



Promoción de la salud desde las ciencias sociales

Sus conceptos y aplicaciones

Teresita Castillo León (Coordinadora)

AUTORES

Teresita Castillo León, Nancy Marine Evia Alamilla, Deira Jiménez Balam,
Gardenia Koh Yah, María Eugenia Méndez Montero, Delin Sima Espadas,
Carlos David Carrillo Trujillo y Rebelín Echeverría Echeverría

**PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE
LAS CIENCIAS SOCIALES.
SUS CONCEPTOS Y APLICACIONES.**

PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES. SUS CONCEPTOS Y APLICACIONES.

**TERESITA CASTILLO LEÓN
(COORDINADORA)**

AUTORES

Teresita Castillo León, Nancy Marine Evia Alamilla,
Deira Jiménez Balam, Gardenia Koh Yah,
María Eugenia Méndez Montero, Delín Sima Espadas,
Carlos David Carrillo Trujillo y Rebelín Echeverría Echeverría



Publicación realizada bajo el auspicio del programa PROFOCIE 2015.

**MÉRIDA, YUCATÁN, MÉXICO
2016**

©Universidad Autónoma de Yucatán

Prohibida la reproducción total o
parcial de la obra sin permiso del Editor.

Facultad de Psicología

Kilómetro 1 Carretera Mérida Tízimin-Cholul

Teléfono +52 (999) 9432045, 9432098 y 9433888, extensión 0
operadora

Fax +52 (999) 9432098

<http://www.psicologia.uady.mx/>

Mérida, Yucatán, México

Diseño de la Portada: Deira Jiménez Balam

Revisión de estilo: Lourdes Cabrera Ruíz

Primera edición: 2016

ISBN: 978-607-8424-24-5

RA Promoción de la salud desde las ciencias sociales. Sus
conceptos y aplicaciones/Teresita Castillo León (Coordinadora).
427.8
Mérida, Yucatán, 2016.
.C37
[270 p.]
2016
1. Promoción de la Salud. 2. Bienestar. 3. Salud. I. Castillo
León, Teresita; II. Evia Alamilla, Nancy Marine; III. Jiménez
Balam, Deira; IV. Koh Yah, Gardenia; V. Méndez Montero,
María Eugenia; VI. Sima Espadas, Delin; VII. Carrillo Trujillo,
Carlos David; VII. Echeverría Echeverría, Rebelín

Impreso en Mérida, Yucatán, México

Printed in Mérida, Yucatán, México

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

Dr. José de Jesús Williams
Rector

Dr. Carlos Echazarreta González
Secretario de Rectoría

MDO. Adda Ruth Mendoza Alcocer
Directora de la Facultad de Psicología

COMITÉ TÉCNICO REVISOR

Dr. José Atoche Enseñat
Servicios de Salud de Yucatán

Mtra. Julia Candila Celis
Universidad Autónoma de Yucatán

Mtro. Jorge Gómez Pech
Servicios de Salud de Yucatán

Mtra. May Wejebe Shanahan
Servicios de Salud de Yucatán

CONTENIDO

Prólogo	11
CAPÍTULO I	
DESARROLLO HISTÓRICO Y ELEMENTOS BÁSICOS	19
DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
CAPÍTULO II	49
FORTALECIMIENTO DE LAS PERSONAS SALUDABLES	
CAPÍTULO III	93
PROMOCIÓN DE RELACIONES INTERPERSONALES SALUDABLES	
CAPÍTULO IV	139
PROMOCIÓN DE ORGANIZACIONES SALUDABLES	
CAPÍTULO V	167
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE LA ACCIÓN COMUNITARIA	
CAPÍTULO VI	199
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	
 A MODO DE CONCLUSIÓN	231

PRÓLOGO.

Desde la Carta de Ottawa en 1986 la Promoción de la Salud (PS) ha pasado de ser una estrategia intervención en salud pública a ser concebida, en el siglo XXI, como una ciencia aplicada enfocada al desarrollo de conocimientos y, sobre todo, formas de intervención de carácter colaborativo, que permitan descubrir sinergias y apoyar la motivación en la lucha de procesos de cambio transformadores. Esto mediante la generación de espacios de aprendizaje, de desarrollo de habilidades, así como la creación de oportunidades y ambientes que favorezcan prácticas de salud positivas fortalecedoras de individuos, grupos y comunidades.

Este avance en la conceptualización de la PS implica ampliar los enfoques disciplinarios tradicionales aplicados en este campo. Es de ahí que surge la motivación de escribir este libro, mediante un trabajo en colaboración entre académicos de la Universidad Autónoma de Yucatán e integrantes de Antal Promoción de la Salud, A.C., como una estrategia que permite concentrar, en un solo texto, diversos conceptos y formas de aplicación fundamentadas en principios de diferentes ciencias sociales como la Psicología, Antropología, Sociología, Administración de Recursos Humanos, por mencionar algunas. Es así que logramos integrar seis capítulos con contenidos que se empalman con las líneas de estratégicas de la PS.

Así, el Capítulo 1, intitulado *Desarrollo histórico y elementos básicos de la Promoción de la Salud*, permite una aproximación a la comprensión básica conceptual sobre la promoción de la salud (PS) a partir de un recorrido histórico que da cuenta de su origen y desarrollo, principalmente a través de las ocho conferencias internacionales que se han realizado sobre el tema. El capítulo presenta también la diferencia entre la promoción y la prevención de la salud, los principios, valores, funciones, líneas de acción y modelos que guían el trabajo en este campo. Revisar todos estos elementos muestra la importancia de aspectos socioculturales, psicosociales, económicos y legales, entre otros, con lo que la necesidad de incorporar a las diferentes ciencias sociales en el trabajo de PS se evidencia y resulta fundamental dado su carácter interdisciplinario. Finalmente, el capítulo dimensiona el alcance que puede tener la PS al mostrar la amplitud de acciones a diversos niveles que pueden desarrollarse desde esta perspectiva.

El Capítulo 2, con el nombre de *Fortalecimiento de las personas saludables*, aborda el trabajo en PS a nivel individual para lograr estar y ser saludables. Vale la pena destacar tres aspectos tratados en el capítulo. En primer término, contrario a lo que mucha gente piensa y a lo que comúnmente se hace, la PS no solo es para trabajar con personas que están sanas y saludables; personas con algún problema de salud o un grupo en riesgo pueden ser partícipes de acciones en PS dado que

no importa el punto de partida; siempre se puede trabajar en fortalecer a las personas, mejorar su calidad de vida y aprovechar todo su potencial para lograr el máximo bienestar posible. Un segundo aspecto es la importancia de que el trabajo promotor de la salud, el bienestar y la calidad de vida no puede considerar solamente el alcance de aspectos objetivos como el acceso a la salud o la calidad de los servicios, sino que los aspectos subjetivos son también importantes. Lo que la persona siente y/o piensa respecto a su salud, sus actitudes, sus opiniones sobre lo que tiene o puede lograr, entre otros aspectos, son medulares al trabajar en este campo.

Finalmente, el tercer aspecto, íntimamente relacionado con los dos anteriores, es la importancia de aplicar el principio del holismo al momento de trabajar en PS. En este sentido, el capítulo aborda las diferentes dimensiones de la salud, a partir de las cuales se trabaja de manera integral en cuanto al fortalecimiento personal. Sobre cada una de estas dimensiones, el capítulo expone sus principales características, ahondando principalmente en el papel de la Psicología mediante la promoción del bienestar psicológico y retomando el papel protagónico del propio individuo en el cuidado de su salud al aplicar principios como el autoconocimiento, el autocuidado y el empoderamiento personal.

En el Capítulo 3, intitulado *Promoción de relaciones interpersonales saludables*, enfatiza el papel tan importante que tienen las relaciones interpersonales en la vida de las personas y los beneficios que estas tienen para el individuo, pero también para la sociedad en general. Expone como la globalización y las tecnologías de la información han modificado las relaciones interpersonales enfatizando que, si bien hay que reconocer estos cambios e incluso adaptarse a ellos, también es importante fomentar y fortalecer las relaciones interpersonales en los más diversos contextos como la familia, el vecindario, la escuela o el trabajo.

El capítulo ofrece diferentes definiciones de las relaciones interpersonales según diversos autores y distingue entre las relaciones interpersonales positivas y las relaciones interpersonales saludables, ya que si bien ambas son importantes sus alcances son diferentes. Una vez hecha la distinción entre estos dos tipos de relaciones interpersonales, el capítulo se centra en las relaciones interpersonales saludables, habiendo sido las primeras tema del capítulo anterior. Pone el foco principal en el desarrollo de las redes sociales, definiéndolas y caracterizándolas, para posteriormente relacionarlas con el apoyo social que puede derivarse de ellas. Finalmente, el capítulo destaca que las relaciones interpersonales se dan dentro de diversos contextos y entornos que requieren ser también saludables y para ello es necesario promover relaciones

interpersonales significativas y saludables. Al respecto el capítulo contiene diversas sugerencias de acciones para trabajar en PS en contextos familiares, escolares, vecinales y laborales, retomando elementos psicológicos, educativos e incluso antropológicos.

El Capítulo 4, que lleva por nombre *Promoción de organizaciones saludables*, destaca la relación entre la salud de los integrantes de una organización y los buenos resultados de la misma. Para lograr una sana relación entre los individuos y la organización a la que pertenecen, es importante que esta ofrezca ambientes de trabajo saludables; esto es, que a la par de la búsqueda continua de la efectividad y desarrollo de la organización también promueva el bienestar de sus trabajadores en aspectos afectivos, cognitivos, sociales y conductuales con lo cual también se contribuye a una mejor productividad. Para ello, el capítulo señala la importancia de adoptar un paradigma diferente al tradicional que enfatice el papel del individuo como el capital más valioso de la organización. Debe trabajarse en su bienestar no solo como una inversión para el bien de la organización sino como una necesidad y un derecho humano inherente. En este paradigma alternativo es posible retomar aportes de disciplinas como la Psicología Organizacional Positiva, la Salud Ocupacional y la Administración de Recursos humanos.

En este trabajo es importante no ignorar elementos fundamentales de las organizaciones como son sus objetivos,

cultura y estructura. Considerando estos elementos, el capítulo retoma estrategias del Modelo Heurístico de Organización Saludable de Salanova (2009a) y el Modelo de Ambientes Saludables de la OMS (2010) que pueden ser utilizados para la promoción de organizaciones saludables. Finalmente, el capítulo presenta diversos principios fundamentales que deben considerarse al aplicar la PS en búsqueda de lograr organizaciones saludables, presentando también una propuesta metodológica para lograrlo integrando los pasos de la Indagación Apreciativa y del Modelo de Ambientes Saludables de Trabajo.

El Capítulo 5, sobre la *Promoción de la salud y de la acción comunitaria*, tuvo como objetivo brindar un panorama general sobre el trabajo de la PS en contextos comunitarios el cual fuera accesible para cualquier persona interesada en este tipo de trabajo. Para ello, el capítulo inicia con definiciones de comunidad y de comunidad saludable, haciendo notar la dificultad de tener una única definición dada la complejidad que las comunidades implican. A continuación, el capítulo presenta el modelo de PS basado en la comunidad de Pancer y Nelson (2000) que señala directrices para una movilización de la comunidad para trabajar en proyectos de salud. A modo de complemento, se abordan diversos conceptos de carácter antropológico y sociológico, así como principios de la psicología comunitaria, fundamentales para el trabajo en este tipo de contextos.

Una importante sección del capítulo la constituye la presentación de pautas generales, estrategias y sugerencias que pudieran guiar el trabajo mediante proyectos de PS en comunidad, no omitiendo mencionar las posibles limitantes y dificultades que podrían presentarse en el camino. El capítulo concluye con la presentación de las principales características que deben tenerse en cuenta al momento de diseñar e implementar un proyecto concreto.

El Capítulo 6, *Políticas públicas para la Promoción de la Salud*, enfatiza que la salud es uno de los derechos universales, al que todo ciudadano y ciudadana debe acceder, independientemente de cualquier característica o condición que posea. Al considerar que la salud es un derecho de todos y todas, resulta esencial reconocer el marco normativo internacional, para lo cual el capítulo aborda aspectos sociológicos y políticos y retoma algunos documentos tanto nacionales como internacionales. Otro aspecto a destacar en el capítulo es el hacer conciencia de que independientemente de la normatividad existente en materia de salud, es importante que se siga trabajando en el desarrollo y articulación de políticas públicas no sólo bajo una visión de la prevención de las enfermedades sino también bajo un enfoque de PS. En este sentido, el capítulo señala que promover políticas públicas con perspectiva de PS requiere un cambio en la forma de gestionan los servicios. Por ello, deben tomarse en cuenta diversos elementos tanto para la elaboración como para la implementación de políticas públicas saludables.

Por último, un aspecto importante del capítulo es la distinción que hace entre política y política pública, para luego enfocarse en esta última y presentar diversas clasificaciones. A continuación, el capítulo incluye una descripción más concreta sobre la relación entre PS y política pública y se incluye una propuesta hacia la integración de la PS en políticas públicas, la cual incorpora cuatro puntos importantes de fortalecer en la intervención en salud, para que la política pública realmente integre el enfoque de PS, sobre todo si lo que se persigue es lograr un verdadero impacto en la salud integral de las personas, organizaciones, comunidades, y sociedad en general.

Finalmente, *A modo de conclusión* sirve para presentar nuestras últimas reflexiones y la propuesta de un modelo de promoción de la salud que contiene los principios, líneas de acción y estrategias que desde nuestra perspectiva deben aplicarse en los diferentes ámbitos de aplicación de la PS y que deben tener siempre los propósitos de promover el empoderamiento de las personas y los grupos, fortalecer las capacidades ciudadanas en búsqueda de la justicia social y la sustentabilidad de nuestro mundo.

Teresita Castillo León
Noviembre de 2016

CAPÍTULO 1

DESARROLLO HISTÓRICO Y ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Una de las ideas que guía al presente texto es compartir elementos que configuran lo que conocemos como Promoción de la Salud (PS). Se parte de la idea que la PS trabaja en diferentes niveles y que se retroalimenta constantemente entre lo que se elabora teóricamente y lo que se ejecuta, de hecho, en la práctica. En cierta medida, el propósito es contribuir a la construcción de prácticas mejor informadas en este campo.

De acuerdo con Milburn (1996), el sustento teórico de la PS provee bases para aproximaciones prácticas claras y sistematizadas que reflejan un cuestionamiento hacia el modelo biomédico fundamentalmente positivista, que históricamente ha predominado y, por lo tanto, impactado en el campo de la PS. Abundar acerca de teoría cercana a contextos reales es relevante cuando vemos que la misma conceptualización toma sentido a partir de la práctica en la cual se aplican los elementos teóricos existentes.

El desarrollo de la PS se encuentra ligado con el desarrollo mismo del concepto de salud, por lo que es importante partir de una conceptualización de salud que refleje la descentralización de un aspecto en particular de la misma y muestre una visión integral. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió en 1948 como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Es decir, que la salud puede ser vista con un estado en un continuo, que va de lo mínimo a lo óptimo. Esto es un aspecto a resaltar porque implica que la salud no es considerada como un asunto dicotómico, en el que a las personas se les clasifique como enfermas o saludables.

Este planteamiento permite ver a la salud como algo que puede recuperarse, pero también desarrollarse, e incrementarse (Fiorentino, 2009). Complementariamente, autores como Becoña, Vázquez y Oblitas (2000 en Oblitas, 2009) presentan una perspectiva de la salud como algo a desarrollar, más que como algo a conservar. También, señalan que, en esta tarea, las conductas y actitudes de las personas son trascendentales al integrar en esta dinámica aspectos biológicos, psicológicos, sociales y del medio ambiente.

