemas de sumisión y alienación de las comunidades que pretenden empoderar”(15–17,28); porque los modelos participativos desde cacicazgos modernos y occidentales o democracias representativas envueltas en corrupción, pueden dar lugar a competencias

destructivas entre ciudadanos, técnicos y políticos con claras ganancias y beneficios de los grupos con mayor poder (14,29,30); porque de otra manera los grupos de las periferias, los relegados y sometidos a la pobreza e injusticia nunca participarían social por estar preocupados únicamente en sobrevivir (19,29); y porque la desesperanza se ha instalado en las formas tradicionales de relación, haciendo que las comunidades se sientan como públicos aislados, indeterminados y desorganizados; públicos eclipsados en los que los sentimientos que predominan son la apatía, desconfianza y confusión, llevándolos a evitar la confrontación y a no participar en procesos que afectan su vida cotidiana y calidad de vida. (31)

Participar implica entonces: “existir, tener una presencia activa en la comunidad y en la definición de procesos a favor de la salud” (9). Estar en capacidad de autogestionarse y favorecer posibilidades de cogestión para un desarrollo individual y comunitario.

Autores como Fisher (2009), al hacer un análisis de la participación en la formulación de políticas públicas llevan a evidenciar que asumir la participación como una necesidad cuya posibilidad debe garantizarse, implica asumir retos tales como: construir nuevas formas de relación entre ciudadanos, expertos y tomadores de decisión; encontrar formas colaborativas de investigación; fortalecer capacidades para participar y gestionar procesos de forma colaborativa; aprender a reconocer diferentes formas de ver y saber que existen otras comprensiones y saberes que complementan las perspectivas dadas desde de competencias técnicas; y abrir nuevas posibilidades para reunir a ciudadanos y expertos que pueden aumentar la calidad de la deliberación pública y los juicios que surgirán de ella. Este autor señala además la necesidad de promover una forma de conocimiento práctico que aporte a las conclusiones técnicas, a los valores políticos y sociales, y a las narrativas orientadas a la acción en la toma de decisiones. De igual manera, plantea la necesidad de favorecer una división cooperativa del trabajo entre los ciudadanos y expertos.

En este sentido, Fischer argumenta que el experto no es quien da la solución a los problemas, sino que él mismo se convierte en un facilitador para que existan los espacios de deliberación ciudadana. Su papel es entonces orientar para que la solución emerja de la sociedad y nodar la solución, lo cual supone que la política pública no se haga para el ciudadano sino con el ciudadano. (31)

Cabe resaltar adicionalmente Betancourt 2016 explica el enfoque de Ecosalud, reconociendo

“(…) la importancia de la participación social en las investigaciones y en las acciones para la consecución de mejores condiciones de salud y vida, y la participación como el soporte indispensable en los procesos de colaboración que contribuyen a calificar los resultados construidos colectivamente. Es necesario un diálogo de saberes, pero asumiendo como investigadores un rol facilitador, de participación horizontal y de mutuo respeto. Es fundamental la vinculación de los saberes de la academia con los de la colectividad”.

La participación social conecta la investigación con la acción, y todos los abordajes que hacen parte del enfoque Ecosalud, de una u otra forma, asumen a la participación como un principio central. Sin embargo, pocos se refieren a la necesidad de considerar en forma igualitaria la participación y la colaboración como dos conceptos complementarios y sinérgicos. La participación, en especial la participación profunda, que define la ecología de Arne Naess, puede ser vista como la condición del proceso que garantiza que todos los

actores vinculados en la intervención acceden en forma democrática al conocimiento relevante socialmente construido. La colaboración puede ser vista como una condición de contenido que cualifica el proceso participativo a partir de la interacción creativa entre los diversos actores, favoreciendo el diálogo entre los distintos sistemas de conocimiento que se ponen en juego en un proceso de intervención con enfoque Ecosalud (Weihs y Mertens, 2013). (32)

¿Cómo evaluar la participación?

Existen diferentes formas de explicar las características de los diversos niveles o grados de participación que se vienen impulsando en el trabajo con la población. Estas son útiles metodológicamente para valorar hasta qué punto se están promoviendo verdaderos procesos de participación y para motivar el avance hacia niveles de participación menos simbólicos y más horizontales y potenciadores de cambios necesarios.

El Colegio de Sonora, (33) en el foro de análisis y revisión de experiencias sobre la participación comunitaria en salud en México, propuso considerar diferentes aspectos:

- La extensión - quiénes: ¿Qué actores participan?
- La modalidad - cómo: ¿cuál es la dinámica y naturaleza del proceso?
- La intensidad - qué tanto: ¿en qué y cómo participan?
- El impacto - aporte: ¿cuál es la eficacia social en el logro de metas?
- La sostenibilidad, aporte y continuidad: ¿Cómo se fortalecieron las capacidades para formular y negociar?, ¿Cómo se garantiza la continuidad de los procesos participativos?

Algunas otras formas de explicar los grados en que se puede participar son:

La Escalera de la Participación de Arnstein (1969) y la escalera de Roger Hart (1993), la rueda de la participación de Davidson Davidson, Scott, los niveles de participación propuestos por Manuel Canto Chac, 2002, los niveles propuestos por Denisse Dresser en el año 2011, todas estas formas de comprensión evidencian la necesidad de lograr niveles menos simbólicos y más potentes de participación de los actores sociales en las decisiones que afectan su salud y su vida, favoreciendo que de manera efectiva se compartan el poder y la responsabilidad frente a la transformación positiva de las condiciones que afectan la salud (34,35)

*Participación en las Instituciones de Educación superior.*

A nivel de Instituciones de educación superior Instituciones de Educación Superior IES y Universidades, deberá gestionarse la vinculación de los actores clave al proceso general de fortalecimiento de la IES/Universidad como promotora de Salud en los diferentes momentos de este, buscando la recuperación de su voz y perspectiva en la toma de decisiones, implementación, evaluación y proyección de las estrategias, las sinergias formalizadas que faciliten corresponsabilidad y sostenibilidad de los cambios necesarios en las condiciones para la salud, las estrategias implementadas para fortalecer la capacidad para participar, el lugar de los actores en la documentación, sistematización y evaluación y el acceso democrático a la información.

Para Planas et al., (20), Hawes et al., (36) y Rodero et al., (37) el ejercicio de



participación universitaria de toda la comunidad requiere como fundamento enmarcarse bajo valores de: tolerancia, respeto y sentido de pertenencia a la comunidad, así como también de “comunicación efectiva, autoridad compartida y responsabilidad intersectorial” para guiar la planificación institucional. Otro requisito fundamental para estas autoras está en la distribución y descentralización del poder para la participación en la toma de decisiones. Si esta redistribución no se produce y la población no tiene voz, las necesidades y deseos de la población no se tomarán en cuenta y por lo tanto la institución fracasará en su modelo participativo. De forma práctica las autoras sugieren que deben existir reglamentos concretos sobre los derechos y obligaciones de los estudiantes que faciliten la participación en todos sus niveles: “información, consulta, participación y acción”.

Planas et al., Rodero et al., Soler et al., (38) y Ansala et al., (39) proponen también, en un nivel más específico que la clave está en que los docentes y el personal administrativo deben tener conciencia de como son los jóvenes hoy en día en todos los contextos, y a partir de allí cambiar su percepción y comportamiento frente a ellos, reconociendo la participación estudiantil como clave para la formación profesional transformadora, siendo el aula el espacio más importante donde se promueve y se educa para la participación., Esto porque a pesar de que el aula debería ser un espacio participativo prioritario y de co-aprendizaje, la participación como empoderamiento dentro del aula es casi nula; no existe una reflexión activa sobre los problemas como tampoco existe una crítica consiente de la realidad, debido a varios factores como: la relación de poder docente-alumno, el excesivo número de alumnos, la carencia de tiempo que prioriza el cumplimiento del currículo tradicional y metodologías de enseñanza magistral y adultocéntricas.

Con respecto a las relaciones de poder alumno-docente Wong et al., (40) en su revisión sobre los procesos de desarrollo entre jóvenes y adultos, subraya que es común encontrar relaciones de poder adulto-joven inequitativas, donde la participación juvenil es pura estética. Parece ser que es más fácil plantear una participación normada solo desde los adultos o desde la institución, por otro lado, también se lucha por una participación donde los estudiantes son autónomos en todos los sentidos. Lamentablemente los dos extremos niegan al otro, lo excluyen y resultan en procesos inequitativos e injustos.