Antecedentes.

La PS es una perspectiva positiva determinante en la calidad de vida de las personas. Gallar (2006) la define como el conjunto de medios y estrategias orientados a procurar la adopción de hábitos de vida saludables, que favorezcan el cuidado y mantenimiento de la salud y de un estado vital óptimo; y, ligado con el concepto

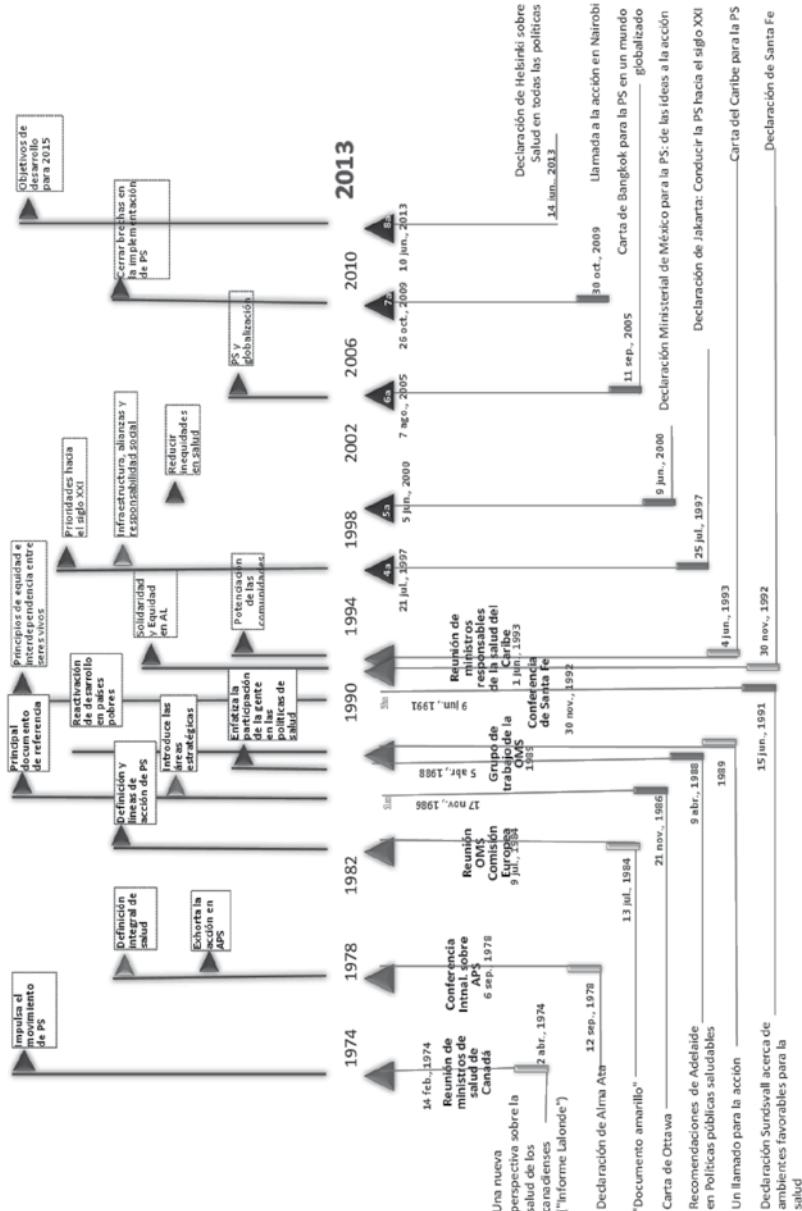
de salud previamente mencionado, considera aspectos físicos, mentales, espirituales y sociales. Es útil conocer los orígenes de la PS porque contribuyen a dar un sentido más amplio acerca de la misma, ya que existen hechos que, más allá del evento por sí mismo, constituyen hitos en la re-conceptualización de la salud pública. Además, de esta manera, se ha ido enriqueciendo el campo de acción de la PS al ir apareciendo nuevos y crecientes retos que van de la mano con la evolución de las sociedades de las que formamos parte.

De manera muy general –sin negar aproximaciones previas a la PS– es hasta el siglo XX cuando se empieza a contemplar la vinculación entre el estado de salud de la población y sus condiciones de vida (medicina social). Posteriormente, el historiador médico Henri Sigerist (1941 en Restrepo, 2001) empieza a trazar el camino hacia la PS al considerar el papel protagonista de la gente en la salud pública y la distinción entre las acciones que parten de un marco de referencia de enfermedad y las que parten desde la salud, pues él concibe las funciones de la medicina en cuatro ejes: la PS, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación.

Por su parte, las aportaciones de McKeown (1982, en Restrepo, 2001) derivan en la importancia de los determinantes de la salud, al identificar factores de tipo social en los cambios favorables en la calidad de vida de los ingleses después

de 1940. Sus ideas influyeron de manera significativa en la construcción del marco teórico de la PS, el cual se enfoca en los determinantes de la salud. En la década de los setentas, las propuestas pretendían un cambio paradigmático que se orientara al mejoramiento o conservación de la salud a través de la adopción de hábitos saludables y con la ventaja de reducir los recursos destinados a la salud pública (Hernández Xochipa, 2013). Posteriormente, a partir de 1986, mediante diversos documentos de referencia se ha construido un camino de consolidación de la PS orientado a la salud, al recurso y a los determinantes, lo que permite establecer estrategias y líneas de acción mediante las cuales la denominada “nueva salud pública” se traduce en hechos concretos (ver Figura 1).

Estos documentos son producto de convenciones convocadas por la OMS; cada una de las cuales se ha enfocado en algún aspecto particular, tanto político como temático (ver Tabla 1). Es decir, a partir de la primera Conferencia Internacional en Ottawa, en 1986 y la declaración de ella derivada (OMS, 1986), la PS hace evidente su sitio en el panorama político con ocho conferencias, la última de ellas en Helsinki (OMS, 2013) y una más por venir en noviembre de 2016 en Shangai, China.



De acuerdo con Robledo Martínez y Agudelo Calderón (2011), si bien la Carta de Ottawa contribuyó a la redefinición de la PS y su sentido político, no logró unificar los diferentes enfoques que contribuían con sus aportaciones. Se produjeron reagrupamientos y con ello nuevos caminos ontológicos y epistemológicos. Castillo León (2001), al describir su modelo intercultural de PS da cuenta de estas dimensiones paradigmáticas, que complementa con las dimensiones metodológica, ética y política. Dimensiones que resulta útil tener en consideración en el llamado periodo de consolidación teórica y conceptual de PS (Robledo Martínez y Agudelo Calderón, 2011), a partir del cual se extendió a otras metodologías y formas de trabajo.

Es a partir de los años noventa que la PS se conceptualiza no solo como una estrategia sino como un proceso al señalar que no se trata meramente de efectos a corto y mediano plazo, sino que busca un impacto a largo plazo. Hacia el año 2000 se vislumbra como un campo unitario e integrador de disciplinas con una teoría y práctica propias (Hernández Xochipa, 2013).

Tabla 1. Declaraciones producto de Conferencias Internacionales de PS. Fuente: Elaboración propia.

Lugar y fecha	Documento	Relevancia política	Aportación Temática
1986 Ottawa, Canadá	Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud	<p>Sentó bases doctrinales y abrió el camino para pasar de la retórica a la acción.</p> <p>Destaca la participación comunitaria, de un modo activo, efectivo y concreto.</p>	<p>Cinco áreas estratégicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Construir políticas públicas saludables. 2. Crear los entornos favorables. 3. Fortalecer la acción comunitaria. 4. Desarrollar aptitudes personales. 5. Reorientar los servicios de salud.
1988 Adelaide, Australia	Recomendaciones de Adelaide en Políticas públicas de salud	Enfatiza la importancia de la participación comunitaria y de cooperación entre sectores.	El propósito de este tipo de políticas es la creación de entornos propicios para una vida sana.

1991 Sundsvall Suecia	Declaración Sundsvall acerca de Ambientes Favorables para la salud	Plantea que las estrategias deben de seguir los principios de Equidad y Reconocimiento de la interdependencia de todos los seres vivos.	Destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en diferentes dimensiones (físicas, económicas y políticas). Tema: Ambientes favorables para la salud.
1997 Jakarta, Indonesia	Declaración de Jakarta: Conducir la PS hacia el siglo XXI	Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. Enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.	Enlista prioridades en PS para el siglo XXI: <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover la responsabilidad social. 2. Incrementar los fondos para el desarrollo en salud. 3. Consolidar y expandir alianzas. 4. Incrementar la capacidad comunitaria y empoderar la individual. 5. Asegurar una infraestructura para la PS.

2000 Cd. de México, México	Declaración Ministerial de México para la PS: de las ideas a la acción.	La idea central fue la reducción de inequidades en materia de salud.	Vincula la PS con los programas y proyectos orientados al desarrollo, especialmente en poblaciones que viven situaciones adversas.
2005 Bangkok, Tailandia	Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado	<p>Sostiene que el núcleo del desarrollo global y local es mejorar la salud y la equidad en salud.</p> <p>4 compromisos clave para la PS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un punto central en la agenda de desarrollo mundial 2. Una responsabilidad esencial de todo el gobierno 	<p>Para impulsar los avances y la fiel ejecución de las estrategias en PS, se proponen las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abogar sobre la base de derechos humanos y la solidaridad. 2. Invertir en políticas, medidas e infraestructura para abordar los determinantes de la salud.

		<p>3. Un elemento clave de las comunidades y la sociedad civil</p> <p>4. La exigencia de buenas prácticas empresariales</p>	<p>3. Crear capacidad en la generación y comunicación de conocimientos.</p> <p>4. Normatividad que regule protección frente a posibles daños e igualdad de oportunidades.</p> <p>5. Establecimiento de alianzas para impulsar medidas sostenibles.</p>
2009 Nairobi, Kenia	Llamada a la Acción de Nairobi	<p>Hace un llamado a utilizar el material no explotado en PS.</p> <p>La PS puede contribuir al manejo de los desafíos actuales de desarrollo y equidad, si se trabaja en reducir la brecha entre</p>	<p>Las siguientes estrategias y acciones se presentan dentro de los cinco sub-temas de la Conferencia:</p> <p>1. Capacitación en PS de la salud.</p> <p>2. Fortalecimiento de los sistemas de salud.</p> <p>3. Alianzas y acción intersectorial.</p>

		la política y la práctica.	4. Empoderamiento comunitario. 5. Alfabetismo en salud y conductas en salud.
2013 Helsinki, Finlandia	Declaración de Helsinki sobre Salud en todas las políticas.	Plantea una aproximación para la incorporación de la salud en todas las políticas públicas.	Contribuir a la formulación de los objetivos de desarrollo post-2015. Considerando la búsqueda de sinergias y la prevención de impactos perjudiciales.

¿Qué es la Promoción de la Salud?

Es difícil hablar acerca de una definición acabada o de una conceptualización concreta de PS, ya que la tendencia ha sido enfocarse hacia algún aspecto particular de la misma. Fundamentalmente, la definición más conocida y referida es la dada por la OMS (1986), mediante la Carta de Ottawa: “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (parr.2). Es decir, se define a partir de la acción. De hecho, Nutbeam (1986) señala que la PS constituye una estrategia dentro del campo de la salud

y el social; por un lado, asumiendo una posición ideológica y de participación política y, por otro, en términos del trabajo operativo a realizar.

El mismo autor (Nutbeam, 1986) habla también sobre algunos principios que no sólo guían la práctica, sino que implican una reflexión acerca de lo que se entiende como salud y acerca de cómo concebimos a las personas. Esto nos habla de trascender la visión de PS como mera estrategia, para desarrollar así un planteamiento como proceso, mucho más amplio que incide sobre la salud, las personas y su calidad de vida. Se trata de la suma de acciones que inciden en los determinantes de la salud, entendidos como aquellos que promueven el bienestar y la calidad de vida (OMS, 1986). Dahlgrem y Whitehead (1991 en Gomes, 2004) dividen estos determinantes en proximales (o microdeterminantes) y en distales (o macrodeterminantes). Los primeros asociados a variables del nivel individual, y los segundos vinculados a variables de grupo y sociedad; es decir, poblacionales (ver Figura 2).

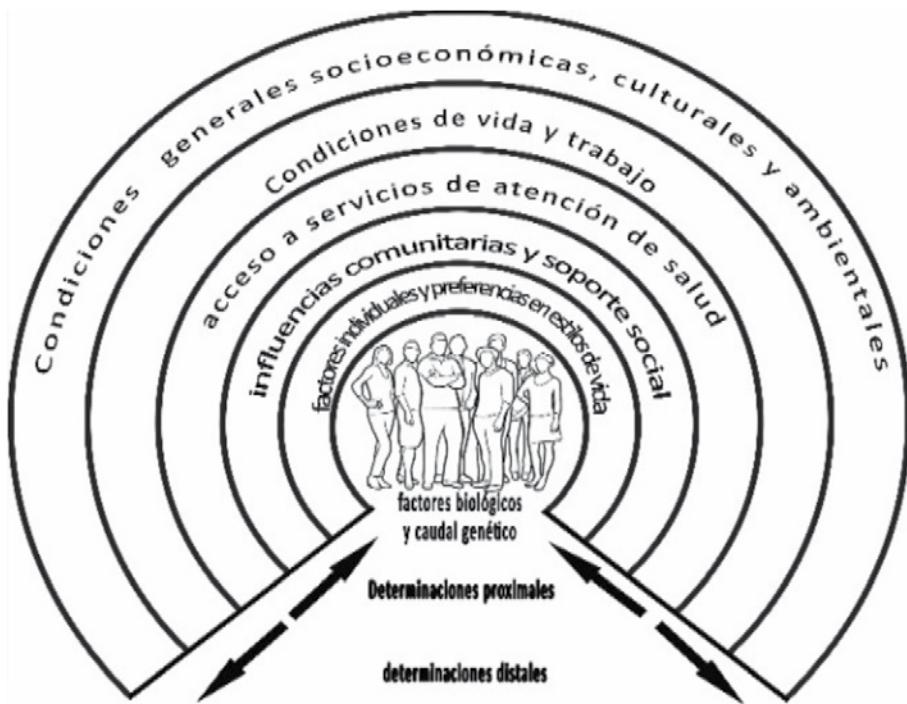


Figura 2. Esquema del modelo multinivel de los determinantes de la salud (Dahlgren y Whitehead, 1991). Fuente: Gomes (2004).

¿La prevención y la promoción, en qué se diferencian?

Es común que se equipare la prevención, particularmente la prevención primaria, con la promoción ya que ambas pueden (y suelen) hacer uso del mismo paquete de herramientas para el logro de sus objetivos; por ejemplo: implementar talleres, proporcionar información a la población, realizar ferias comunitarias, campañas sociales, entre otras. Sin embargo, la prevención se orienta a la enfermedad, pues lo que busca es disminuir la incidencia de

problemas que mermen la salud, a través de la reducción del impacto de los factores de riesgo de enfermedades, el reforzamiento de factores personales que disminuyan el riesgo potencial (susceptibilidad) a la enfermedad y la reducción de consecuencias de la enfermedad, una vez que se tiene. Por su parte, la PS se orienta al fortalecimiento de condiciones que deriven en el bienestar tanto individual como colectivo (Nutbeam, 1986).

De acuerdo con Castillo León (2011), la PS implica tanto educación como prevención a diferentes niveles considerando la variedad de determinantes de la salud; conservando la perspectiva de que las acciones aprendidas buscan fortalecer o preservar la salud. Es decir, la PS implica muchas veces una tarea preventiva, pero la prevención no significa que se lleven a cabo tareas promotoras de la salud; se habla de puntos de partida diferentes y no secuenciales. Por lo tanto, la PS no precede ni a la prevención ni al tratamiento ya que, por ejemplo, se puede trabajar desde la PS con personas que presentan algún padecimiento pues su foco es trabajar en el fortalecimiento de la salud integral de las personas. A continuación, se presenta un cuadro comparativo entre prevención de la enfermedad y PS (ver Tabla 2).

Las diferencias entre prevención y promoción obedecen a sus puntos de partida y a sus alcances; sin embargo, las acciones que tanto a nivel individual como colectivo se realizan, convergen en el cuidado de la salud de las personas y su bienestar.

Tabla 2. Elementos diferenciales entre Prevención y PS. Fuente: Castillo León (2011); Nutbeam (1998) y Gobierno de Perú (2005).

Elementos	Prevención	Promoción
Incide en	La enfermedad	La salud
Punto de partida	El déficit	El recurso
Objetivo	Disminuir incidencia de enfermedad, aminorando el riesgo potencial y las consecuencias de la misma.	Contribuir al bienestar, mediante el desarrollo de condiciones personales, ambientales y políticas favorables para la salud
Elementos	Factores de riesgo y factores protectores	Determinantes de la salud
Estrategias	Educación para la salud, diagnóstico, manejo clínico, tratamiento y rehabilitación.	Abogacía, acción política, educación y comunicación para la salud, empoderamiento y participación ciudadana
Ejemplo	Campaña de prevención contra el tabaquismo	Campaña de promoción de actividad física.

Principios y valores de la PS.

Complementan la conceptualización de PS, los principios que guían su práctica, entre los que se encuentran los siguientes (OMS, 1984 y Nutbeam, 1986):

- Trabajar con las personas, vistas como activas y propositivas.
No se trabaja para ellas o sobre ellas, sino en colaboración.
- El trabajo se sitúa en un contexto histórico y cultural particular, las acciones tienen un punto de partida y de finalización en la comunidad local.
- Se orienta a las causas de la salud, y no de la enfermedad; a las condiciones de la vida cotidiana y no necesaria o preferentemente a situaciones de crisis o riesgo.
- Enfatiza las dimensiones positivas de la salud.
- Valora tanto al individuo como al medio ambiente involucrando la participación de diferentes sectores.

La PS engloba diferentes disciplinas; su marco teórico-práctico incorpora los conocimientos y herramientas de la Política social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadotecnia Social, Filosofía y Economía (Restrepo, 2001), y aunque las acciones no son exclusivas de los profesionales de la salud, hace énfasis en su papel en la defensa y la facilitación de la salud (OMS 1984).

En conjunto, estos principios nos hablan de valores implícitos, entre los que se pueden identificar el respeto, el compromiso, la equidad, la justicia social, la complejidad y la diversidad. De manera general, la PS implica una reconceptualización de la salud pública, en la que las acciones se trazan desde el fortalecimiento de los recursos que las personas, grupos y comunidades tienen a su alcance y no desde la carencia o la enfermedad (Restrepo, 2001).

Funciones de la PS.

La PS afecta a la población en su conjunto, en su contexto cotidiano. Para fines prácticos, su campo de acción se puede ver en dos niveles: a) las acciones orientadas a individuos, grupos y comunidades para facilitar procesos en los que desarrollen mayor control sobre los determinantes de su salud y b) las acciones orientadas a las políticas públicas para establecer condiciones favorecedoras del mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de las personas.

Busca que la población tenga participaciones concretas y específicas, por lo que se apoya de diferentes estrategias. Éstas inciden en los dos niveles previamente mencionados y, también, en grupos poblacionales específicos. Algunos verbos clave son persuadir, motivar y facilitar las acciones en salud; aunque el repertorio de acciones es muy amplio, se pueden identificar tres

funciones básicas (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2013) mencionadas en la siguiente tabla:

Tabla 3. Funciones de la PS (Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2013).

FUNCIÓN	ACCIONES
Defender La salud	Tomar una postura política. Impulsar políticas públicas saludables (normatividad y legislación).
Capacitar a la Población	Uso más autónomo los servicios en salud. Desarrollar aptitudes personales para un mayor control en los determinantes de la salud. Comunicación y educación para la salud.
Mediar entre diferentes agentes y sectores	Desarrollar de redes y alianzas. Fortalecer la acción comunitaria. Desarrollar ambientes saludables. Empoderamiento de la población.

Líneas de acción de la PS.

Tal como se refleja en los principios, la PS no se encuentra circunscrita a alguna disciplina o campo de trabajo en particular.

Por el contrario, le son necesarias la integración y el trabajo en diferentes niveles de participación, que van desde lo individual a lo comunitario y social. La carta de Ottawa (1986) enlista las líneas estratégicas de la PS, que indican la pauta para el desarrollo de acciones concretas. Para ello, también es útil identificar el nivel desde el cual se emprenden las acciones (ver Figura 3).



Figura 3. Niveles de acción y líneas estratégicas.
Fuente: Elaboración propia.

Powell y cols. (1991 en Restrepo, 2001) y Restrepo (2001) aportan la idea acerca de los escenarios en donde toman forma las líneas. Constantemente surgen nuevos escenarios y contar con un esquema para organizar la información necesaria facilita la

construcción de un panorama. Estos autores sugieren un modelo comúnmente representado por un cubo, en el que se refleja la integración de los escenarios (el dónde), las estrategias (el cómo) y los grupos (con quién).

La intervención en PS.

Para planificar y realizar un proyecto desde la PS, ¿qué información es útil tomar en cuenta? Además de la información previamente mencionada, consideramos que es útil considerar que la PS implica una manera particular de colaborar, que obedece al papel participativo de las personas, quienes no son meras receptoras, sino que aportan elementos para la ejecución de los planes.

Los principios de la PS previamente expuestos pueden guiar las prácticas. Estas pueden organizarse de acuerdo con las categorías de los determinantes de la salud, por lo cual su campo va desde el nivel macro al nivel individual. También, se debe considerar si los temas a abordar abarcan estos niveles. Al respecto, el documento de discusión acerca del concepto y principios de la PS (1984), que precedió la Carta de Ottawa, proporciona las principales áreas temáticas para trabajar desde la PS, siendo útil saber el área hacia el cual apuntan las acciones y considerar las estrategias pertinentes para su enlace con el eje temático (ver Tabla 4).

También es imprescindible enmarcar las acciones en el contexto particular en donde tomarán forma, respondiendo al por qué se pondrá en marcha una determinada iniciativa o proyecto (OPS, s.f. a); esto es, si se trata de dar respuesta a una necesidad no atendida, una crisis (originada por personas o por la naturaleza), oportunidad (por ejemplo, contar con una subvención), solicitud política (en atención a la ciudadanía o por presión de la misma) o una acción ciudadana/comunitaria (una persona o grupo se organiza para abordar alguna temática en salud pública).

Tabla 4. Intervenciones en la PS. Fuentes: OMS (1984); OMS (1986) y Nutbeam (1986).

LÍNEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS	ÁREAS TEMÁTICAS
Establecer una política saludable	Modificaciones legislativas, normativas y del medio ambiente.	Acceso a la salud
Reorientar los servicios de salud	Educación para la salud.	Desarrollo de un ambiente facilitador de la salud.
Crear entornos que apoyan la salud	Desarrollo de organizaciones/ambientes saludables.	Refuerzo de redes y apoyos sociales.

Fortalecer la acción comunitaria	Desarrollo de relaciones positivas.	Promoción de comportamientos para la salud y estrategias de enfrentamiento adecuadas.
Desarrollar las habilidades personales.	Desarrollo de destrezas.	Aumento de conocimientos y habilidades relacionadas con la salud.

Adicionalmente, Nutbeam y Wise (1993), al reportar algunas de las discusiones en torno a la planificación para el desarrollo de objetivos y metas de salud de su país (Australia), dan cuenta de la importancia de la clarificación de otros aspectos, que constituyen un reto en la ejecución. Por ejemplo, señalan la necesidad de definir los grupos que son considerados “población prioritaria”, la infraestructura con la que se cuenta y un fundamento conceptual que permita comparar las políticas existentes y la eficiencia de los programas. Es decir, la integración de aspectos evaluativos desde la planificación de las intervenciones, así como de un monitoreo eficaz. Catford (1993 en Nutbeam y Wise, 1993), de hecho, introduce el concepto de “signos vitales” del éxito de la ejecución, que no es más que las consideraciones previas, la congruencia y un proceso de evaluación que atienda al monitoreo y retroalimentación constante de las acciones.

Modelos de PS.

A lo largo de los treinta años de desarrollo de la PS se ha trabajado en su consolidación no solo operativa y práctica sino también conceptual. Varios autores han elaborado propuestas de trabajo en PS mediante el diseño de modelos que faciliten la comprensión conceptual de lo que implica un trabajo en este campo, a la par que mencionan diversas estrategias y mecanismos de acción. Así también, diversos gobiernos y otros organismos han elaborado modelos que guían la labor institucional en cuanto a la PS. Ejemplos de estos modelos se presentan también en la siguiente tabla.

Tabla 5. Modelos de PS. Fuente: Basado en Aristizábal Hoyos, Blanco Borjas, Sánchez Ramos y Ostiguín Meléndez (2011); Castillo León (2011); Cowley (1986); Epp (1986); Gallar (2006); Gobierno de Perú (2005); Kickbusch (1986); OMS (1991); Pancer y Nelson (1990) y SSA (2005),

MODELO	CARACTERÍSTICAS
Cowley (1986)	Modelo que incluye estrategias para la intervención en PS (p.ej. campañas, servicios, formación de profesionales, uso de tecnologías, influencia en las políticas públicas y cambios legislativos).
Epp (1986)	Modelo que destaca, como desafíos de la PS, el reducir la inequidad, aumentar y mejorar el

	<p>enfrentamiento e incrementar la prevención. Propone mecanismos como el auto cuidado, la ayuda mutua y los entornos saludables como condiciones que favorecen la salud, e incluye estrategias como lograr la participación, fortalecer los servicios de salud y desarrollar políticas saludables).</p>
Kickbusch (1986)	<p>Modelo que visualiza a la población como experta y actor principal en un trabajo realizado en su contexto cotidiano, no ligado a la enfermedad. El profesional es un facilitador. Menciona cinco áreas temáticas: 1) Acceso a la salud. 2) Desarrollo de entornos favorables. 3) Promoción de conductas positivas. 4) Refuerzo de redes y apoyos sociales. 5) Aumento de conocimientos y difusión de información.</p>
Pancer y Nelson (1990)	<p>Modelo basado en la comunidad considerando sus propias estructuras. Destacan la importancia del entronosocial, el empoderamiento e incluyedirectrices para la movilización comunitaria (participación comunitaria, planificación /investigación /evaluación, evaluación de necesidades y recursos, elaboración de programas globales e integrados, promoción de cambios a largo plazo, modificación de las normas de la comunidad, adquisición de recursos suficientes y colaboración de profesionales).</p>

Gallar (2006)	<p>Modelo que propone cuatro áreas de trabajo: educación para la salud promotoras de conductas saludables, educación para la enfermedad que enfatiza el enfrentamiento y el apoyo psicológico, servicios de salud cuyo trabajo se centra en la prevención /asistencia y entornos saludables que conservan y promueven recursos.</p>
Pender (2009)	<p>Modelo que señala que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Enfatiza el nexo entre características personales, las experiencias y conocimientos previos, así como los aspectos situacionales vinculados con las conductas de salud. Parte de dos sustentos teóricos. 1) Los procesos cognitivos son importantes en el cambio conductual. 2) La conducta es racional, mediante la cual se analizan barreras, beneficios, autoeficacia, afectos e influencias interpersonales y situacionales para establecer la intencionalidad y compromiso con la conducta saludable.</p>
Castillo León (2011)	<p>Modelo que enfatiza el trabajo en doble espiral a nivel micro, meso y macro pasando en ida y vuelta del fortalecimiento individual a la acción comunitaria, la participación social y el desarrollo</p>

	<p>de políticas públicas. Establece la importancia del trabajo intersectorial e interdisciplinario, con una reorientación en la formación de los profesionales. En este trabajo en espiral se incluye la transversalización de la interculturalidad que va desde la conciencia del otro hasta llegar a la convivencia en la diversidad.</p>
(MAEPS-OMS) (1991)	<p>Modelo instrumental para el análisis situacional para de ahí planear e implementar acciones. Propone estrategias como trabajar en políticas públicas, reglamentaciones, reorientación de organizaciones, abogacía, construcción de alianzas, creación de conciencia, capacitación que facilite el cambio, empoderamiento y movilización.</p>
SSA México	<p>Modelo de Servicio de la Promoción de la Salud dirigido principalmente a la población vulnerable. Contiene siete elementos organizados en aspectos sustantivos (manejo de riesgos personales, desarrollo de competencias en salud, participación para la acción comunitaria y entornos saludables) y aspectos transversales (mercadotecnia social, abogacía intra e intersectorial y evidencia para la salud -evaluación). En ambos tipos de aspectos las actividades van de un foco individual a uno poblacional.</p>

Gobierno de Perú	Atención a personas de diferentes edades en contextos familiares y comunitarios. Sus ejes temáticos son salud reproductiva, alimentación, higiene, actividad física, seguridad vial, habilidades para la vida, salud mental, buen trato y cultura de la paz. Se trabaja con base en ejes transversales (equidad y derechos en salud, equidad de género, interculturalidad) y estrategias (abogacía y políticas públicas, comunicación y educación para la salud, participación comunitaria y empoderamiento social e intersectorialidad).
-------------------------	---

Sobre los modelos aquí presentados, Castillo León (2011) menciona que todos ellos consideran “elementos importantes que resultan fundamentales para la implementación de la promoción de la salud” (p.56), destacando que se requiere realizar acciones a muy diversos niveles y con muchos actores distintos” (p.264). Esto es fundamental considerando el carácter más sociológico del concepto de salud actual (Nutbeam, 1986 en Castillo León 2011). Por ello, es importante trabajar con la reorientación de los servicios, pero también en el fortalecimiento de las personas y considerar el nivel socioeconómico, entre otras cosas. Además, debe trabajarse con la salud sentida sin olvidar que la salud está inmersa en un

contexto sociocultural y que la participación activa (no receptiva) de las personas es indispensable pues se debe trabajar con la gente y no sobre ella (Nutbeam, 1986 en Castillo León 2011).

Comentarios finales.

Los fundamentos y el desarrollo histórico de la PS –que podría resultar extensa para ser un campo de acción tan joven– aportan puntos de análisis que permiten identificar áreas de oportunidad o fortalecimientos en términos de la generación de conocimientos, posibilidades de investigación y nuevos ámbitos de aplicación. Consideramos que el desarrollo histórico y los conceptos revisados hasta el momento, facilitan la construcción de un cimiento rico en perspectiva para cualquier profesional, para-profesional o persona interesada en adentrarse a esta perspectiva.

La comprensión y la asimilación cabal de estos elementos es útil en la medida que permite una integración que se traslade a un campo aplicado, independientemente de la disciplina desde la cual se gesten las propuestas pues, si bien la PS se enmarca originalmente dentro de un ámbito de salud, en los siguientes capítulos será útil conocer las ideas concretas de colaboración desde las ciencias sociales en función de los propósitos y el nivel desde el cual se pretende actuar, siguiendo una lógica que va de lo micro (individuo) hasta lo macro (comunidad y acción política).