Para combatir esta inequidad entre docentes-administrativo-estudiantes, Wong et al., plantean generar una postura diferente ante la vida y ante las personas, a través de un co-aprendizaje. Este a su vez es guiado por relaciones plurales y dialógicas como herramienta que permite adquirir conciencia crítica colectiva de las barreras de poder, históricas y sociales que no permiten la equidad. En consecuencia, logrando, (a través de una transformación individual), construir relaciones igualitarias entre estos dos grupos, como forma óptima para su desarrollo y el desarrollo de los procesos que promueven. (Gráfico 2) (40)

Para ello los adultos que intrínsecamente se encuentran en una situación de poder deben mirar a los jóvenes con lentes que niegan lo adultocéntrico, la autoridad sin sentido o con sentido institucional y las perspectivas negativistas, encachándolos y preocupándose por sus necesidades, reconociendo sus fortalezas considerándolos participantes importantes de los procesos por su heterogeneidad de pensamiento y su creatividad a la hora de generar ideas, estrategias y resolver problemas. El poder que tienen debe utilizarse para certificar que los jóvenes puedan vivir en ambientes seguros y tengan siempre la oportunidad de ser

bienvenidos en todos los procesos que les permite tomar decisiones. Los jóvenes en cambio deben considerar la fortaleza de los adultos como guías y acompañantes de los procesos y de su aprendizaje debido a la experiencia que les proporciona la edad, que como jóvenes no tenemos: habilidades, experiencias y capital social que solo se ganan con la edad. (40)

Desde el mismo sentido, una Universidad Promotora de Salud (UPS), también deberá abrir posibilidades de diálogo y construcción colectiva, y generar evidencias que aporten a la formulación de políticas públicas saludables, formando a sus técnicos y profesionales como ciudadanos con las herramientas necesarias para comprender los problemas, tomar posición frente a ellos y plantear sus posturas en espacios deliberativos de tal forma que como plantea Fischer, los expertos puedan orientar para que la solución emerja de la sociedad y no dar la solución, lo cual supone que la política pública no se haga para el ciudadano sino con el ciudadano.

Desarrollar alternativas formativas que favorezcan el fortalecimiento progresivo de la capacidad para ser parte de equipos, hacer análisis comprensivos y complejos de realidades y participar en procesos encaminados a favorecer transformaciones necesarias para la salud.

Favorecer herramientas que habiliten para hacer mapeo de activos y visibilizar recursos existentes tendiendo puentes de comunicación entre ellos, que hagan posibles procesos colaborativos y permitan articular esfuerzos, experiencias y recursos, ya que tradicionalmente las unidades, facultades, se presentan desde lo que las diferencia y es su fortaleza en lo disciplinar y administrativo.

Dinamizar procesos al interior de las IES y Universidades que no se agoten en ellas, sino que aporten evidencias que contribuyan a gestionar los procesos de la salud a nivel nacional y global.

Proyectar procesos de vinculación con la sociedad, formando profesionales capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios a favor de la salud. Transversalizar la formación en promoción de la salud y habilidades para la vida en los currículos de todos los programas académicos, para lograr así, brindar a nuestras sociedades profesionales y técnicos, conscientes de la importancia de su aporte para generar condiciones cada vez más favorables para la salud de individuos y colectivos, contando con herramientas disciplinares que les permitan afectar positiva y efectivamente las condiciones para la salud desde sus lugares de trabajo y su vinculación con la sociedad. Estimular una amplia participación encaminada a fortalecer el compromiso con la sustentabilidad y el cuidado de los recursos naturales desde la toma de decisiones individuales y colectivas.

Construir formas de relación en las que se estimule la corresponsabilidad y los estudiantes asuman roles activos en los procesos de fortalecimiento de sus universidades como promotoras de salud. Espacios donde sea cotidiano construir interdisciplinariamente y aportar al logro de objetivos comunes. Esto hará posible que desde las universidades se aporte a la sociedad profesionales y técnicos que estén en capacidad y asumir su compromiso de trabajar interdisciplinariamente por generar cambios culturales a favor de la salud.

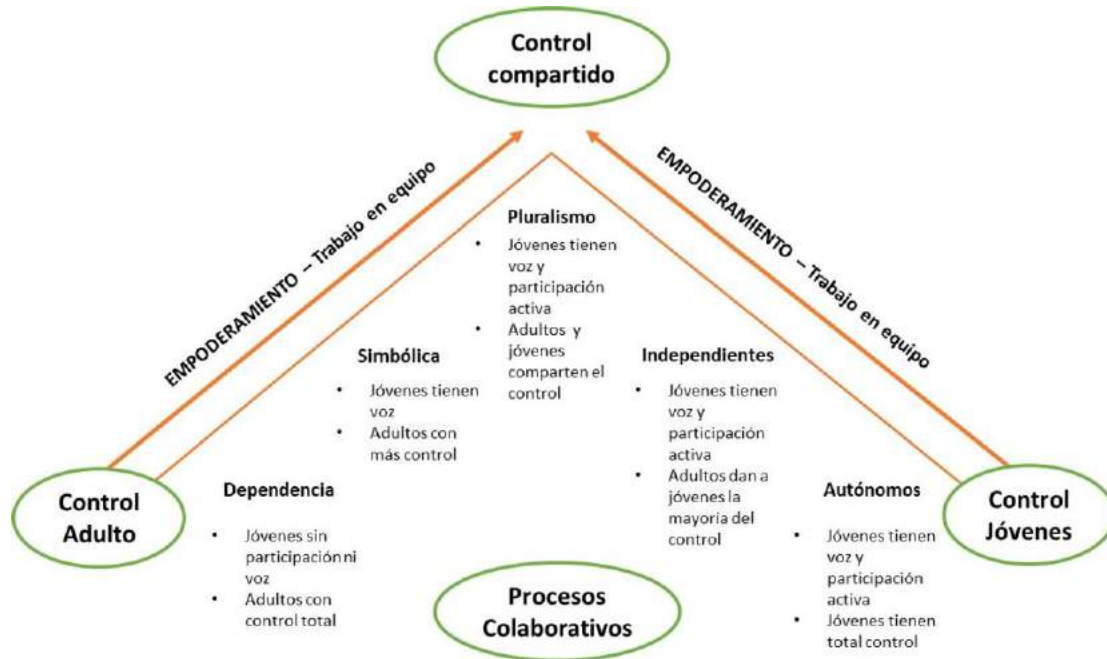


Gráfico 2: Pirámide TYPE (Typology of Youth Participation and Empowerment) (40)

El resumen de evidencia indica además que, debemos considerar algunos aspectos importantes si queremos tener éxito a nivel de intervenciones en promoción de la salud teniendo como eje la participación:

- 1) Los programas de salud y la generación de proyectos toman en cuenta y responden las necesidades de la población local, abordando sus desigualdades, consideran sus características socioculturales e históricos particulares y realizan un mapeo de todos los activos la comunidad (24,26,41-43)
- 2) Se incorporan los programas dentro de estrategias económicas y políticas más amplias encaminadas a la equidad y la justicia. (41,43)
- 3) Se preocupan por crear espacios de participación y formación social democráticos, solidarios y empoderantes. (44)
- 4) La comunidad y las personas son actores activos y comprometidos en todos los momentos de la participación, planificación, elaboración y evaluación de los procesos, siendo acompañada por personal técnico que posibilita la mejor toma de decisiones basadas en evidencia, existiendo relaciones interpersonales no jerárquicas y equitativas (26,41,43-45)
- 5) Se trabaja con organizaciones, redes o grupo que ya han tenido experiencia colaborativa e intersectoriales (22,24,43,46,47)
- 6) Existen un liderazgo sólido, continuo y dinámico para desarrollar los procesos. (24)
- 7) Se aseguran los recursos económicos y los mecanismos de desarrollo técnico. (24,41)
- 8) Existen un amplio grado de flexibilidad de la institución ante las propuestas. (22)
- 9) Consideramos la alta rotación de los cargos políticos e institucionales analizando mecanismos que nos permiten asegurar la *sostenibilidad de los procesos*. (24)

### 3. Potenciación individual - comunitaria y empoderamiento

Cuando pensamos en una comunidad no solo nos debemos referir al territorio y elementos que comparte un grupo de individuos, tales como costumbres, idioma etc. En el marco de la promoción de la salud, muy especialmente debemos considerar lo que los identifica, lo que los vincula, los hace interdependientes, genera sentimientos de pertenencia y puede contribuir al desarrollo de esa comunidad. Esta idea está conectada a los activos o recursos con los que cuenta la comunidad para mejorar las condiciones para la salud presente y futura de sus miembros.

La potenciación individual y comunitaria implica procesos encaminados a identificar, visibilizar y favorecer la articulación de recursos y experiencias, y a fortalecer la capacidad para participar y empoderarse de la gestión de los factores que afectan la salud a nivel individual y comunitario.