Todo lo cual permite que muy diversas disciplinas puedan integrarse al trabajo en PS.

Será importante recordar que no existen fórmulas o esquemas preestablecidos ya que, incluso los modelos son únicamente guías o pautas de acción desde las cuales se parte para el desarrollo de actividades; sería contradictorio emplearlas de una manera rígida, ya que la misma promoción propone esquemas flexibles y tiene un carácter dinámico al hacer énfasis en la participación activa de la gente.

Una idea que puede fungir como elemento integrador del capítulo, y que tendría utilidad para los subsecuentes, es que la salud es un medio y no un fin por sí mismo. Es decir, conocer los fundamentos, el desarrollo histórico y los elementos a tener en consideración en la planificación de acciones desde la PS cobra sentido a partir de su aproximación a una perspectiva que permea en las acciones, en vez de concebirlas como meras herramientas técnicas. La salud, lejos de ser un logro, es una forma de estar en relación con el mundo; estar/ser saludable es una vía para la realización de las metas personales y colectivas.

CAPÍTULO 2

FORTALECIMIENTO DE LAS PERSONAS SALUDABLES.

En este capítulo abordamos la promoción de la salud (PS) del individuo bajo la óptica de la capacidad que las personas tenemos para cuidar de nuestra propia salud y de procurar nuestro bienestar integral. Tomamos el principio del holismo, considerando cinco dimensiones que conforman la totalidad del ser humano: la biológica, la psicológica, la espiritual, la social y la ambiental. Así también, el trabajo lo centramos en tres principios emanados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005a, 2009): el autoconocimiento, el empoderamiento y el autocuidado, los cuales se encuentran ligados al locus de control de las personas para promover su salud. Finalmente, el capítulo tiene la intención de enlistar herramientas teórico conceptuales con implicaciones prácticas que ayuden a fortalecer recursos individuales en las personas con el objetivo de cuidar e incrementar su salud.

El individuo saludable.

Un individuo saludable es aquella persona que goza de bienestar integral, es decir, que posee un equilibrio a nivel orgánico,

psíquico, interpersonal y espiritual, y que vive dignamente en los planos económico, social y cultural (Castillo León, 2011). Esta definición quiere decir que en el ideal de la salud integral todas las personas podemos ser capaces de adaptarnos a nuestro medio y funcionar adecuadamente en él (Dubos, 1975 en Labiano, 2009). Lograrlo depende de varios factores, entre ellos Nutbeam (1986 en Castillo León, 2011) enfatiza: 1) tener un funcionamiento orgánico saludable; 2) contar con pensamientos, emociones y conductas adaptativas y positivas respecto a la vida y el medio que nos rodea; 3) ser capaces de establecer relaciones armoniosas con la familia, los pares, compañeros de trabajo y en diferentes contextos de la sociedad en general; 4) poder aprovechar los servicios presentes en el medio enfocados al desarrollo personal; 5) poder vivir en un ambiente saludable, siendo conscientes de la responsabilidad de cuidarlo y protegerlo.

Cuando las personas contamos con todos estos elementos es más fácil que nos sintamos más satisfechos con la vida, nos desenvolvamos mejor en nuestro medio y se incrementen las probabilidades de desear y lograr una superación o autorrealización. Cuando gozamos de una buena salud integral y no solo física, somos capaces de experimentar bienestar. El bienestar está asociado a la calidad de vida, la cual incluye aspectos externos (objetivos) e internos (subjetivos) a la persona.

Dentro de los aspectos externos se encuentran la esperanza de vida, la mortalidad infantil, la nutrición, los servicios de salud, los índices de alfabetización y los servicios educacionales, los índices de ingreso per cápita, e índices de delincuencia, entre otros. Por su parte, los elementos internos consisten en la evaluación personal que cada individuo hace de su propia vida, la satisfacción y el bienestar que manifiesta con respecto a ésta (García- Viniegras, 2005).

En el bienestar, el estado subjetivo de la vida influye también en el estado objetivo, siendo que, si nos sentimos mal, enfermos o infelices –a pesar de no tener una enfermedad definida y diagnosticada– repercutirá en el resto de las dimensiones de nuestra vida (García-Viniegras, 2005). En contraste, desde una perspectiva optimista, podemos aseverar que a pesar de que tengamos una enfermedad o carezcamos de algún bien o servicio en particular, las personas podemos optar por mantener una actitud positiva y un buen enfrentamiento, lo que repercutirá favorablemente en diferentes esferas de nuestra vida.

Otro punto importante es que estar sanos y ser saludables no es algo que solo sea posible en personas sin padecimientos, enfermedades o con buenos niveles objetivos de calidad de vida. La PS enfatiza la importancia de que este campo trabaja con cualquier persona, independientemente del punto de partida (Kickbusch, 1986). Esto es aun estando enfermos, en riesgo o en condiciones

desfavorables, siempre es posible fortalecer las capacidades de las personas, desarrollar su potencial y aprovechar al máximo sus recursos con el fin de lograr el máximo bienestar y calidad de vida posible.

Cuando se habla de salud ¿Cuántas personas deseamos tener una buena salud, bienestar y una buena calidad de vida? Seguramente todos, al igual que estar exentos de padecimientos, gozar de vitalidad. Sin embargo, ¿Cuántas personas sabemos cómo conseguirlo? Muchas veces desconocemos nuestro estado de salud, ignoramos algunas de las variables que influyen en la salud e, incluso no notamos que la salud va más allá de lo físico. Además de que también es común que desconozcamos qué hacer para conseguir una buena calidad de vida.

Otra pregunta de reflexión es ¿Cuántas personas tenemos en cuenta que para lograr una buena calidad de vida depende de lo que nosotros mismos hagamos? Al respecto, la OMS (2005b) considera como estrategia empoderar a las personas y las comunidades, para que colaboren en el cuidado y preservación de su salud, y con ello logren ser autónomas, auto eficaces y posean redes de apoyo que contribuyan a su salud.

Ahora bien, además de desear tener salud, bienestar una buena calidad de vida y encargarnos de conseguirlo, es necesario también preguntarnos ¿A partir de qué momento de la vida necesitamos empezar a cuidar y promover nuestra salud? Ezequiel

Ander-Egg (2010) señala que “prepararse para vivir una vida larga y plena: en cierto modo hay que hacerlo desde siempre...no se puede vivir una juventud desordenada... y pretender vivir muchos años” (pág. 40).

Entonces, para gozar de salud es importante comenzar desde la infancia con los cuidados holísticos y con las condiciones de salud más adecuadas posibles, conservando los hábitos sanos durante la juventud, la adultez y en la tercera edad; la cual es la última etapa de la vida y a la que cada vez más personas tenemos la posibilidad de llegar.

Principios promotores de un individuo saludable.

Independientemente del punto de partida, los individuos saludables son aquellos que aplican los principios de la salud en su vida; algunos ejemplos de éstos son: el autoconocimiento, el autocuidado y el empoderamiento. En la medida que cada uno de nosotros cuidemos de nosotros mismos, de nuestra salud y atendamos nuestras enfermedades, ganaremos terreno en el ámbito del bienestar personal, social y en nuestra calidad de vida.

El autoconocimiento, como principio en la PS es muy importante, dado que las personas necesitamos conocernos de manera holística para ser los primeros promotores de nuestro desarrollo saludable. Este principio consiste en la introspección y

conocimiento de nuestro Yo (el uno mismo), sus manifestaciones, necesidades y habilidades (Guevara, Zambrano de Guerrero y Evies, 2011). Incluye un juicio valorativo que hacemos de nosotros mismos; compuesto de las cualidades que poseemos o creemos poseer (Garro, 2008 en Guevara y cols., 2011).

El autoconocimiento, según Ferro (1996 en Martínez Cano, 2004), está compuesto por cinco fases de actividad cognitiva: la auto-atención, autopercepción, memoria autobiográfica, auto concepto y autodeterminación. Además de que en este proceso cognitivo también están presentes la auto-observación y autorregulación. Por lo que auto conocerse desde la perspectiva de la salud, implica conocer cómo están nuestro cuerpo y mente, monitorear sus estatus, vigilarlos, saber reconocer los malestares internos, llevar un recuento de nuestra salud a lo largo de nuestra vida, incluir el componente estado de salud en nuestro autoconcepto y autodefinición, así como poseer la libertad y criterio para determinarla.

Quien se conoce bien, y se aprecia se sentirá más motivado a autocuidarse. El autocuidado, como principio de la PS, se refiere a aquellas conductas realizadas para regular los factores que influyen en nuestro desarrollo o en nuestro entorno (Orem, 1991 en Navarro Peña y Castro Salas, 2010).

Existen dos tipos de autocuidado; el primero es el universal, y en él se encuentran la conservación del aire, el agua, la

eliminación, la actividad-descanso, la soledad-interacción social y prevención de riesgos. El segundo tipo es el de desarrollo, que incluye los requisitos de promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar sus efectos, desde la niñez y continuando por la adolescencia, adulterz y vejez (Orem, 1991 en Navarro Peña y Castro Salas, 2010).

Colimon Cahil (1975 en Tobón Correa, 2003) menciona algunos principios del autocuidado. En primer término, debe ser un proceso voluntario de la persona para consigo misma. En segundo lugar, implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana. Además, debe apoyarse en sistemas formales como los servicios de salud e informales como las redes de apoyo social. Finalmente, un carácter social, en términos de que supone un cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que se transmite y da lugar a interrelaciones

Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollamos con la certeza de que mejoraremos nuestro nivel de salud.

Para lograr el autocuidado es necesario empoderarnos, por lo que este es un principio más en la PS. Desde el año de 1987 la OMS consideró el beneficio de “capacitar (empoderar) a la

población para incrementar el control de la salud" (Fiorentino, 2009). En materia de PS, el empoderamiento consiste en la capacidad y la oportunidad de trabajar por la solución de nuestros problemas y las condiciones que afectan negativamente nuestra vida diaria, en donde ganemos un mayor control sobre las decisiones y acciones que influyen tanto de manera positiva como negativa en nuestra salud (Espinosa de Restrepo, 2001).

A pesar de que el empoderamiento es un proceso colectivo para lograr que los gobiernos y las fuerzas sociales asuman la responsabilidad de proveer los servicios y condiciones adecuados para que la gente cuide de sí misma y procure su desarrollo y seguridad, en este capítulo la visión del empoderamiento supone también que es un proceso individual con una fuerte carga psicológica. Es decir, tiene la intención de asumir una posición personal, tengamos la disposición y las actitudes necesarias para que utilicemos nuestros propios recursos y los demás que tengamos a nuestro alrededor para el cuidado de nuestra salud integral. El empoderamiento, desde la perspectiva psicológica, consiste en el sentimiento de control que percibimos de ser capaces de poder cuidar nuestra salud; esto tener una capacidad reflexiva, autónoma-participativa y solidaria en los procesos de la promoción y cuidado de la salud.

Cuando nos empoderamos adoptamos actitudes como la prudencia, la independencia y la confianza en nosotros mismos;

adquirimos la capacidad de comportarnos de una manera positiva, de influir en nuestro medio y de actuar de acuerdo a principios de justicia y de equilibrio (Resende Carvalho, 2008). El empoderamiento también favorece que nos movilicemos a gestionar y exigir al sistema político los recursos y servicios necesarios para el cuidado de nuestra salud y enfermedades.

Dimensiones que conforman la salud del individuo.

A continuación, describimos cómo fomentar la salud considerando un trabajo integral en las cinco distintas dimensiones que nos conforman como seres humanos, relacionándolas también con los tres principios de la PS ya mencionados.

Dimensión biológica: el cuerpo saludable.

Con respecto al plano físico, es bien sabido que la salud la incrementamos al tener conductas saludables, tales como higiene, alimentación sana, actividad física o ejercicio diario, dormir en lo posible ocho horas al día; así como evitar hábitos perjudiciales, como tabaquismo, alcoholismo, automedicación, consumo de sustancias ilegales y sedentarismo; por mencionar algunos (Shephard, 1997 en Ortiz y Ortiz, 2007). De tal manera que las personas nos auto-cuidamos y ocupamos de fortalecer nuestro cuerpo y evitamos prácticas que lo deterioren ya que, si anhelamos

una buena calidad de vida, necesitamos cuidarlo como nuestro máximo tesoro. Si queremos estar saludables, es importante saber administrar nuestro alimentos y actividad física, incluso nuestras horas de sueño, comida, trabajo, escuela y ocio para optimizar y aprovechar al máximo nuestro día y poder cubrir nuestras obligaciones, pendientes y tener tiempo para el esparcimiento y descanso.

Más específicamente, dentro del autocuidado se encuentra la higiene personal, la cual es el conjunto de prácticas y comportamientos que se realizan todos los días y se repiten constantemente, dirigidos a mantener las condiciones de limpieza y aseo que favorecen nuestra salud. La higiene se logra por medio de buenos hábitos y éstos están influidos por las creencias culturales, costumbres y prácticas habituales heredadas de nuestra familia y de la comunidad (Leddy y Pepper, 1992 en Vega Angarita y González Escobar, 2007).

Entre los factores que influyen en nuestro autocuidado están la edad y el estado de desarrollo, el género las características de nuestro sistema familiar, la educación formal, la orientación sociocultural, la disponibilidad de recursos, los patrones de vida y el estado de salud en general (Gallegos y Bañuelos, 2001, en Vega Angarita y González Escobar, 2007).

De igual forma, es importante considerar una alimentación que contribuya a la salud y nos aleje de los padecimientos

relacionados con el sistema digestivo y otros órganos relacionados. Otro factor importante a considerar en nuestra alimentación es la limpieza de los alimentos para prevenir infecciones y parásitos. Una dieta saludable, según la Norma Oficial Mexicana (SSA, 2006) debe ser:

- Completa (alimentos de todos los grupos alimenticios).
- Equilibrada (proporciones adecuadas de cada grupo).
- Inocua (su calidad y consumo habitual no representa riesgos a nuestra salud).
- Suficiente (cubre las necesidades de todos los nutrientes).
- Variada (considera una amplia variedad de platillos).
- Adecuada (de acuerdo a nuestros requerimientos calóricos y nutricionales, gustos, cultura y economía).

Estas seis características dan como resultado “el plato del buen comer”, el cual es una propuesta gráfica de un platillo saludable elaborado por la Norma Oficial Mexicana (SSA, 2006) en donde se indican las porciones adecuadas para cada grupo alimenticio. Este material es de fácil acceso tanto en las unidades de salud de los gobiernos estatales y municipales como en Internet.

Por otro lado, realizar actividad física o ejercicio tiene un impacto positivo y beneficioso para nuestra salud. Mientras que la actividad física, según Jacoby y cols. (2003 en Cordero Duarte,

Rosales Obando, Soto Fonseca y Revuelta Sánchez, 2013) es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos en donde tenemos un gasto de energía, el ejercicio es definido como toda aquella variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física. Siendo que la actividad física incluye ejercicio, también incluye nuestras actividades diarias que involucran el movimiento del cuerpo: jugar, recrearnos, trabajar, incluso las formas en las que nos transportamos activamente y las tareas domésticas.

Nuestro cuerpo es una máquina biológica perfecta que, como cualquier otro sistema, necesita que le demos mantenimiento para un funcionamiento adecuado, lo que seguramente nos dará resultados positivos a nivel físico, funcional e incluso impactará en nuestro estado emocional y en nuestra autoestima, además de garantizarnos llegar en mejores condiciones de salud a la tercera edad cuando adoptamos hábitos saludables.

No hay que olvidar que la realización del ejercicio y las actividades físicas deben ser adecuadas, inofensivas e incluyentes; debe tomar en cuenta las características de salud de cada quien, sus enfermedades y su condición física, de modo que al final, se logre la inclusión de todas las personas a partir de sus posibilidades.

Además de los beneficios a nivel personal de la actividad física y el ejercicio, también se obtienen ganancias fuera de

nosotros a nivel poblacional, multisectorial, multidisciplinar y cultural (2011 en Cordero Duarte y cols., 2013). Esto es, el ejercicio también disminuye el gasto público y favorece un ahorro económico al reducir el número de tratamientos por enfermedad. Impulsa además la productividad laboral al disminuir los accidentes laborales por fatiga, estrés y desconcentración, entre otros (Banco Mundial, 2013a). El Ministerio de Salud de Costa Rica (2011 en Cordero Duarte y cols., 2013) también considera que favorece la paz social al proporcionar un mejor manejo de las emociones, favorecer la interacción social y sanas convivencias; disminuye el estrés, las adicciones y la violencia, al tiempo que incrementa la voluntad, la disciplina y la superación, lo mismo que la cooperación y la sociabilidad.

La actividad física de una sociedad también promueve el desarrollo de transportes alternativos; obliga a una planificación urbana saludable, crea una conciencia de consumo sostenible con el ambiente, tanto en productos, como recursos y crea una empatía y conductas proactivas por la naturaleza (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011 en Cordero Duarte y cols., 2013). Otros beneficios de la actividad física son la disminución de enfermedades no transmisibles (ENT) crónico degenerativas, las cuales son enfermedades adquiridas en gran medida a consecuencia de malos hábitos (p.ej. el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, una dieta no saludable, la inactividad física, el sobrepeso y la obesidad) (OMS 2013).

Además de alejarnos de los malos hábitos, la actividad física y el ejercicio posibilitan canalizar de manera positiva la energía y la recreación de los niños, niñas, los jóvenes, y cualquier persona en general, reduciendo las conductas de riesgo (p.ej. adicciones, dietas nocivas para la salud, actividad sexual sin protección, entre otras), las cuales deterioran la salud, calidad y expectativa de vida.

El cuidado de nuestra vida y salud requiere que desarrollemos habilidades personales y adoptemos “estilos de vida saludables” para lograr estar más felices y satisfechos con la vida. Los estilos de vida saludables incluyen pautas personales de conducta, actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que influyen de manera positiva en la salud (Tobón Correa, 2003). Esto es, involucra procesos psicológicos tanto de carácter cognitivo como afectivo. De ahí la expresión cuerpo sano en mente sana. Es por ello que a continuación, presentamos algunas características psicológicas que promueven un bienestar psicológico y con ello favorecen una salud mental, es decir, la satisfacción con nosotros mismos y con todo lo que nos rodea.

Dimensión psicológica: mente saludable.

La salud mental es posible, y se consigue con pensamientos, sentimientos y conductas positivas. La salud mental, según la OMS (2007) no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino

que incluye una faceta positiva en la cual las personas somos conscientes de nuestras propias capacidades (autoconocimiento), tenemos la habilidad de afrontar las tensiones y exigencias de la vida, podemos trabajar de forma productiva y fructífera y, además, ser capaces de mirar por otros para hacer una contribución a la comunidad. Así, cuando hablamos de salud mental incluimos la prevención de trastornos mentales, su tratamiento y rehabilitación; pero, sobre todo, el desarrollo de la capacidad de disfrutar la vida y ser felices incluso en situaciones adversas.

Aportación de la Psicología Positiva a la PS.

Desde la corriente de la Psicología Positiva, la psicología se ha dado a la tarea de investigar y promocionar el equilibrio mental y la felicidad, lo cual brinda una perspectiva con mayores oportunidades que el paradigma médico tradicional, basado en la dicotomía salud-enfermedad. Este campo de la psicología trabaja con estándares científicos y esquemas de prevención válidos y eficaces, y se ocupa de los aspectos más positivos y amables de la personalidad. Se aparta de las patologías, trastornos y carencias, para estudiar e intervenir en la salud, el bienestar, e incluso abordar los padecimientos utilizando las fortalezas y emociones positivas de las personas. Todo ello con el fin de potencializarlas y promover una autorrealización (Vera Poseck, 2006).

Dentro del campo de la psicología existe el concepto de Bienestar Psicológico (BP). Castillo Ayuso, Gutiérrez Pacheco y Godoy Cervera (2010) lo definen como un estado dinámico y flexible de bienestar y satisfacción, que se logra al conjuntarse de manera armónica tanto factores objetivos como subjetivos facilitadores de la salud. Los factores objetivos son todas aquellas características sociodemográficas como: la edad, el género y el estado civil (condiciones de vida). Con respecto a los factores subjetivos se pueden considerar la valoración que hacemos de nuestra vida, nuestras aspiraciones, metas y logros. Además, es importante tener en cuenta el contexto en el que vivimos, pues juega un papel importante en el BP (García-Viniegras, 2005).

La satisfacción experimentada a través del BP está influida por el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja (García-Viniegras, 2005). Una ventaja es que este estado de equilibrio emocional podemos alcanzarlo a pesar de tener algún malestar o imperfección, situaciones de las que no podemos estar exentos (Lluch, 1999 y Jahoda, 1958 en Castillo Ayuso y cols., 2010).

El BP está integrado por seis criterios generales: las actitudes positivas hacia uno mismo, el crecimiento personal, la autoactualización, la integración, la autonomía y la percepción objetiva de la realidad (Lluch, 2002 en Álvarez, Méndez y Sosa,

2009), y está compuesto, según Ryff y Singer (2008 en Vivaldi y Barra, 2012), por seis dimensiones: 1) autoaceptación, la cual consiste en la evaluación positiva de nosotros mismos y nuestra vida pasada; 2) crecimiento personal, que constan de un sentido de crecimiento continuo y desarrollo como persona; 3) propósito de vida consistente en la creencia de que nuestra vida tiene un propósito y un significado; 4) desarrollo y mantenimiento de relaciones de calidad y sentir confianza con los demás; 5) dominio ambiental, consistente en la capacidad de dirigir efectivamente nuestra vida y el ambiente para satisfacer necesidades y deseos y 6) autonomía, que es el sentido de autodeterminación personal.

Para favorecer un bienestar en el plano psicológico es necesario adoptar una postura y actitud positiva y optimista ante la vida y ante las adversidades. En este sentido, Castillo Ayuso, Escoffié Aguilar y Sosa Correa (2009) promueven una serie de actitudes que lo facilitan:

- Filosofía preferencial: tener ante la vida una postura de “preferencias” en vez de “exigencias” Es recomendable pensar en términos de Me gustaría/desaría que... en vez de pensar con base a exigencias como tengo/debo que.... La filosofía preferencial acrecienta la tolerancia ante las frustraciones, reduce la ira, ansiedad y depresión y favorece el optimismo.
- Espiritualidad: creer en algo o alguien superior que rige el mundo; incluye la fe y la esperanza. Cuando la espiritualidad se permea

en las distintas áreas de nuestra vida, hacemos y sentimos las cosas de una manera más armoniosa; encontramos fortaleza y sentido ante las situaciones que vivimos, reduciendo nuestro egocentrismo. Esta actitud la veremos con más detalle en un apartado posterior de este capítulo.

- Aceptación del mundo: aceptar total e incondicionalmente los acontecimientos de la vida, al igual que la posibilidad de que se salgan de nuestro control, cuando reconocemos nuestros límites y capacidades ante las cosas que no podemos cambiar, encontramos aceptación, consuelo, evitando corajes y frustraciones.
- Aceptación del otro: aceptar total e incondicionalmente a la pareja, familia, amigos, vecinos, demás conocidos y gente extraña. Considerarlas valiosas y respetables, a pesar de las diferencias o similitudes o lo difícil que pueda ser convivir con ellos.
- Hedonismo moderado con autocontrol: ser capaces de posponer un placer inmediato para poder alcanzar un placer mayor o mejor a largo plazo. El autocontrol nos da mayor tolerancia, madurez y éxito en la toma de decisiones.
- Conductas exploratorias: ser capaces de adquirir gustos nuevos y tolerar lo extraño, ser flexible y aventurarnos a salir de la zona de confort, dándonos la oportunidad de experimentar nuevas satisfacciones y posibilidades.

- Autoaceptación: significa quererse, aceptarse y amarse, considerando tanto nuestras virtudes, defectos, capacidades y limitaciones, recordando que nadie es autosuficiente y que necesitamos de los demás para cubrir algunas necesidades.
- Agradecimiento: aceptar y reconocer que alguna persona ha hecho algo benéfico por nosotros.
- Perdón: capacidad de retirar el resentimiento de uno mismo que se genera cuando alguien nos ha lastimado. El perdón nos libera de los resentimientos que desgastan y carcomen el alma.
- Lealtad: Tener un compromiso y reciprocidad con las personas que nos han ayudado en alguna necesidad. La lealtad genera un sentimiento de orgullo, satisfacción y paz, además de reforzar nuestras relaciones].
- Intimidad comprometida: capacidad de confiar y compartir a otras personas situaciones íntimas, recibiendo apoyo, compañía, atención, escucha y posiblemente consejos y ayuda.
- Relaciones sociales positivas: ser capaces de establecer vínculos afectivos y redes de apoyo con otras personas.
- Buenos hábitos: todo lo que realizamos de manera cotidiana y que favorece la salud y el bienestar.
- Perseverancia: ser capaces de no darnos por vencidos fácilmente ante las dificultades encontradas en las tareas o metas, significa esforzarnos con una actitud positiva.

Las habilidades para la vida, una estrategia para promover la salud.

Además de las actitudes que favorecen un BP existen diversas habilidades, más concretas que también nos pueden ayudar a tener el control sobre nuestra salud, saber cuidarla y promoverla. En este capítulo proponemos trabajar con las Habilidades para la Vida (HpV) como estrategia para la PS. Éstas se originaron dentro de una iniciativa mundial para la educación, por parte de la OMS, en el año 1993 y han sido implementadas como estrategia educativa desde entonces para promover el desarrollo humano (Mantilla Castellanos, 2003).

Las HpV son destrezas psicosociales que nos hacen competentes y habilidosos; proporcionan directrices de qué hacer y cómo enfrentar eficazmente los retos y exigencias de nuestra vida (Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, 2009, en Morales, Benítez y Agustín, 2013). De este modo, son susceptibles de ser utilizadas como un recurso para fomentar el cuidado de la salud y adoptar estilos de vida saludables (Mantilla Castellanos, 2003).

A pesar de que las HpV han sido promovidas en niños, niñas y adolescentes para favorecer una madurez y una adultez exitosa, también pueden enseñarse a los adultos de cualquier edad para favorecer su bienestar integral y potencializar sus recursos personales. A todos nos sienta bien adquirirlas y aprovecharlas.

Mangrulkar, Whitman y Posner (2001) agrupan a las HpV en tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen

entre sí: a) habilidades cognitivas, b) habilidades para el control de las emociones y c) habilidades sociales. Sin embargo, Melero (2013) señala que dicha clasificación se trata simplemente de una categorización formal ya que, en la vida real, las personas son un universo cognitivo-emocional-social holístico, resultante de la combinación singular de estas tres familias de habilidades. A continuación, presentamos una breve descripción de cada una de ellas a partir de la propuesta de Montoya y Muñoz (2009, pp. 2 y 3):

Habilidades cognitivas.

- Toma de decisiones: habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y analizando cuidadosamente las posibles consecuencias de cada alternativa, tanto para nosotros como para terceras personas.
- Solución de problemas y conflictos: habilidad para encontrar la solución más adecuada a un problema o conflicto, identificando las oportunidades de cambio y crecimiento personal y social que ofrecen las dificultades y diferentes tipos de situaciones.
- Autoconocimiento: habilidad de conocer los propios pensamientos, reacciones y sentimientos. Lo que nos gusta o disgusta, nuestros límites, puntos fuertes y débiles. Además de ser un principio de la PS es una habilidad por sí misma.

- Pensamiento creativo: habilidad que permite encontrar alternativas diferentes de manera original que contribuyan a la toma de decisiones adecuada.
- Pensamiento crítico: habilidad que nos permite preguntarnos, replantearnos y analizar objetivamente una situación existente para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.

Habilidades de control de emociones.

- Manejo de emociones y sentimientos: habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en nuestro comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles, como la ira y la agresividad.
- Manejo de tensiones y estrés: habilidad de conocer qué nos provoca tensión y estrés y encontrar formas de canalizarlo para que no interfieran en nuestra salud.

Habilidades sociales.

En cuanto a las habilidades sociales:

- Empatía: habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación. Es una habilidad que nos ayuda a comprender mejor al otro y, por tanto, responder de forma consecuente con

las necesidades y circunstancias ajenas a nosotros. Además, favorece el apoyo social.

- Comunicación asertiva: habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada nuestros sentimientos, pensamientos o necesidades. Esta habilidad facilita expresar a los demás nuestros pensamientos, sentimientos o necesidades, así como también puede servir para confirmar si hemos sido buenos receptores del mensaje que la gente nos da.
- Relaciones interpersonales: habilidad de establecer, conservar y desarrollar relaciones con otras personas, interactuando de forma positiva y dejando de lado aquellas relaciones que impiden nuestro desarrollo personal. Particularmente esta habilidad será tratada con mucho más detalle en el siguiente capítulo.

En el desarrollo de las HpV es necesario que las personas se crean y sientan auto eficaces y con el control sobre sus propias decisiones y acciones en favor de su salud. La autoeficacia se define como la creencia que las personas tienen sobre poder alcanzar exitosamente una conducta deseada (Bandura 1982 en Ortiz y Ortiz, 2007). Dichas creencias o juicios sobre las capacidades organizan la ejecución de nuestras acciones encaminadas a alcanzar el rendimiento deseado. Una persona que se percibe como eficaz será capaz de conseguir resultados positivos de sus acciones y podrá alcanzar sus metas (Morales y cols., 2013).

Además de los beneficios a nivel personal, la autoeficacia también favorece el logro de las metas de nuestro trabajo, académico o laboral, lo que sin duda favorecerá un buen trabajo en equipo si éste se hace de manera colaborativa, y finalmente repercutirá de manera positiva en las organizaciones. Esta aseveración será abordada de manera más profunda en el capítulo “Promoción de organizaciones saludables”.

Otros aspectos psicológicos importantes.

Arancibia y Péres (2007, en Morales y cols., 2013) señalan que la autoeficacia es un mediador entre la motivación y la conducta que actúa como un filtro entre los logros anteriores y la conducta posterior. Es decir, que, cuando las personas revisamos en la memoria nuestros éxitos y las ocasiones en las que hemos realizado con eficacia una conducta, experimentamos más ánimo y confianza para emitirla nuevamente. Lo mismo pasa cuando sentimos confianza y deseo de realizar alguna conducta basados en experiencias similares.