La potenciación individual y comunitaria hace referencia a procesos interdependientes que dan lugar al fortalecimiento de las potencialidades de individuos y comunidades para participar, autogestionarse, comprometerse, ejercer control sobre los factores que afectan su salud, y fortalecer sentimientos de auto eficacia a nivel individual y comunitario.

En este sentido, Maya Jariego, plantea que

La potenciación comunitaria es un marco teórico organizador, es un proceso dinámico de adquisición de recursos, poder o influencia, que también puede analizarse desde el punto de vista de los resultados obtenidos (Swift & Levine, 1987). Este proceso se expresa, además, en diferentes niveles. Por ejemplo, a través de la participación *individual* con otras personas para conseguir determinados objetivos y ejercer control. O bien en el nivel *organizacional*, mejorando la estructura para facilitar la participación de sus miembros y aumentar su efectividad. Por último, la acción colectiva para mejorar la calidad de vida o la conexión entre organizaciones comunitarias proporcionan un tercer nivel de análisis (*comunitario*). (48)

Al pensar en cómo favorecerla, nos podemos remitir a los aprendizajes asociados al empoderamiento individual y comunitario, ya que son conceptos diferentes que apuntan a logros similares: individuos y comunidades conscientes del poder y responsabilidad que tienen frente a su salud y a la salud comunitaria, conscientes de su capacidad para aportar, para ser parte de procesos y apoyar desde su lugar de vinculación con su comunidad al mejoramiento permanente de las condiciones para la salud; individuos que se asumen parte de una comunidad y están decididos a aportar a ella y a sumar esfuerzos con otros. Potenciar implica entonces, reconocer, valorar, vincular, viabilizar alternativas de participación y favorecer el desarrollo de procesos colaborativos a favor de la salud.

Estos procesos implican entonces identificar y valorar los recursos existentes en la comunidad (activos en salud), valorar, viabilizar y visibilizar los aportes de los actores clave, formalizar y socializar oportunidades para asumir roles activos en todos los momentos de los procesos, abrir y socializar oportunidades para el intercambio de perspectivas, experiencias y cooperación basada en sentimientos de corresponsabilidad, dando lugar además a una co-potenciación de recursos entre todos los actores clave.

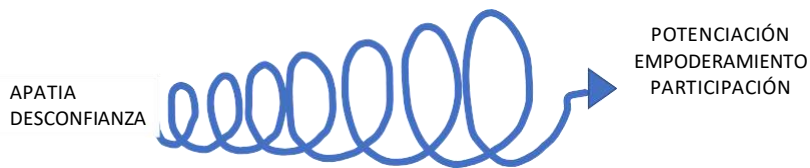
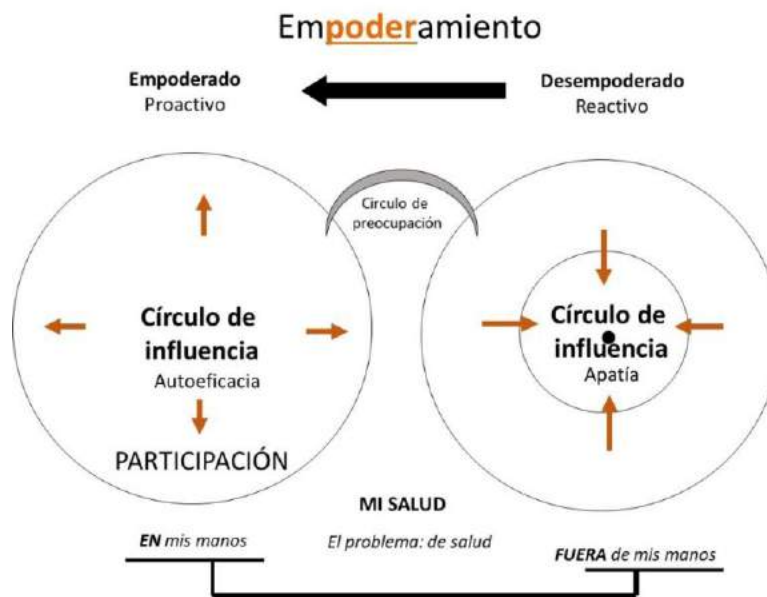


Gráfico 3

Otro concepto relacionado con el fortalecimiento de la capacidad para participar es el de empoderamiento. En la carta de Ottawa 1986 (49) se plantea que 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.

Cuando se favorece empoderamiento individual y comunitario, personas y grupos son conscientes de que pueden tomar decisiones y realizar acciones a favor de su salud y la de los demás. El círculo de influencia se amplía, de forma que sus sentimientos de autoeficacia o percepción de la capacidad de hacer algo, la importancia de hacerlo, tener los conocimientos y habilidades para llevarlo a cabo, animan a que se realice y se mantengan opciones que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.



El empoderamiento y la participación implican la posibilidad de participar en la toma de decisiones, acceder a la información, adquirir conocimientos, desarrollar habilidades, interactuar con otros, compartir experiencias, visibilizar logros y aprender de las dificultades, procesos que llevan a fortalecer sentimientos de autoeficacia y procesos colaborativos.

Las reflexiones orientan hacia la importancia de los modelos participativos y de comprender que éstos implican procesos con objetivos compartidos, recuperación de experiencias, ampliación de perspectivas y procesos colaborativos orientados a mejorar condiciones de vida y aprender de su propia experiencia.

Su modelo constituye una espiral permanente de reflexión y acción fundamentado en la unidad entre la práctica y el proceso investigativo, que se desarrolla a partir de las decisiones del grupo, el compromiso y el avance progresivo. Para lo anterior implementa una estrategia de mejoramiento, observando los efectos de la acción, y se reflexiona colectivamente en torno a los resultados alcanzados, lo que conduce a una nueva planificación y a cambios sucesivos. (50)

### Modelos Participativos



*Nuestros retos- nuestros recursos, nuestras estrategias, nuestros logros  
El aprendizaje derivado de nuestras dificultades: NUESTRO PROCESO*

*Gráfico 4. Modelos participativos*

En cuanto a la relación con las comunidades, desde los modelos asistenciales definimos a partir de una mirada experta lo que necesitan y diseñamos campañas o estrategias dirigidas a ellas. Los modelos participativos se potencian con la evolución del concepto de comunicación y nos llevan a pensar en procesos de comunicación centrados en las comunidades, en los que hacemos diagnósticos participativos, priorizamos, diseñamos, implementamos y evaluamos estrategias con la participación de los actores clave, tenemos la cuenta el contexto y trabajamos con la comunidad, no para ella, en procesos que se proyectan en el tiempo y que se mantienen gracias al fortalecimiento de la capacidad de los actores clave y de su participación en todos los momentos de los procesos.



Gráfico 5. Comunicación centrada en la comunidad

#### 4. Activos en salud, actores clave y salud comunitaria

La caracterización de las condiciones para la salud de una comunidad será más integral si recupera y suma diferentes perspectivas e información. Es necesario complementar el análisis incluyendo aspectos favorecedores de la salud, factores protectores, experiencia y, recursos, además de las necesidades sentidas y problemas de salud identificados.

#### Activos en Salud

Así como cuando hablamos de enfermedad nos debemos remitir a déficits, prevalencia, prevención, identificación y gestión de riesgos, cuando hablamos de salud debemos remitirnos a promoción y a identificación y gestión de activos. Esto da un lugar importante a reconocer que una comunidad tiene problemas y tiene recursos, oportunidades y fortalezas (patrimonio a nivel de salud), con las que cuenta o puede contar para mantener y promover la salud de sus miembros y aportar a otras comunidades.

El mapeo de activos no es un listado de recursos sino un proceso en el que los miembros de una comunidad identifican sus fortalezas y recursos, abriéndose a tejer relaciones, a tender puentes de comunicación y posibilidades de apoyo mutuo a favor del mejoramiento permanente de las condiciones para la salud de sus miembros. En este sentido el mapeo de activos puede además apoyar la participación al favorecer la comunicación y formalización de sinergias.

Cofiño y colaboradores (51), plantean una metodología para iniciar el mapeo de los activos que incluye la caracterización e información a tomadores de decisión; la delimitación del mapeo; el trabajo de campo en la comunidad para explorar los activos en salud y favorecer participación comunitaria (entrevistas, grupos de discusión, encuentros, observaciones, análisis de materiales como fotografías, videos y tertulias); la visibilización de los activos identificados; y la transferencia de la información para generar, favorecer o proyectar procesos colaborativos.