Otro elemento que también promueve la salud en las personas es la autonomía, pues brinda la capacidad de autogestionar las condiciones ideales para nuestra salud, ya sea en el plano individual, como también dentro del medio en el que vivimos. La autonomía nos da la capacidad de tomar nuestras propias decisiones sobre

nuestro cuerpo y elegir las conductas y hábitos que promuevan la salud (Minkler, 1989 en Resende Carvalho, 2008). También puede ayudar evitar que dependamos de tratamientos correctivos, pues primeramente evitaríamos contraer alguna enfermedad. Es una habilidad que antecede al empoderamiento, porque una vez que seamos capaces de emitir un juicio y una decisión en favor de nuestra salud, tendremos mayor posibilidad de ser los primeros responsables de autocuidarnos y tomar el control de nuestra salud, así como solicitar e incluso exigir mejores servicios en este campo.

Para que podamos lograr que el autoconocimiento, autocuidado y empoderamiento estén presentes en nuestras acciones en favor de la salud, es necesario que tengamos una perspectiva positiva de la salud y de la vida: que nos respetemos a nosotros mismos y aspiremos a un bienestar integral. Para que esto sea más fácil, podemos apoyarnos de una filosofía de vida que involucre conductas, pensamientos y sentimientos en favor de la salud y la calidad de vida.

La filosofía de vida consiste en la forma en que las personas nos desenvolvemos en el mundo, incluye la forma de pensar, sentir y hacer con respecto a uno mismo, los demás y los acontecimientos de la vida. Contar con una filosofía de vida positiva nos dota de entusiasmo ante la vida y las dificultades. Kleinke (2002) menciona que ser positivo nos lleva a ser proactivos, autoeficaces, flexibles y a adaptarnos a las situaciones. Ayuda a darle un sentido amable a los

acontecimientos de la vida y facilita que extraigamos aprendizajes aún de las adversidades; nos hace sentir hábiles para muchas cosas y reconocer que también tenemos limitaciones. Tener una filosofía de vida nos mantiene en un autoconocimiento constante y una actitud positiva.

Dimensión espiritual: espíritu saludable.

Ander-Egg (2010) explica que la espiritualidad hace referencia a la conexión de la mente con el cuerpo, es una tercera identidad distinta a lo biológico y lo psicológico que le proporciona a nuestro vivir una direccionalidad, respondiendo al para qué vivimos, dándole un sentido a la vida, una razón, un significado. La espiritualidad forma parte de la composición del ser humano; sin embargo, es algo invisible (Gómez Prieto, 2002).

Para que la salud pueda ser óptima, es importante considerar la salud del alma a través de la espiritualidad. El sentido de la vida para Víktor Frankl es tener una intencionalidad, una misión en la vida (Frankl, 2000 en Fizzoti, 2010), que debe disfrutarse y no experimentarse como mandato u obligación.

Encontrar el para qué vivir puede ser respondido por el propio individuo que se lo cuestione obteniendo la respuesta desde su interior, o también puede encontrar la directriz en su ideología, profesión, oficio, familia, sociedad, religiosidad, o en algún otro

precepto que siga. Es tener un sentido de vida que se obtiene con la autotrascendencia, la cual es la capacidad del hombre de trascenderse (superarse) a sí mismo, extenderse fuera de sí, dirigiéndose hacia algo que no es él y que desea cumplir; un ejemplo puede ser la orientación hacia otro ser humano a cuyo encuentro vamos con amor (Gómez Prieto, 2002). Otros ejemplos de sentido de vida son actuar ya sea en favor de uno mismo y/o de otros, actuar por algún interés personal, por disfrutar de la belleza de la vida, de la naturaleza, de hacer el bien y ser útil, de alcanzar éxitos y momentos felices, entre otros.

Las personas tenemos la libertad de escoger nuestro sentido de vida, pero también implica la responsabilidad de hacerlo concienzudamente. Es indispensable escoger una identidad y una motivación para actuar. Es sí en el desarrollo de nuestra espiritualidad podemos elegir cualquier acción que vaya en favor del desarrollo y la vida, pues es importante siempre estar dirigido hacia éstos, ya sea en beneficio propio, de nuestros semejantes, de nuestros seres queridos, y verlo como parte de los valores y la misión en nuestro trabajo o por nuestra comunidad.

Fizzoti (2010) señala que para el cuidado personal y social se requiere de una identificación y aclaración de motivaciones existenciales, tanto psicofísicas-orgánicas como espirituales-personales, respaldadas en una visión y misión de vida, ya que existe el riesgo de caer en un vacío interior y en una desconfianza

en sí mismo, una ausencia de valores y de espiritualidad. Si deseamos combinar la espiritualidad con las relaciones con nuestros semejantes y la sociedad podemos ir formándonos una idea de cómo hacerlo en los siguientes capítulos de este libro, según el nivel en el que deseemos enfocar nuestras energías y motivaciones.

Para tener éxito en el cuidado de nuestra salud adoptando una postura filosófica, Fizzoti (2010) aconseja la necesidad de siempre actualizar los cuidados para que ésta acción tenga sentido, no caiga en la rutina –y por qué no, procurar siempre estar a la vanguardia, según los avances de la ciencia y el conocimiento. En el área de la salud, la espiritualidad ha sido estudiada de forma más profusa por la enfermería (Thoresen y Hoffman Goldberg, 1998 en Guirao Goris 2013), a diferencia de la medicina, la cual está más concentrada en el paradigma biologista, en el padecimiento orgánico y en erradicarlo con un tratamiento.

Desde el campo de trabajo de la enfermería, la espiritualidad resulta una variable muy importante, puesto que proporciona soporte y cuidado a los enfermeros para sobrellevar el proceso de la enfermedad y la recuperación de los pacientes (Winterkorn Dezoril y Oliveira Crossetti, 2008). La espiritualidad, desde la perspectiva de los cuidadores, favorece que las enfermeras tengan un cuidado holístico de sus pacientes, respetando las creencias de éstos (Chung, Wong & Chan 2007).

La espiritualidad puede ser vivida y desarrollada de distintas maneras, según la ideología y preferencias de cada quién. A continuación, presentamos cuatro propuestas elaboradas por (Delgado, 2005; Sessana, Finnell y Jezewski, 2007 en Guirao Goris, 2013):

- 1) La espiritualidad como sistema religioso de creencias y valores en el que se pertenece a una religión o agrupación con determinados rituales y se cree en un ser o poder superior.
- 2) La espiritualidad en el sentido de la vida, propósito de vida y conexión con uno mismo y con los demás (empatía y relaciones interpersonales significativas), con la naturaleza, con Dios. Se busca un significado a la enfermedad, a la muerte.
- 3) La espiritualidad como sistema de valores y creencias no religiosas, en donde las creencias, historias y prácticas proporcionan sentido y significado a la vida y pueden estar ligadas o no a credos, prácticas o comunidades religiosas. Puede estar presente o no la creencia de un dios creador. Este es el ejemplo de la espiritualidad vivida por personas anti religiosas o religiosas pero que no tienen una postura explícitamente ligada a una tradición religiosa específica.
- 4) La espiritualidad como un fenómeno metafísico o trascendente. Se relaciona con las creencias de la trascendencia, la experiencia incorpórea e inmaterial, la conexión existencial, transpersonal,

sobrenatural o de dimensiones no materiales, todo lo relacionado con el más allá de la realidad, y el ser multidimensional.

Como podemos ver en las propuestas anteriores, la espiritualidad puede ser algo más amplio que la religión; aunque no la excluye (Pesut, 2002 en Winterkorn Dezorcil y Oliveira Crossetti, 2008). Vivirla trae grandes beneficios a cualquier persona, trátese de un profesional de la salud un paciente o cualquier otro individuo, ya que es el auto conocimiento y el sistema de valores y creencias personales que rigen la vida (Laukhof & Werner, 1998 en Guirao Goris 2013). Es la esencia del ser, del sí mismo que unifica en un todo a la persona (McSherry y Cash, 2003 en Winterkorn Dezorcil y Oliveira Crossetti, 2008), fortalece al yo interior y protege en situaciones adversas y estresantes. Guirao Goris (2013) menciona que proporciona esperanza, alivio y paz interior en la vida.

La espiritualidad incluye la búsqueda personal de significado y propósito de la vida, involucra la conexión y relación con los demás, y lleva a la trascendencia (Delgado 2005 en Guirao Goris, 2013). Para gozar de una salud a nivel espiritual, es necesario construir un sentido de vida, pues éste permite que nos sintamos más satisfechos con nosotros mismos en todas las actividades que realizamos. El sentido de vida proporciona una motivación existencial; la falta de sentido de vida puede provocarnos desesperanza y ansiedad, llevándonos a buscar alternativas que resultan perjudiciales para

la vida y salud (Gómez del Campo del Paso, Medina Pacheco, y Aguilar Pizano, 2011), por ejemplo, caer en conductas de riesgo, depresión, ansiedad, adicciones, delincuencia, violencia e incluso el suicidio.

Así, la espiritualidad podemos encontrarla a través de diferentes medios, ya sea en la religión, la música, el arte o la conexión con la naturaleza, guiada siempre por valores y principios (Guirao Goris 2013) o por acciones, tales como la meditación o la relajación (Winterkorn Dezoril y Oliveira Crossetti, 2008). Entre los beneficios que trae la espiritualidad se encuentra una transformación y cambio interior que desencadena una red de transformaciones fuera de nosotros, beneficiando a las personas más próximas, a nuestra comunidad e incluso puede tener un impacto mayor cuando este estilo de vida se multiplica y es adoptado por una sociedad, logrando beneficios en ésta, en la naturaleza y el universo (Boff, 2001 en Winterkorn Dezoril y Oliveira Crossetti, 2008).

La espiritualidad desarrolla la conciencia de nuestra existencia y de la relación con todo lo que nos rodea. Favorece una actitud positiva ante la vida y un sentimiento de plenitud. En la vida podemos atravesar por crisis existenciales en donde no encontramos un sentido a la vida. Desde esta área de la psicología se puede trabajar en resolver esto y otras dificultades por medio de la logoterapia, para adoptar una filosofía optimista ante las adversidades, enfermedades y otras disfunciones que afecten al

cuerpo y la salud; cambiando las actitudes pesimistas, exigentes, por unas más optimistas y flexibles.

Todos tenemos el derecho de experimentar un bienestar íntegro, puesto que se trata de un derecho humano universal, pero para que esto pueda suceder, necesitamos estar emocional y espiritualmente bien, sentirnos satisfechos y en equilibrio. Es importante tener la conciencia de amarnos, respetarnos y cuidarnos para poder sentir el mismo respeto y amor por nuestro cuerpo, los seres queridos, la sociedad y por el medio ambiente y la naturaleza.

Hasta ahora en este capítulo hemos revisado tres dimensiones que componen a la persona como individuo. Pero también es importante el trabajo con las personas, pero en cuanto a la relación que ésta sostiene con la gente con quien interactúa y coexiste, ya sea su familia, amigos, compañeros, vecinos, y demás gente que le rodea, así como con su comunidad y sociedad. Por tanto, en las siguientes líneas hablaremos sobre la dimensión social del individuo desde la perspectiva del apoyo social percibido y concluiremos con un apartado sobre su relación con el medio ambiente y cómo todas estas dimensiones vistas de modo integral tienen un impacto que producen en su salud. En capítulos posteriores profundizaremos las relaciones y el desenvolvimiento de las personas dentro de los niveles meso y macro del contexto que le rodea.

Dimensión social: el individuo y sus relaciones sociales.

El bienestar y la salud del individuo incluyen contar con relaciones interpersonales positivas. Estas deben ser una fuente de amor, apoyo, soporte y cuidados. Por ello el trabajo en PS procura que las personas contemos con apoyo social conformado por la cantidad y calidad de los vínculos o relaciones interpersonales que tenemos (Vivaldi y Barra, 2012), y que puede lograrse mediante diversos mecanismos como la ayuda mutua. Esto es, que entre las personas que nos rodean podamos realizar acciones para ayudarnos unos a otros de acuerdo a la situación que estemos viviendo (OPS, 1996 en Giraldo Osorio, Toro Rosero, Macías Ladino, Valencia Garcés y Palacio Rodríguez, 2010).

Es importante destacar que existen dos formas de relaciones interpersonales. La primera de ellas, tema del presente capítulo son las relaciones interpersonales positivas, trabajadas desde un enfoque de la Psicología Positiva, que focaliza que la relación interpersonal genera un estado emocional positivo en las personas, impactando directamente en el bienestar personal. Las segundas, llamadas relaciones interpersonales saludables, tienen un alcance más social, generan sentido de pertenencia y crecimiento personal a partir del aprendizaje de los unos con los otros. Este segundo tipo de relaciones interpersonales será tema del siguiente capítulo.

Por lo pronto, nos centraremos en las relaciones interpersonales positivas, siendo importante señalar que cuando

las personas tenemos relaciones interpersonales de calidad y confianza con otros, logramos sentimos más contentos y también más saludables objetiva y subjetivamente. Para establecer relaciones interpersonales exitosas necesitamos aceptar y respetar a las personas que nos rodean, con sus virtudes y defectos. Esto es, debemos trabajar en relacionarnos armoniosamente con ellos por más complejo que pueda resultar.

Al reflexionar sobre nuestras relaciones interpersonales positivas es importante reconocer y aceptar que seguramente hemos recibido de alguna (s) persona (s) algún beneficio o apoyo. Si somos agradecidos con estas acciones, entonces nuestros vínculos se fortalecerán, además de que el amor y la alegría florecerán al expresar nuestra gratitud, logrando con ello una mayor calidad en nuestras relaciones. Perdonar y desprendernos de rencores y tener un compromiso y reciprocidad con quienes nos han ayudado también favorece nuestra satisfacción y nuestros vínculos interpersonales. Todo esto, recordemos, forma parte de las actitudes ya descritas que nos llevan al bienestar psicológico y que fueron citadas por Castillo Ayuso y cols. (2009).

En nuestra tarea de generar redes que nos den apoyo social, es necesario considerar tener habilidades sociales, tales como la empatía, la comunicación efectiva y la generación de relaciones interpersonales, ya mencionadas en un apartado anterior de este capítulo dentro de la descripción de las HpV. Particularmente

la habilidad de establecer relaciones interpersonales positivas es fundamental pues no existirá un apoyo social a menos que logremos relacionarnos con otras personas. Como habilidad, las relaciones interpersonales nos permiten establecer, conservar y desarrollar relaciones con otras personas; y se espera que las buenas relaciones nos dejen satisfacción y ayuda.

Además de las habilidades sociales también son importantes las demás HpV pues para establecer relaciones interpersonales positivas y poder ofrecer o recibir apoyo social es necesario saber resolver de manera exitosa los problemas y tomar buenas decisiones que involucren a terceros, así como saber resolver conflictos y diferencias que tengamos con la gente. Y ni qué decir del autoconocimiento como habilidad para tener más éxito en nuestras relaciones. Ser creativos y críticos también nos servirá para relacionarnos mejor y más fácilmente, así como evaluar nuestras amistades.

Adicionalmente, no olvidemos la habilidad para manejar nuestras emociones y la de los demás en favor de una sana convivencia y de alcanzar los objetivos de cada quién, así como la habilidad de manejar el estrés buscando el apoyo, la compañía o el consuelo de quienes más confiamos en aquellos momentos difíciles. Cuando convivimos de manera armónica, logramos beneficios a nivel personal como también en nuestra comunidad.

Dimensión del medio ambiente: el individuo en un ambiente saludable.

La vida está condicionada a la naturaleza, aunque no siempre lo tengan presente las personas; y, a su vez, el ser humano ejerce una influencia significativa en la naturaleza a través de sus diversas actividades (Díaz Coutiño, 2012). Luego entonces, al hablar de PS, es necesario trabajar en la creación de ambientes propicios para la vida (OMS, 2014), así como también necesitamos hablar y considerar el impacto humano en el equilibrio y salud del planeta.