**Enfermedad:**

Factores generadores de enfermedad  
Riesgos

Prevalencia  
Mitigación  
Prevención



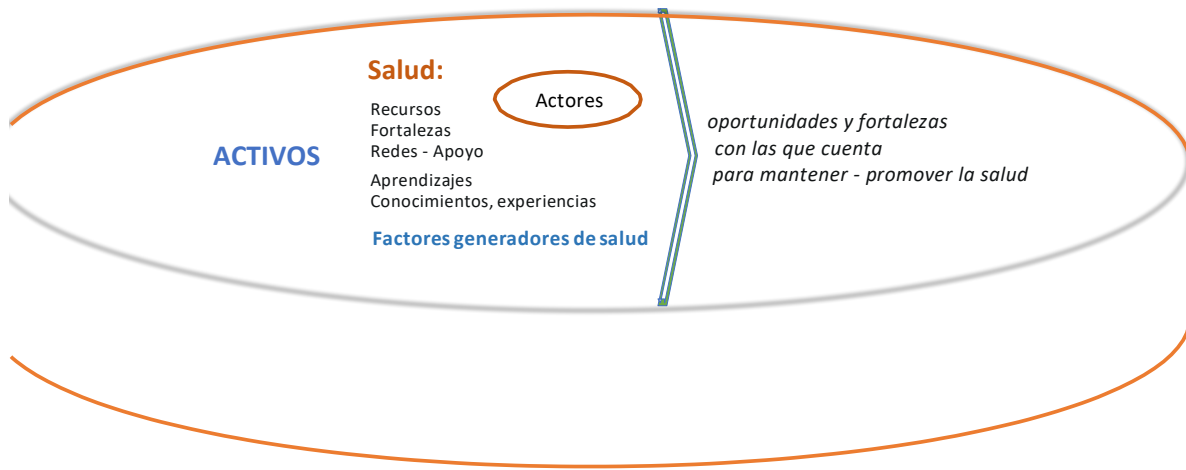


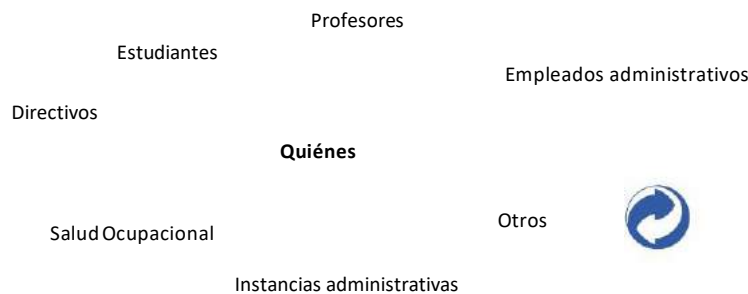
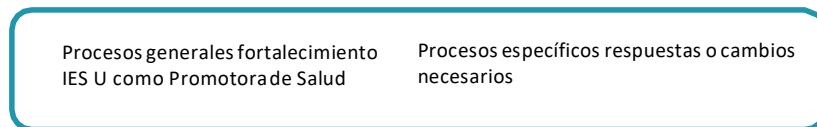
Gráfico 6. Activos en salud

Los Actores Clave son aquellas instancias y personas cuya participación es indispensable para avanzar en el proceso de la IES/ Universidad como Promotora de Salud.

Tapella, de la Universidad Nacional de Córdoba, plantea que

Los actores claves son usualmente considerados como aquellos que pueden influenciar significativamente (positiva o negativamente una intervención) o son muy importantes para que una situación se manifieste de determinada forma. Con el mapeo de actores clave MAC se busca no solo tener un listado de los diferentes actores que participan en una iniciativa, sino conocer sus acciones, recursos, expectativas y los objetivos de su participación. Es una herramienta importante para el diagnóstico y la gestión de proyectos (52).

Los actores clave al hablar de IES y Universidades, son no solo los miembros de los diferentes estamentos que hacen parte de las comunidades Educativas (directivos, profesores, estudiantes, empleados administrativos, egresados), sino que incluyen también, representantes del Estado, tomadores de decisión, de la industria y de los poderes vinculados a los modelos de desarrollo. Las Universidades tienen un lugar privilegiado de interlocución con todos estos actores sociales.

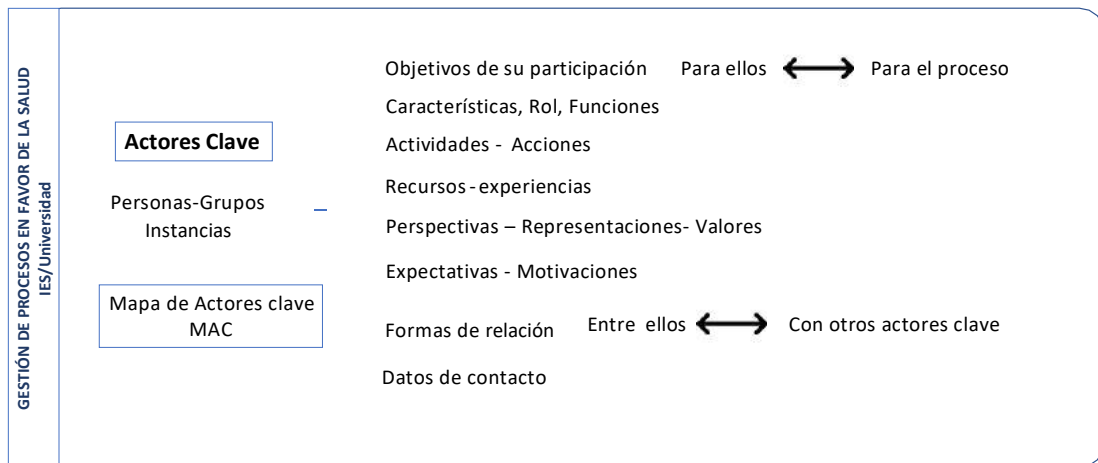


Cuándo: En **TODOS** los momentos de los procesos 

*Gráfico7: Actores clave comunidades educativas IES Universidades*

Al interior de las IES y Universidades, las estructuras tradicionales y formas de relación verticales deberían dar lugar a formas de relación más horizontales en las que equipos interdisciplinarios conformados por miembros de las comunidades educativas (estudiantes, profesores, directivos, empleados), puedan juntos aportar a la construcción de soluciones, a la consolidación de condiciones y al análisis de problemas de salud que los afectan, abriendo alternativas que faciliten procesos colaborativos, sinergias y cogestión.

El mapa de actores nos permite identificar quiénes deberían ser invitados a participar en los equipos de trabajo para gestionar los procesos que se plantean como necesarios a favor de la salud en una IES /Universidad. La participación en el proceso general puede ser permanente: equipos interdisciplinarios e inter estamentos asesores de los procesos de fortalecimiento como Universidad Promotora de salud o por un tiempo definido para gestionar procesos puntuales en temas concretos que luego implicarán monitoreo, seguimiento periódico y ajustes de acuerdo a necesidades emergentes identificadas o a la evolución de los procesos.



### *Gráfico 8. Relación Activos en salud y Actores clave*

La identificación de Activos en Salud y de Actores Clave es fundamental para gestionar procesos participativos a favor de la salud comunitaria y para garantizar la sostenibilidad de esos procesos. Los procesos encaminados a lograr esta caracterización integral de la Comunidad serán en sí mismos factores favorecedores de participación, empoderamiento y procesos colaborativos.

#### **5. Los entornos, los estilos de vida y la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define entorno como el contexto social y físico en el que se produce salud y calidad de vida, donde las personas interactúan activamente con el medio que los rodea y donde la gente crea y/o soluciona problemas relacionados con la salud.

Desde los entornos podemos mejorar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y las condiciones para el desarrollo humano y el desarrollo comunitario. Requieren un liderazgo favorecedor de participación, fortalecimiento de la capacidad para participar y empoderamiento, una planeación clara, seguimiento, documentación de los procesos, continuidad, articulación de esfuerzos, seguimiento y evaluación, cualificación de estrategias y la gestión desde procesos colaborativos.

En relación con los entornos es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

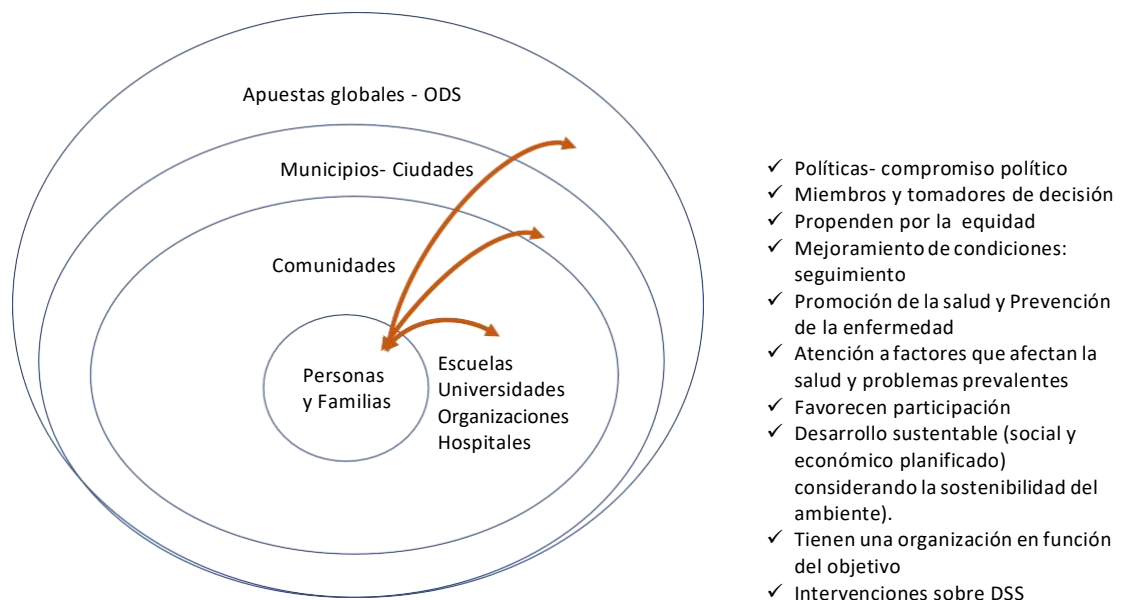
- Los entornos son interdependientes

Todos los “entornos” están en un contexto global y particular. Los municipios contienen a las escuelas, a las universidades promotoras de salud, a las organizaciones y hospitales que trabajan por ser saludables. Al concebirlos como independientes se piensa la gestión paralela, al concebirlos como parte de un sistema se planean procesos que se potencien entre sí.

- Los entornos son diversos, pero comparten características Escuelas, Universidades, Organizaciones, Hospitales, Municipios- Ciudades, Comunidades requieren de tomadores de decisión comprometidos y de la formulación de políticas públicas que garanticen la sostenibilidad de apuestas importantes para la salud. Su gestión depende de una acción corresponsable entre tomadores de decisión y ciudadanos o miembros de la comunidad. Propenden por la equidad identificación monitoreo y trabajo por disminuir brechas injustas y evitables. Dependen de esfuerzos a corto, mediano y largo plazo encaminados a favorecer el mejoramiento permanente de condiciones para la salud lo que implica la importancia del seguimiento, evaluación y planificación que permita avanzar y capitalizar experiencias.

En todos estos ámbitos se debe favorecer la participación y el fortalecimiento de la capacidad para participar de los actores clave. Desde ellos deberá trabajarse por el desarrollo sustentable (social y económico planificado) considerando la sostenibilidad del ambiente.

Tienen una organización en función del objetivo que debe contemplar documentación de los procesos y el acceso democrático a la información. Requieren intervenciones sobre Determinantes Sociales de la Salud que garanticen cambios estructurales y culturales necesarios a favor de la salud. Tienen la posibilidad de formalizar sinergias a favor de la salud, de promover procesos colaborativos, de preparar para asumir el reto de tomar decisiones desde una conciencia de sus implicaciones en la salud de individuos, grupos humanos y en el ambiente.



*Gráfico 9. Contexto e interacción*

- Los entornos saludables no son solamente los espacios físicos

Cuando hablamos de que en los entornos se deben promover ambientes saludables no solo hablamos territorios, espacios o infraestructuras, hablamos de vínculos, formas de relación, sinergias que equitativamente ofrezcan oportunidades para el desarrollo humano, la calidad de vida y la participación. Considerando esto cuando se habla de condiciones, además de hacer referencia a las físicas, será necesario considerar las formas de relación, convivencia, equidad, corresponsabilidad, el acceso a oportunidades y el intercambio de experiencias y perspectivas.

- Los entornos deben comprenderse como un sistema. Si pensamos en un sistema, cada

órgano es diferente, tiene una función, pero todos trabajan por un objetivo común. Las escuelas, universidades, municipios y demás entornos en los que acontece nuestra vida cotidiana deben ser vistos como parte de un sistema dinámico del cual dependen la vida y la salud. En los sistemas lograr el objetivo depende tanto del buen funcionamiento de todos los órganos que lo componen, como del intercambio y complemento entre ellos. Se hace necesario entonces que los entornos que trabajan por ser saludables se reconozcan entre sí, trabajen por articular acciones, capitalizar experiencias y formalizar sinergias para las personas que interactúan en el espacio público, en las escuelas, en el transporte, en los lugares de recreación y de prestación de servicios.

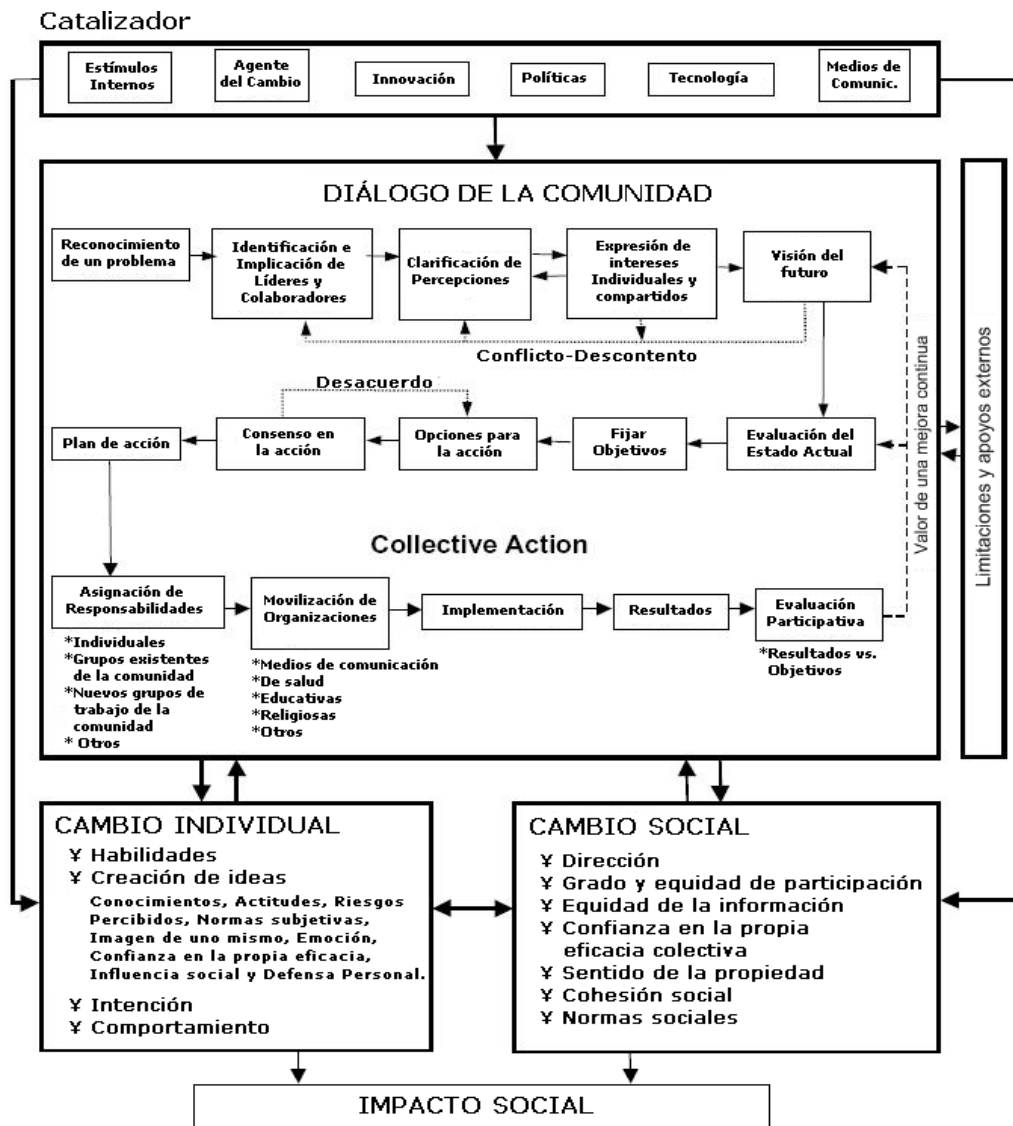
- Las intervenciones en los entornos deben considerar cambios individuales y cambios sociales para lograr mejoras sostenidas en la salud y lograr impacto social.

		Cambio individual del comportamiento en salud	
		No	Si
Cambio Social	No	Mantenimiento de estado	Limitada mejora de la salud
	Si	Potencial incrementado para la mejora de la salud	Mejora auto-sostenida de la salud

Gráfica 10. Interacción entre cambios individuales y sociales (53)

Todas las intervenciones encaminadas a favorecer cambios necesarios para la salud, deben concebirse como procesos contruidos con individuos y comunidades. El avance no es lineal, implica tener objetivos compartidos, acorar pasos para avanzar, capitalizar aprendizajes derivados de las dificultades, visibilizar logros y proyectar avances desde el seguimiento.