Las personas podemos adquirir del medio ambiente enfermedades contagiosas, parasitarias o infecciosas por la mala calidad del agua y de los alimentos; así como también, podemos contraer enfermedades respiratorias por la mala calidad del aire. Pero que esto suceda muchas veces se debe a lo que el ser humano hace con la naturaleza pues, por ejemplo, injusta y desafortunadamente, los países industrializados y desarrollados son los que más contribuyen a la contaminación, pagando la factura del impacto ambiental los países en desarrollo y las zonas rurales (FNUAP, 2001 en Díaz Coutiño, 2012).

Así, el medio ambiente tiene una gran influencia en la salud del individuo, lo mismo que el desarrollo urbano; por ejemplo, algunas zonas urbanas que están mal planificadas tienen un impacto directo en la salud y los comportamientos de las personas. La falta de áreas verdes, y espacios influyen en nuestra actividad

física. No olvidemos la importancia de procurar infraestructura adecuada para peatones y ciclistas dentro de complejos urbanos.

El crecimiento urbano, la demanda de alimentos, de agua potable y los diversos desechos que generamos dejan una huella ecológica según nuestras actividades y hábitos (Díaz Couriño, 2012). Así como deseamos estar sanos físicamente, es imprescindible proteger al medio ambiente en el continuo desarrollo de las naciones y, en consecuencia, aplicar políticas para el desarrollo sostenible y la solución de las necesidades actuales, sin comprometer la capacidad de las futuras generaciones al satisfacer las nuestras (CMMAD, 1987 en Osman-Elasha, 2009). El desarrollo sostenible y sustentable significa integrar de forma armoniosa diversos elementos amigables con el medio ambiente y a las personas, tales como adoptar una economía racional y viable, gobernar de forma responsable, la potenciación de la población, la cohesión social y la integridad ecológica, sin que signifique un estancamiento económico o renuncia al crecimiento económico por el bien del medio ambiente (Osman-Elasha, 2009).

Al hablar del individuo saludable, se tiene que tomar en consideración que una persona saludable es aquella que considera la salud de su medio ambiente, lo respeta y cuida. Todas las personas podemos hacer algo para proteger el lugar que habitamos y donde nos desarrollamos. Alguno de los consejos más sencillos que podemos implementar son:

- Cuidar nuestra alimentación, el consumo de alimentos poco procesados beneficia nuestro organismo y reduce el impacto ambiental que se genera con la producción de alimentos industrializados.
- Utilizar ropa de fibras naturales es más amigable con el ambiente.
- Utilizar con moderación el consumo de agua potable, tanto para lavar los utensilios de la cocina como para bañarse o lavar cualquier cosa.
- Cuidar las emisiones de carbono al utilizar el automóvil o cualquier aparato electrónico.

En el 2013 Earth Day Network lanzó la campaña Ciudades Verdes para promover ciudades más sostenibles en el mundo y reducir su huella de carbono. Dicha campaña está centrada en tres elementos clave (Green cities, 2014):

- Energía: rediseñar el sistema actual de la generación eléctrica, sustituyendo las estructuras obsoletas de los países para migrar a fuentes de energía renovables.
- Edificios Verdes: promover la eficiencia y mejoras en el diseño de edificios para reducir las emisiones de carbono que representan casi un tercio de todas las emisiones globales de gases de efecto invernadero. Se recomienda y necesita actualizar las ordenanzas

en las ciudades, cambiar los códigos de construcción basados en el rendimiento y mejorar las opciones de financiación.

- Transporte: es la mayor fuente de emisión de gases de efecto invernadero en todo el mundo; tres cuartas partes de los cuales provienen directamente de los vehículos de carretera. Para reducir estas emisiones y la contaminación resultante, tenemos que mejorar las normas, ampliar las opciones de transporte público y mejorar el sistema, invertir en un transporte alternativo y fomentar caminar en la ciudad y el uso de la bicicleta.

La calidad del agua y del aire (interior y exterior) si bien corresponde a los gobiernos e instancias encargarse de su cuidado (Neira, 2006 en Prüss-Üstün. & Corvalán, 2006), también es parte de nuestra responsabilidad saber preservarlos. También puede ser responsabilidad del gobierno la resolución de diversos problemas urbanos, pero también es importante considerar para nuestra salud el buen aprovechamiento y manejo de la energía, las tierras y la planificación urbana, el manejo de químicos de uso industrial y agrícola, así como la propuesta y aplicación de propuestas sustentables y sostenibles con el fin de lograr un ambiente saludable.

Es importantísimo considerar estos puntos como parte de nuestra incumbencia para cuidar nuestro planeta y evitar un mayor cambio climático que a final de cuentas incidirá en nuestra salud y bienestar al manifestarse en fenómenos naturales, como: ondas

de calor, inundaciones, tormentas y otros eventos extremos del clima. También se reflejan de forma indirecta en la disponibilidad de agua, producción agrícola y en los brotes o resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas, p. ej., la malaria, tuberculosis o diarrea (Roses-Periago, 2008). Aunado a esto, podemos agregar la malnutrición que afecta a los países en desarrollo y las zonas rurales, siendo esta la mayor contribuyente individual de la carga global de enfermedad.

Si no nos ocupamos de manera personal de preservar nuestro medio ambiente, las amenazas continuarán y se agravarán dichos problemas, alejando la posibilidad de aspirar a la equidad entre las naciones y a una relación equilibrada entre el hombre y el planeta (Roses-Periago, 2008). Recordemos que no hay vida humana si no hay vida en el planeta, y si la tierra está enferma sus habitantes también enfermaremos. Los individuos somos uno con el planeta, de él somos y con él vivimos; es necesario cuidarlo, protegerlo, amarlo y respetarlo, tanto como a nuestro cuerpo y nuestros seres máspreciados. Para lograrlo es necesario poner en práctica las aptitudes y actitudes que las personas poseemos. Recordemos que somos los seres vivos más evolucionados, más inteligentes y con mayor poder de autonomía y autodeterminación, por lo que nuestra salud integral está en nuestras manos y en el ejercicio de nuestros derechos.

A modo de integración.

Hasta ahora hemos abarcado las diferentes dimensiones que implica la salud integral, por lo que ahora resulta ahora pertinente hablar del trabajo y la teoría elaborada por Erik Allardt, sociólogo y teórico, quien consideró al tener, amar y ser como dimensiones de la calidad de vida, las cuales son determinadas por factores objetivos y subjetivos (Vera Núñez 2005). Para Allardt (1996 en Zukerfeld 2005), cuando una persona está completa en el bien tener sus necesidades materiales e interpersonales pueden medirse en cantidad y calidad; por ejemplo: tener recursos económicos, buena y cómoda vivienda, un empleo digno, buena salud, acceso a una educación de calidad, un medio ambiente sano (agua, aire, suelo y alimentos). Mientras que de manera subjetiva se mediría con base a la satisfacción o insatisfacción reportada sobre estas condiciones de vida (Vera Núñez 2005).

Los indicadores del bien amar, según Allardt, se miden de manera objetiva con base a la cantidad y calidad de nuestras relaciones interpersonales (arraigo, apego, patrones de relación) y en cuanto a los indicadores subjetivos se refiere a los sentimientos de infelicidad/felicidad que las personas sentimos sobre dichas relaciones (Vera Núñez 2005 y Zukerfeld, 2005).

Los indicadores objetivos del bien ser consisten en las necesidades de desarrollo personal, la calidad con la que nos relacionamos con la sociedad y el medio ambiente (nivel de

participación social y política, realización de actividades recreativas). Mientras que los indicadores subjetivos consisten en el sentimiento personal de qué tan aislado o integrados nos sentimos a la sociedad, tener un sentido de vida y la capacidad de disfrutar de la naturaleza y de las actividades realizadas para esparcimiento (Vera Núñez, 2005).

Como podemos ver, la teoría de Allardt se relaciona bastante las dimensiones de la salud integral antes descritas y evidencia la importancia de trabajar en ellas. Para tener la capacidad de disfrutar, no solamente se requiere tener las cosas a nuestro alcance, sino que es necesario tener una apreciación por ellas, sentir agradecimiento y dicha por poseerlas.

Comentarios finales.

Este capítulo tuvo la intención de presentar directrices en favor de la salud de las personas, en donde nosotros mismos seamos los primeros gestores de nuestra salud, al asumir la responsabilidad de cuidarla y procurarla con base en nuestros recursos internos y externos. De esta manera tenderemos y sentiremos más control sobre nuestra vida, comprobando que nuestra salud y calidad de vida no son una casualidad si no una causalidad de nuestros hábitos y costumbres.

La expectativa al elaborar este capítulo fue sentar las bases para que la PS se trabaje con mayor eficacia, al brindar recursos útiles para el lector y para los receptores en la tarea de promocionar la salud, a partir de lo cual puedan reflexionar, tener un mejor conocimiento de sí mismas las personas y actuar en consecuencia al saber que elementos deben considerar al desarrollar destrezas personales que les faciliten el enfrentamiento de los problemas, dificultades o preocupaciones de una manera más efectiva y funcional, además, de posibilitar un trabajo que fomente aprovechar todo nuestro potencial como personal. De igual modo, será más plausible lograr una vida más digna y con mayor control, en la que se promueva un nivel más alto de desarrollo personal que, a su vez, tenga una influencia positiva a nivel social.

Desde la perspectiva holista la salud integral puede dejar de calificarse como una utopía en la medida en que el autocuidado y empoderamiento nos encamine a ser responsables de nosotros mismos y nos impulse a saber gestionar los servicios públicos en salud y desarrollo social que necesitamos. Esto es, debemos procurar nuestra propia salud, pero también generar y aprovechar espacios que posibiliten el desarrollo de políticas públicas que destinen recursos y acciones en favor de la población en general y de las minorías y los sectores más desfavorecidos en particular. De ahí la importancia de ser críticos y comprometidos con la PS para tener una participación activa y se logren verdaderos cambios y resultados en la sociedad.

CAPÍTULO 3

PROMOCIÓN DE RELACIONES INTERPERSONALES SALUDABLES.

En los últimos 25 años, se han producido cambios sin precedentes en todo el mundo, muchos de ellos para mejorar y otros para sobrellevar las circunstancias sociales; del mismo modo, numerosos países de todos los continentes han emprendido un camino de integración internacional, reforma económica, modernización tecnológica y participación democrática (Banco Mundial, 2013b). Como lo menciona Perea Quesada (2009) un signo de identidad de la sociedad actual es el cambio, y cada día a consecuencia del cambio, el hombre se encuentra ante nuevos retos y desafíos.

Nuestra vida ha sido influída por estos cambios, pues enfrentamos un mundo dinámico y globalizado; lo común es una presencia desmedida de las tecnologías de la información y redes sociales virtuales, nuevos roles o papeles en la sociedad, una política y economía en crisis, un sistema educativo y de salud deficiente, movimientos sociales que impactan a los grupos y a las personas e individuos cada vez más absorbidos por las actividades laborales y/o académicas.

El mundo globalizado ha trastocado no sólo los aspectos económicos y políticos, sino también el aspecto social. Mujeres y

hombres se enfrentan a su entorno y a las relaciones que suceden en él. Las relaciones interpersonales, en este mundo globalizado, dinámico y líquido (Bauman, 2010) han sido alteradas en el modo en que comienzan, se mantienen, se prolongan, entre otras. Vemos sus efectos en la familia, los amigos, los vecinos y el trabajo.

Al respecto, Perera (2006) menciona que la naturaleza de la familia, en cuanto a su estructura y formas de organización, ha sufrido cambios históricos importantes que se han ido gestando a lo largo del tiempo y a su vez ha influido en las pautas de crianza dentro del contexto familiar, por mencionar algo específico. En cuanto a las relaciones con los amigos, estas han representado desde tiempo atrás una fuente de socialización importante en la vida de las personas, pues a partir de ella como grupo social, los niños, niñas, jóvenes y adultos expanden sus conocimientos, forman relaciones de amistad, ponen a prueba sus límites físicos y expresan emociones, entre otras cosas.

A estas relaciones hay que sumarle el uso de las tecnologías de la información, la virtualidad y la pluralidad de tribus urbanas que en los últimos días se ha acrecentado. Por su parte, las relaciones con los compañeros de trabajo no escapan de los cambios, donde, por ejemplo, en el contexto laboral se ha promovido la existencia de la competencia, el trabajo individual, un reconocimiento a la productividad y, a su vez, un descenso en actividades cooperativas que promuevan relaciones más armoniosas y saludables.

Las relaciones con los vecinos también han cobrado interés en los últimos años. Las relaciones que se establecen con los vecinos pueden ser tremadamente estrechas. Muchas de ellas se construyen en lo cotidiano a través de las rutas que los vecinos realizan hacia la escuela, el mercado o el trabajo, afectando a las relaciones familiares y laborales.

Cualquiera que sea el tipo de relación interpersonal, el interés por los cambios ha sido punto de partida para algunas disciplinas que se han interesado, en menor y mayor medida, en explicar cómo el entorno social y el individuo se influyen, siendo un ámbito donde la psicología social, la antropología social e incluso la sociología tienen puntos de encuentro. Algunas perspectivas hablan de cómo en los últimos años se han acrecentado problemas sociales, como la violencia, el pandillerismo, la drogadicción, entre otros; sin embargo, algo que resulta innegable es que el mundo día a día se complejiza más.

Sería innegable señalar que eliminar, minimizar o reducir algunas de estas problemáticas sociales resulta imprescindible para nuestro entorno social. Es importante trabajar en la reducción de las problemáticas existentes y en garantizar que los cambios sociales y tecnológicos actuales sean lo más positivos posibles, a la par que se trabaja en fortalecer las relaciones interpersonales en diferentes contextos como las familias, los vecindarios, la escuela o el trabajo.

La PS destaca la importancia de trabajar en este sentido, como lo pueden proponer muchos otros. La diferencia puede estar en cómo hacerlo, desde dónde influimos y cómo interpretamos estas necesidades, basándonos en el concepto de salud propuesto por la OMS (1984) como un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1984), es decir, que no sólo basta con generar estrategias que se dirijan a nivel físico, sino también generar acciones que tomen en cuenta los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de las personas y comunidades. Particularmente, la OMS (1984), menciona que la dimensión espiritual goza de un reconocimiento cada vez mayor como un elemento importante dentro de la visión integral de la salud que debe trabajarse a la par de otros aspectos

Al respecto Perea Quesada (2009) expone factores de diversa índole que condicionan la salud de las personas: económicos, educativos, políticos, ambientales, sanitarios, sociales, etc. Todos los cuales pueden trabajarse desde una perspectiva de promoción de la salud (PS), pues si bien originalmente es un concepto relacionado con el desarrollo de capacidades y salud físicas, también tiene una relación estrecha con los recursos sociales y personales de las personas (Kickbusch, 1986).

El presente capítulo se centra en los recursos interpersonales al abordar una conceptualización de las relaciones interpersonales desde la perspectiva de la PS, enfatizando estas interacciones como relaciones interpersonales saludables. Asimismo, describimos

elementos de algunos principios de la PS que ayudarán a entender cómo se pueden llevar a cabo relaciones más saludables en nuestra vida y se incluyen sugerencias de cómo promover estas relaciones en el día a día con las personas que estamos en contacto.