La base en la gestión de cambios necesarios para la salud está en el diálogo que permite identificar problemas, riesgos, activos, actores, clarificar percepciones, compartir expectativas y objetivos, construir, implementar, acompañar y evaluar los planes de acción y proyectar avances.



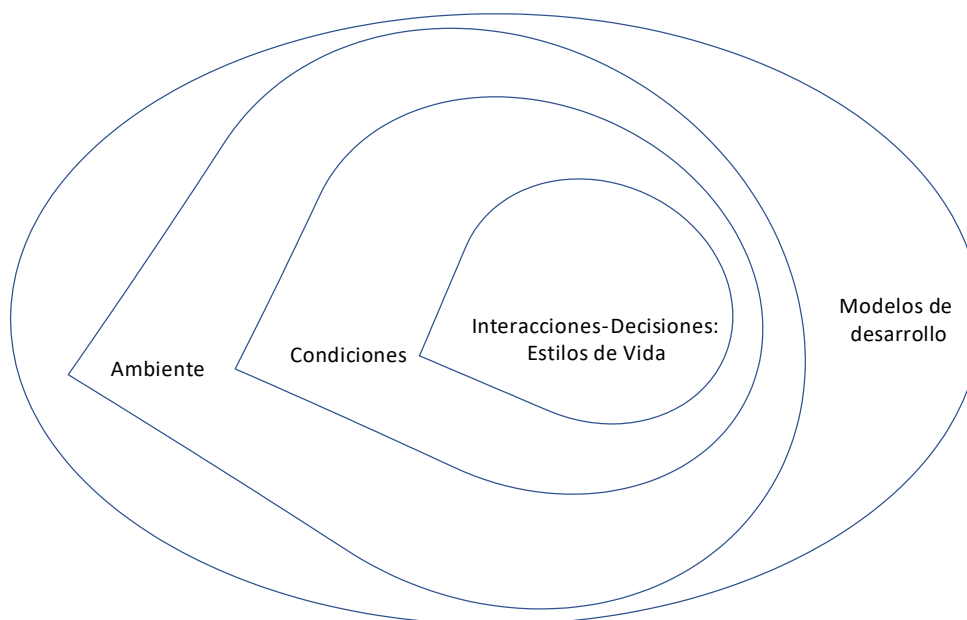
Figuroa y Kincaid, 6/2001 (53)

Gráfico 11. interacción entre el cambio individual y social gestión de procesos de cambio

Tanto en decisiones individuales como comunitarias que afectan la salud, influyen los poderes hegemónicos y los intereses de la industria. Lo que se posiciona como deseable, a lo que puede accederse, la forma de relación con la tierra y los recursos. Si bien existe un nivel de opción individual, claramente está permeado por las condiciones, el contexto y los recursos.

Se ha pasado de responsabilizar a los individuos y sus estilos de vida de las enfermedades no transmisibles, a comprender que las condiciones los hacen o no posibles, que las brechas en salud se explican desde diferencias injustas y evitables que hacen o no posibles las decisiones más favorables para la salud y que solo la comprensión integral de las condiciones (incluyendo riesgos y activos), permiten la gestión de procesos encaminados a lograr cambios necesarios y mejoras sostenidas en la salud.

Nos remitiremos ahora a la relación entre las condiciones y la adopción de Estilos de Vida Saludables (EVS) considerándola en doble vía: cómo las condiciones impactan los estilos de vida que adoptamos y cómo nuestros estilos de vida impactan el ambiente y las condiciones en que vivimos.



*Gráfico 12. Modelos de desarrollo, condiciones y estilos de vida*

El Glosario de Promoción de la salud de la Organización Panamericana de la Salud incluye una conceptualización amplia de Estilos de Vida, en la cual se reconoce la singularidad, se plantean los estilos de vida como propios de cada individuo, como formas de vida que se basan en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (54)

A pesar de lo anterior, las reflexiones en torno a los estilos de vida se suelen asociar solamente a los estilos de vida relacionados con enfermedades, causas de enfermedad y muerte y a nivel de salud individual con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, debido a que el tipo de alimentación, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol están entre las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo. Desde las Universidades se suele abordar el tema limitándose a prevención de consumos nocivos, evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, promover una alimentación saludable y realzar actividad física para prevenir enfermedades asociadas a la alimentación poco saludable o al sedentarismo.

Una conceptualización más amplia de este tema se plantea desde Escuelas Saludables, donde se propone que los estilos de vida pueden observarse a partir de la relación consigo mismo, de las relaciones con las otras personas y con el ambiente. A nivel de la relación consigo mismo consideran además de los tradicionalmente identificados, el autocuidado, el conocimiento de sí mismo, la toma de decisiones y la sexualidad; a nivel de la relación con otros, la identificación y manejo de las emociones, la comunicación, el afrontamiento de situaciones del contexto, la solución de problemas y conflictos y las prácticas de seguridad; y a nivel de la relación con el ambiente, el consumo sostenible relacionado con alimentos, agua y energía, el manejo de residuos, la protección de recursos, el pensamiento crítico y el desarrollo de prácticas ambientales sostenibles. (55)

Claramente esta aproximación nos remite a intervenciones a nivel de las habilidades para la vida propuestas por la OMS: Autoconocimiento – Empatía – Comunicación a s e r t i v a – Relaciones interpersonales – Toma de decisiones – Solución de problemas y conflictos – Pensamiento creativo – Pensamiento crítico – Manejo de emociones – Manejo de tensiones y estrés. Martínez, V. (2014) recupera la siguiente definición sobre el concepto de Habilidades para la vida (HvP): “Grupo de competencias psicosociales y destrezas interpersonales (...) que pueden orientarse hacia acciones personales, interpersonales y aquellas necesarias para transformar el entorno de manera que sea propicio para la salud” (WHO, 2003, p. 3). Citado por Martínez, V. (2014) pg. 66.(56)

Será importante reconocer que las intervenciones deben considerar no solo a los individuos sino además las condiciones en que viven y tener presente el hecho de que las personas somos sujetos sociales, y que son el contexto y las condiciones las que hacen posible o no estilos de vida saludables, desarrollo humano, desarrollo de potencialidades, la calidad de vida y una vinculación gozosa consigo mismo, con los otros y con lo otro.



El desarrollo de un criterio personal consciente mediando las decisiones que se tomen podrá contrarrestar en algún nivel la presión de la sociedad de consumo frente a estilos de vida que no solo alejan el bienestar al asociar consumo a felicidad y poner el satisfactor afuera de las personas, sino que llevan a la producción desenfrenada de desechos que contaminan y que traen tras de su elaboración lógicas de explotación. Compramos, desechamos, contaminamos, alimentamos lógicas de explotación y pensamos que estamos siendo libres y saludables. Un criterio personal nos llevará a comprender esos procesos tras consumos posicionados como formas de vida ideal.

Unas consideraciones finales sobre los estilos de vida sustentables nos remiten a reflexiones de Elizalde, quien plantea que estos confluyen alrededor de la sostenibilidad ambiental y su relación con las prácticas de consumo de las personas, prácticas que pueden resultar nocivas para la salud humana o porque la afecten directamente y/o porque comprometan el ambiente. Aunque satisfacer las necesidades implica un consumo esencial, este debe ser compatible con la sostenibilidad ambiental y no una reacción frente a la publicidad o la cultura.

El principal desafío que surge de nuestro desarrollo como seres éticos es asumir la responsabilidad por nuestro accionar en el mundo, y ser capaces de entender que nuestra calidad de vida alcanza su plenitud cuando trascendemos desde nuestra conciencia individual hacia una forma de conciencia capaz de sentir como propia, no sólo nuestra necesidad, sino, además, la de todo otro ser humano y de toda otra forma de vida. (57)

Se proponen intervenciones a favor de la salud principalmente desde Escuelas, Municipios, IES/Universidades, organizaciones. En el año 2017 la OPS organizó un concurso para conocer cómo se avanza a nivel de promoción de la salud en la región de las Américas. El informe plantea que

El Concurso de Experiencias Significativas en Promoción de la Salud en la Región de las Américas 2017 se planteó ante la necesidad de identificar el avance de la promoción de la salud en la Región, considerando ámbitos tales como Municipios, Escuelas, Universidades e Instituciones de Educación Superior. Se definió como propósito para este concurso, reconocer y difundir prácticas e iniciativas destacadas y experiencias significativas a nivel de Promoción de la Salud realizadas en los ámbitos, en una de las siguientes categorías: Educación para la Salud con Enfoque Integral, Trabajo en Red, Construcción de conocimiento en Promoción de la Salud, Intersectorialidad.

Resulta valioso revisar cómo se está avanzando en la región,

(...) del total de inscritas, la mayoría 258 (56%) corresponde al ámbito de municipios, seguido del ámbito de universidades o instituciones de educación superior con 121 (26%). De igual forma, la categoría en la cual se presentaron la mayoría de experiencias corresponde a Educación para la Salud con Enfoque Integral, siendo 248 (53%).

**El movimiento de Universidades Promotoras de Salud. El concepto de Universidades Promotoras de Salud**

(...) hace referencia a las entidades de Educación Superior que fomentan una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud

(PS), y se constata a través de una política institucional para la mejora continua y sostenida de las acciones de PS (Arroyo, 2009). (58)

El proceso se ha enriquecido desde la conceptualización, en la diversidad y cantidad de experiencias institucionales, en la cantidad de países que participan y Redes que se formalizan y en la producción de conocimientos en el tema.

Este es otro concepto vivo que evoluciona. Retomamos inicialmente el concepto de Universidad Promotora de Salud propuesto por Chile en el 2006

Una Universidad Promotora de Salud incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian y trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos y/o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, de sus entornos y de la sociedad en general.

El propuesto por la REUS, Red Española en el 2009

Una universidad que de forma continua está mejorando e interviniendo sobre aquellos factores que determinan su ambiente físico y social, facilitando el acceso y potenciando los recursos comunitarios que permiten a sus miembros realizar todas sus funciones vitales y auto desarrollarse hasta su máximo potencial desde una perspectiva de apoyo mutuo.

El propuesto por la Red Colombiana de IES y Universidades Promotoras de Salud en el 2011

Una Universidad Promotora de Salud desde una postura institucional explicita, dinamiza un proceso interno encaminado a la articulación de experiencias y recursos en favor del desarrollo humano y la calidad de vida de los miembros de su comunidad educativa, le apuesta a favorecer cambios culturales en favor de la salud y aporta a la formulación de políticas públicas contribuyendo a un mejoramiento permanente de condiciones para la salud, la equidad en el acceso a la misma y la inclusión. Desde la conformación de REDCUPS la apuesta implica un mejoramiento continuo de condiciones, la formalización de sinergias y el fortalecimiento permanente de la capacidad para participar.

El proceso desde las Universidades se proyecta con mucha fuerza a nivel global y en la región de las américas, quedando el reto potenciar sinergias entre los ámbitos escuelas, municipios- ciudades y Universidades y aportar desde ellos al logro de los ODS.

## **6. Sinergias, alianzas, articulación - Procesos colaborativos y Redes de UPS**

Es claro que para trabajar en promoción de la salud debemos desarrollar procesos colaborativos. Los Modelos participativos son fundamentales al promover la salud, *“La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar”*. (59) Asumir apuestas

transversales de desarrollo institucional, municipal, de país, basadas en la promoción de la salud, hará posible concretar alternativas a favor del desarrollo humano, la calidad de vida, el bienestar, el cuidado de nuestros recursos y la sostenibilidad de la vida en el planeta.

La promoción de la salud está basada en la población, participativa, intersectorial, sensible al contexto, y opera a múltiples niveles. *“La meta más importante de la promoción de la salud es el mejoramiento continuo de las condiciones relacionadas a la salud y el estatus de toda la población, haciendo hincapié en las necesidades de los miembros de la comunidad más marginados o excluidos”*. (59)

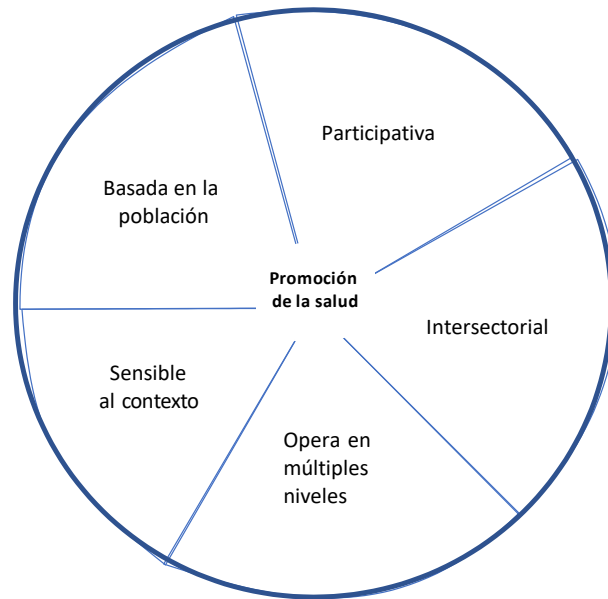


Gráfico 13. Basado en Guía para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud OPS <sup>30</sup>

Hemos planteado que a la base de la gestión de procesos encaminados a promover la salud están modelos participativos y salutogénicos que potencien procesos colaborativos a nivel institucional, a la salud en las ciudades, los países y a nivel global.

Trabajar sinérgicamente no es un ideal, es una forma de relación interpersonal y social. Parte de reconocer el valor de las perspectivas y experiencias de los demás para lograr objetivos comunes, reconocernos insuficientes individualmente y como sectores para dar respuesta a las necesidades de salud, y reconocer que el fruto de procesos colaborativos será muy superior al de apuestas y procesos gestionados de manera particular. Aunque no todo es articulable ni todo debe ser abordado de manera intersectorial, los problemas de salud suelen requerir el aporte coordinado de los sectores y actores y los esfuerzos aislados ser insuficientes para construir soluciones en las que se logren cambios estructurales necesarios. Adicionalmente, la articulación de esfuerzos, la formalización de sinergias y la proyección de procesos colaborativos a favor de la salud han demostrado ser el camino para favorecer participación, empoderamiento, potenciación individual y comunitaria.

Resulta indispensable en procesos encaminados a lograr sinergias, alianzas, articulación - procesos colaborativos y trabajo en red:

- Identificar actores clave, reconocer su valor y posibilidades de complemento y aporte.
- Identificar activos en salud y proyectar desarrollos involucrándolos.
- Tender puentes de comunicación libres y democráticos que favorezcan intercambio de experiencias y la recuperación de aprendizajes derivados de las dificultades.
- Garantizar el acceso democrático a la información.
- Fortalecer estrategias desde las Universidades de vinculación con la sociedad, desde las que se aporten evidencias para la formulación de políticas públicas y desde las que

se contribuya al cuidado de lo humano y a la sostenibilidad del planeta.

Las redes permiten formalizar acuerdos de colaboración en proyectos colectivos en donde la motivación para unirse se relaciona con lo que pueden construir juntos a favor de la salud. El trabajo en red representa aportes a nivel de recuperar y compartir aprendizajes, establecer espacios y posibilidades de encuentro intercambio apoyo mutuo canales de comunicación y construcción de vínculos.

En el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS (OMS, 1998) una Red se asume como “una agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza”. La colaboración para la promoción de la salud se plantea como un acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar en cooperación para obtener un conjunto de resultados de salud compartidos. Dicha colaboración puede formar parte de una colaboración intersectorial para la salud o basarse en alianzas para la promoción de la salud. Puede limitarse a la búsqueda de un fin claramente definido (como conseguir el desarrollo e implantación de legislación) o ser continuada, abarcando una amplia gama de cuestiones e iniciativas”.

Para el Concurso de experiencias significativas en promoción de la salud OPS, 2017 se planteaban como características esperadas en experiencias que quisieran postularse:

Desarrollan una cultura de trabajo horizontal, cooperativo y participativo;

Demuestran poseer una estructura que favorece el trabajo en red;

- a) Evidencian avances y logros como resultado directo del uso de la metodología de trabajo en red;
- b) Invierten esfuerzos en el desarrollo de procesos y mecanismos para la permanencia del trabajo en red;
- c) Orientan a sus integrantes en la recuperación de aprendizajes derivados de las dificultades encontradas en los procesos y de buenas prácticas que caracterizan a las experiencias que trabajan desde el enfoque de promoción de la salud;
- d) Divulgan experiencias diversas del diseño, implementación, evaluación y sostenibilidad de buenas prácticas de promoción de la salud, enriqueciendo y dándoles sentido;
- e) Integran la formación, la investigación, la abogacía, la socialización y documentación con el objetivo de animar el trabajo en red;
- f) Aportan y/o proponen herramientas para el fomento de la promoción de la salud;
- g) Socializan con sus integrantes buenas prácticas desde el enfoque de promoción de la salud;
- h) Favorecen recuperación y socialización de aprendizajes derivados de las dificultades encontradas. (60)

Estas características dan cuenta de aspectos fundamentales en el funcionamiento de una Red, como son trabajo cooperativo, participación, horizontalidad, recuperación de experiencias, acceso a la información, socialización de aprendizajes, formación, investigación y socialización de información.

Algunas redes importantes en el tema de salud y promoción de la salud: Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS), CEPEDOC, REDLAPROMSA, REDES GLOBALES UPS, RIUPS, REDES NACIONALES UPS (Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, España, México, Perú, Puerto Rico, Red Centroamericana y del Caribe de UPS).

*Ve a la gente, Vive entre ellos, Ámales, Aprende de ellos,  
Comienza desde donde ellos están, Trabaja con ellos, construye sobre lo que tienen.  
Pues de los mejores líderes, cuando la tarea se ha cumplido,  
el trabajo se ha terminado, todos dirán:  
«Lo hemos hecho por nosotros mismos»*

Lao Tze\*

Tomado de Potenciación Comunitaria, Métodos para fortalecer las comunidades, PHIL BARTLE PhD. (61)

## REFERENCIAS:

1. Michalewicz A, Pierri C, Ardila-Gómez S. DEL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN AL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/CUIDADO: ELEMENTOS PARA SU CONCEPTUALIZACIÓN. Anu Investig. 2014;XXI:217–24.
2. The Association of Faculties of Medicine of Canada. Chapter 1 Concepts of Health and Illness | AFMC Primer on Population Health [Internet]. [cited 2020 Feb 21]. Available from: <https://phprimer.afmc.ca/en/part-i/chapter-1/>
3. de Almeida Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2001;17(4):753–70.
4. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 1999;15(4):701–9.
5. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. 2012;26:161–75.
6. Organización Panamericana de la Salud. Declaración De Alma-Ata. Conf Int sobre Atención Primaria Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978. 2012;8–10.
7. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. Patient Educ Couns. 2004 May;53(2):239–44.
8. Illich I. Medical Nemesis The expropriation of health. Books P, editor. Vol. 13. New York; 1976. 258–283 p.
9. Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. Cuad médico Soc. 1998;73:5–22.
10. Díaz Bordenave J. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD. Asunción; 2007.
11. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugarra G, Masluk B, Rodríguez-Martín B, et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud Theoretical models of health promotion in primary healthcare everyday practice. Gac Sanit. 2019;
12. Breith J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Fac Nac Salud Pública El Escen para la salud pública desde la Cienc. 2013;31:19.
13. Ministerio de Salud Argentina. SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Buenos Aires; 2011.
14. Church J, Saunders D, Wanke M, Pong R, Spooner C, Dorgan M. Citizen participation in health decision-making: Past experience and future prospects. J Public Health Policy. 2002;23(1):12–32.
15. Celedón C, Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. Vol. 8, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000.
16. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. Vol. 4, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2004. p. 1–31.
17. Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gac Sanit. 2002;16(1):30–8.
18. Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. What we mean when we talk about “community health”. SESPAS Report 2018. Vol. 32, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 5–12.
19. Ariffin MH, Jaafar N. Entry participation motivations in co-curricular activities: The case of construction management students at a Malaysian University. In: International Journal of Construction Education and Research. Taylor & Francis Group ; 2007. p. 17–34.
20. Planas A, Soler P, Fullana J, Palliserà M, Vilà M. Student participation in university governance: The opinions of professors and students. Stud High Educ. 2013;38(4):571–83.
21. World Health Organization. Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. World Heal Organ. 2002;91.
22. Geilfus F. 80 Herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2002. 218 p.
23. OPS. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. 2006. 1–114 p.
24. OPS, OMS, ASPC. Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Americas. 2007. p. 1–52.
25. Arango N, Feinsinger P. Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas. Washington: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; 2007. 1786 p.
26. Ministerio de Salud Argentina. Proyectos Locales Participativos. Guía para el diseño, ejecución y evaluación. Buenos Aires;
27. Thompson FE, Subar AF. Dietary Assessment Methodology. In: Nutrition in the Prevention and Treatment of

- Disease. Elsevier; 2017. p. 5–48.
28. Chapela M del C. Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. *Temas y desafíos en Salus Colect.* 2007 Dec 3;376.
  29. Woodall J, South J, Warwick-booth L. EMPOWERMENT AND HEALTH & EVIDENCE REVIEW. *Evid Rev.* 2010;(September).
  30. Menéndez EL, Spinelli H. Participación social : ¿para qué? Lugar Editorial; 2006.
  31. Fischer F. Democracy and Expertise: Reorienting Policy Inquiry. *Democracy and Expertise: Reorienting Policy Inquiry.* Oxford University Press; 2009. 1–352 p.
  32. Betancourt Ó, Mertens F, Parra M. Enfoques Ecosistemicos en Salud y Ambiente. COPEH LAC, editor. ABYA YALA; 2016. 298 p.
  33. Haro JA, Jeijzer B. Participación comunitaria en salud: Evaluación de experiencias y tareas para el futuro. *Región y Soc.* 1998;9(16).
  34. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. *J Am Plan Assoc.* 1969;35(4):216–24.
  35. Dooris M, Heritage Z. Healthy cities: Facilitating the active participation and empowerment of local people. *J Urban Heal.* 2013 Oct 29;90(SUPPL 1):74–91.
  36. Hawes LC, IV HRT. Student Participation in the University Decision-Making Process. *J Higher Educ.* 1974 Feb;45(2):123.
  37. Rodero E, Ferrer M, Figueras M, Hernández D, Mir J, Murillo C, et al. La participación estudiantil en la upf. *Primera. Universitat Pompeu Fabra, editor.* Barcelona; 2011. 234 p.
  38. Soler Masó P, Pallisera M, Planas Lladó A, Fullana Noell J, Vilà Suñé M. Student participation in the university: perceived problems and proposals for improvement. 2012;
  39. Ansala L, Uusiautti S, Määttä K. What are Finnish university students' motives for participating in student activism? *Int J Adolesc Youth.* 2016 Apr 2;21(2):150–63.
  40. Wong NT, Zimmerman MA, Parker EA. A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion. *Am J Community Psychol.* 2010 Sep 1;46(1):100–14.
  41. WOODALL J, RAINE G, SOUTH J, WARWICK-BOOTH L. Empowerment & health and well-being: evidence review. 2010;
  42. Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Violán C, Mahtani-Chugani V. Public participation in research from the perspective of primary health care researchers. *Gac Sanit.* 2019 Nov 1;33(6):536–46.
  43. NICE Guideline [NG44]. Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. NICE; 2016 [cited 2020 Feb 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
  44. Rissel C. Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promot Int.* 1994;9(1):39–47.
  45. Organización Panamericana de la Salud. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud;41. OPS; 1999.
  46. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica.* 2007 Feb;41(1):139–49.
  47. Fiorati RC, Arcêncio RA, Segura del Pozo J, Ramasco-Gutiérrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. Vol. 32, *Gaceta Sanitaria.* Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 304–14.
  48. Maya Jariego I. Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apunt Psicol.* 2004;22(2):187–211.
  49. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. In: *World Health Organization Regional Publications - European Series.* World Health Organization; 1992. p. 3–7.
  50. González-González M, Justo J, Pereda-Rodríguez L. ENFOQUE PARTICIPATIVO Y DESARROLLO LOCAL COMUNITARIO. Title: Focus participative and community local development.
  51. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit.* 2013 Mar;27(2):180–3.
  52. Tapella E. El mapeo de actores claves. Cordoba; 2007.
  53. Figueroa ME, Lawrence D, Manju K, Gary R, Foreword L, Gray-Felder D. Communication for Social Change: An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes Communication for Social Change Working Paper Series. 2002.
  54. World Health Organization (WHO). Promoción de la Salud: Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1998.
  55. Ministerio de Salud y Protección Social C. Universidades e Instituciones de Educación Superior (IES) Promotoras de Salud. Guía para su fortalecimiento y evaluación. 2012;1–44.
  56. Martínez Ruíz V. Habilidades para la vida: una propuesta de formación humana. *Itiner Educ.* 2014 Jun 12;28(63):61.
  57. Elizalde A. Desarrollo Humano y Ética para la Sustentabilidad. Primera. Universidad Bolivariana, editor. México; 2003. 168 p.
  58. Arroyo H V, Rice M. Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. *IV Congr Int Universidades Promot la Salud.* 2009;1–34.
  59. Pan American Health Organization. Guía para Documentar Iniciativas de Promoción de la Salud. p. 1–47.
  60. O.P.S. Concurso de experiencias significativas en promoción de la salud en la región de las Américas. 2017.
  61. Bartle P. Material de adiestramiento para el fortalecimiento de comunidades [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 22]. Available from: <http://cec.vcn.bc.ca/mpfc/index.htm>