Uno de los puntos centrales que presentamos para entender las relaciones interpersonales es el concepto de red social, que hace referencia al conjunto de personas y/o grupo que interaccionan entre sí, con las que el individuo mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social (Rodríguez Marín y Neipp López, 2001). La sociedad actual requiere involucrarse en los procesos que nos afectan día a día, en este caso en la promoción de las relaciones interpersonales saludables con nuestras familias, en la escuela y/o trabajo y con los vecinos. Este capítulo pretende que la información sea útil para quien trabaje el tema o simplemente quiera conocerlo.

Las relaciones interpersonales en la actualidad.

Todo ser humano, desde su nacimiento, aprende a partir del entorno en el que se desenvuelve, y actúa en ese entorno al tiempo que aprende el resultado de las actuaciones. Al inicio, vive con la madre y otros adultos, de quienes depende y a quienes imita desde muy pequeño. Más tarde, se sentirá afín a los miembros de ese grupo y se identificará como perteneciente a él, distinguiéndose de quienes no lo son. En ese proceso de maduración a la vez

biológica y cultural, el individuo asume las pautas que regulan sus interacciones con los demás (Bernete, 2010).

Para Henry Tajfel la pertenencia al grupo es un ingrediente esencial de la identidad del sujeto, porque al mismo tiempo que se siente parte de un grupo se diferencia de otros grupos a los que no pertenece; por ello se dice que la fuente de identificación del individuo es el propio grupo, pero los otros juegan también un papel importante, ya que cuando experimenta que es diferente a esos otros se reafirma la pertenencia al grupo (Mercado Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

El proceso de socialización es un proceso por demás complejo. Desde la perspectiva de la psicología social, Henry Tajfel (en Mercado Maldonado y Hernández Oliva, 2010) desarrolla una teoría en la que señala que para lograr un vínculo con las otras personas se reúnen tres condiciones: 1) percibir que se pertenece a un grupo, 2) ser consciente de que por pertenecer a ese grupo se le asigna un calificativo positivo o negativo y 3) sentir cierto afecto derivado de la conciencia de pertenecer a un grupo (Chihu, 2002). En otras palabras, desde temprana edad, el niño o niña comienza a estructurar su contexto en categorías sociales y grupos.

Por otro lado, las relaciones entre los seres humanos tienen un nuevo espacio de generación e intercambio informativo. De este modo, con el auge de Internet, la telefonía celular y otros dispositivos se están implantando nuevas formas de informarse, comunicarse,

entretenerte, comprar, es decir, de relacionarse. Estas nuevas interacciones o relaciones sociales, generan preocupación e incertidumbre acerca de las consecuencias e impacto que pueden tener en las subjetividades y en la socialización de los sujetos, principalmente niños, niñas y jóvenes, ya que éstos han crecido con las nuevas tecnologías, incorporándolas con naturalidad a la vida diaria, a diferencia de las generaciones de mayor edad (Cornejo y Tapia, 2011).

En este sentido, Cornejo y Tapia (2011) señalan que las relaciones interpersonales se encuentran en constante transformación en la cotidianeidad del ser humano, y en esta transformación han incidido las nuevas aplicaciones tecnológicas generando cambios en la comunicación interpersonal. El hecho de que las interacciones digitales entre las personas se incrementen tanto, está creando una percepción distinta del espacio y el tiempo, una sensación de inmediatez de los acontecimientos y una aceleración en los procesos.

Por ejemplo, el correo electrónico y el teléfono móvil ignoran las fronteras que separan la vida laboral de la vida familiar y privada. Es una forma de comunicación que requiere nuestra presencia y obliga a atender el mensaje a cualquier momento, independientemente de que estemos en alguna otra actividad familiar o de ocio. Niños, niñas y jóvenes suelen estar igualmente preocupados por su propio correo electrónico, algún juego en red o viendo la televisión en su dormitorio (Goleman, 2006).

Los cambios son de todo tipo y en todas direcciones. Hoy en día el Internet ha desplazado a la televisión como forma favorita de pasar el tiempo libre y la consecuencia directa es que, por cada hora que la gente pasa en Internet, el contacto personal con amigos, colegas y familia disminuyó 24 minutos (Goleman, 2006).

En la actualidad las personas ya no se relacionan, se “conectan”, hablan de redes en lugar de amigos o parejas. Las relaciones se convierten en una red de conexiones que se establecen a demanda y pueden cortarse a voluntad, pudiéndose ser disueltas antes de convertirse en detestables. Ahora bien, aún en este contexto de cambio resulta interesante ampliar nuestra perspectiva a no sólo favorecer relaciones interpersonales positivas sino también relaciones interpersonales saludables. Esta distinción de conceptos se realizará posteriormente.

Conceptualización de las relaciones interpersonales.

Al ser humano, en su más pura conceptualización, se le ha considerado como la especie más gregaria; hombres y mujeres viven en grupos, y en situaciones normales están involucrados(as) en una gran cantidad de relaciones interpersonales en los distintos contextos en los que se encuentran. Asimismo, filogenéticamente, el vivir en grupo es una característica que ha hecho al ser humano exitoso como especie, permitiéndole subsistir y seguir desarrollándose. La cultura, las civilizaciones, el desarrollo del

conocimiento y el desarrollo tecnológico no sería posible si el hombre no viviera en grupo (Universidad del País Vasco, s.f.). Por tanto, más allá de que el vivir en grupo sea una ventaja evolutiva, el ser humano como individuo necesita desde el inicio las relaciones interpersonales. Estas relaciones proveen a las personas sus más grandes alegrías y sus más ondas penas.

Las relaciones interpersonales han sido definidas por distintos autores. Por ejemplo, Leary (1957 en Cornejo y Tapia, 2011) fue uno de los primeros de la corriente en psicología de la personalidad que se dedicó al estudio de la conducta interpersonal y definió estas relaciones como toda conducta abierta, consciente, ética o simbólica con otro ser humano real, colectivo o imaginado. En Psicología clínica y Psiquiatría Sullivan (1953 en Cornejo y Tapia, 2011) se define relaciones interpersonales como un patrón relativamente persistente de situaciones recurrentes que caracterizan la vida humana.

Por su parte, Feldman (2006) las define como un sistema de creencias y valores individuales en una comunicación establecida por dos o más personas que son parte de un grupo. Cornejo y Tapia (2011) concluyen que las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas; involucra destrezas sociales y emocionales que promueven las habilidades para comunicarse efectivamente, la escucha activa, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno mismo.

Definitivamente, mantener relaciones interpersonales presupone ser una fuente de influencia, pues a través de ellas, se provoca en los demás sentimientos, reacciones, actitudes y pensamientos, que pueden o no producir un efecto en el comportamiento del otro y de sí mismo. Como menciona Feldman (2006), nuestras relaciones con los demás ayudan a comprender quiénes somos, colaboran en entender cuáles son nuestras habilidades y nuestros logros; las comparamos con las de otros, que son similares a nosotros mismos y a partir de ello nos identificamos. Nuestras actitudes, creencias y valores reciben la influencia y están moldeadas por los demás, somos lo que somos en gran parte por la gente con la que tenemos contacto.

Podemos encontrar información sobre que las relaciones interpersonales se conceptualizan desde distintos enfoques teóricos. Para fines de síntesis mencionaremos cuatro de las aproximaciones más importantes. En cada una de estas posturas las relaciones interpersonales son vistas como: 1) una necesidad básica, 2) una habilidad para la vida, 3) parte de la inteligencia social y 4) parte de la atracción interpersonal. Analicemos cada una de ellas.

Desde el punto de vista de las necesidades, las relaciones interpersonales forman parte de una de las necesidades afectivas, que incluyen las necesidades de contacto físico, de intimidad y de pertenencia a grupo. Desde esta perspectiva, las relaciones interpersonales se convierten en relaciones íntimas que son fuente

importante de apoyo, a través de ellas también cubrimos nuestras necesidades de seguridad y gracias a ellas no nos sentimos solos; estas interacciones se vuelven modelos de relaciones íntimas posteriores (Universidad del País Vasco, s.f.).

Las relaciones interpersonales cubren las necesidades de intimidad y contacto físico desde que somos pequeños. Su importancia radica en que serán pautas de nuestro desarrollo social posterior. Es decir, desde que somos niños(as) establecemos nuestras relaciones íntimas fundamentalmente en la familia; primero con nuestra madre o cuidador principal, después al relacionarnos con otros miembros del hogar y de la familia y, finalmente, fuera de casa con los amigos, en la escuela o en el trabajo, la pareja, etc. (Universidad del País Vasco, s.f.).

Por tanto, estas relaciones son fundamentales desde la infancia, pues enseñan la forma o estilo de relación y además nos proporciona un sentido de pertenencia a un grupo, así como un sentimiento de seguridad y fuente de apoyo a lo largo de la vida. Muchas de nuestras relaciones influyen también en nuestra salud y bienestar en la vida cotidiana (Universidad del País Vasco, s.f.).

Desde la aproximación de las habilidades para la vida (HpV), se definen a las relaciones interpersonales como las herramientas que permiten desarrollar actitudes en niñas, niños y adolescentes para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable. Estas habilidades son importantes porque ayudan a tener un

pensamiento saludable y una buena comunicación; el apoyo y consejo que se recibe de los demás colabora en tomar decisiones positivas y en saber cómo solucionar problemas; también favorecen la prevención de conductas negativas o de alto riesgo. El resultado del desarrollo de estas habilidades es lograr un buen crecimiento físico, emocional e intelectual, y el disfrute de una vida personal, familiar y social plena (Nueva Vida, 2009). Además, estas habilidades tienen mucho que aportar en la PS, la prevención de problemas y la comunicación con los demás (Nueva Vida, 2009).

Las relaciones interpersonales abordadas desde el modelo de la inteligencia social, es presentado básicamente por Goleman (2006), quien describe que existen elementos fundamentales de la inteligencia social, los cuales agrupa en dos grandes categorías: 1) la conciencia social, es decir, lo que sentimos sobre los demás y 2) la aptitud social, es decir, lo que hacemos con esa conciencia.

La conciencia social se refiere a la conciencia interpersonal que abarca desde la capacidad instantánea de experimentar el estado interior de otra persona hasta llegar a comprender sus sentimientos y pensamientos e incluso situaciones socialmente más complejas. Esta conciencia social está compuesta por: a) la empatía, es decir, sentir lo que sienten los demás, interpretar adecuadamente las señales emocionales no verbales; b) la sintonía, que significa escuchar de manera totalmente receptiva y poder conectarnos con los demás; c) la exactitud empática, consistente en comprender los pensamientos, sentimientos e intenciones de los

demás; y d) la cognición social, que es entender el funcionamiento del mundo social.

La aptitud social se basa en la conciencia social que posibilita las interacciones sencillas y eficaces e incluye: a) la sincronía, es relacionarse fácilmente a un nivel no verbal; b) la presentación de uno mismo, es saber presentarnos a los demás; c) la influencia, que es dar forma adecuada a las interacciones sociales; y d) el interés por los demás, que se relaciona con interesarse por las necesidades de los demás y actuar en consecuencia.

Por último, Orduña Altamirano (2006) menciona en su tesis que, desde la psicología social, las relaciones interpersonales forman parte de la atracción. Considerando esta atracción como un juego mutuo de disposiciones individuales que pueden sufrir la influencia de factores situacionales, tales como la estructura social y la proximidad física. Teóricos como Newcomb (1984 en Orduña Altamirano, 2006), han establecido cuatro criterios básicos de la atracción interpersonal: 1) la proximidad, entendida como la cercanía física; 2) la semejanza de características individuales, incluyendo la pertenencia a grupos y otras identidades personales; 3) las actitudes y valores comunes, especialmente en asuntos de mutua relevancia; y 4) la compatibilidad de personalidades y necesidades.

Cualquiera que sea la perspectiva que tengamos sobre las relaciones interpersonales, o el punto de partida (psicológico,

antropológico, biológico, social, etc.) sobre ellas, hay que tomar en cuenta que, en nuestra vida diaria, muchas veces, aun sin darnos cuenta, nosotros mismos obstaculizamos nuestras relaciones mediante barreras, como las actitudes defensivas, fallas de la comunicación y resistencia al cambio, por mencionar algunos (Mendoza y Álvarez, 1978).

Las relaciones interpersonales favorecen nuestra salud y bienestar; por tanto, hay que promover en nuestra familia, amigos y personas con las que estamos en contacto, situaciones que faciliten relaciones más saludables que permitan afrontar los acontecimientos sociales, generar amistades más duraderas, favorecer una conducta más adecuada ante los otros, un desarrollo interpersonal y un adecuado ajuste personal y social, así como la promoción de nuestra salud en nuestra vida cotidiana. En este sentido, se han planteado dos conceptos como formas para fortalecer estas relaciones, una desde la psicología positiva, definida como “relaciones interpersonales positivas” y por otro lado las “relaciones interpersonales saludables”.

Las relaciones interpersonales positivas han sido esbozadas desde la psicología positiva como una forma de tener relaciones sanas. Góngora (2008) dice que la psicología positiva en la práctica de las relaciones interpersonales positivas busca seguir entre sus objetivos: la promoción de la vida familiar y la búsqueda de formas alternativas para que las personas puedan hacer sus relaciones

más provechosas y gratificantes, así como promover la mejoría de las organizaciones para que contribuyan de mejor forma al bienestar individual y su crecimiento.

En este sentido, Sánchez Martín (2010) conceptualiza las relaciones interpersonales positivas partiendo de tres aspectos fundamentales: 1) la atribución causal, es decir, la causa que atribuyo a lo que me pasa, 2) el perdón, considerada como la capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso; y 3) la gratitud, definida como el ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan.

Esta postura parte de las virtudes propuestas en la psicología positiva y que como efecto favorecen nuestra salud. Sin embargo, esta perspectiva focaliza su marco de acción basado en que la relación interpersonal genera un estado emocional positivo en las personas, impactando directamente en el bienestar personal. No obstante, esto no es suficiente pues es necesario que nuestras relaciones tengan un alcance hacia los otros de manera duradera e integrar otras características y elementos a nuestra forma de relacionarnos y no únicamente a partir de la atribución, la gratitud y el perdón.

Por lo tanto, es necesario llevar a nuestra vida diaria las relaciones interpersonales saludables, entendidas estas como aquellas que pueden formarse, desarrollarse y mantenerse en la

interacción con otras personas en la vida cotidiana, siendo más estables y duraderas. Estas relaciones nos brindan apoyo (ya sea material, psicológico o social), bienestar, sentido de pertenencia y a su vez promueven en nosotros una estabilidad emocional, social, cognitiva, espiritual y conductual. Como resultado de esta interacción se favorece que seamos más congruentes, crezcamos como personas, aprendamos una persona de la otra y desarrollemos nuestras potencialidades.

Nuestras relaciones impulsan a que crezcamos y convivamos de manera más profunda, pacífica y sin conflicto. En ellas existe el contacto a través de cualquier medio de comunicación (cara a cara o virtual), en un periodo de tiempo continuo u esporádico y se fortalecen en cada interacción los lazos previamente establecidos. No están basados en una relación de costo-beneficio, ni en el ganar-ganar, sino más bien en el respeto, la equidad y la tolerancia.

Como señalan Werner y Bower (1990), la salud depende menos de factores técnicos que de factores sociales, es decir, la persona, la familia, la comunidad o la nación sana es aquella que es relativamente autosuficiente; aquella que puede relacionarse con los demás en un plan de ayuda, de amistad y de igualdad. Por tanto, promover relaciones interpersonales saludables no sólo beneficia nuestra salud, sino también a nuestra sociedad.

Aproximaciones teóricas para la PS y las relaciones interpersonales saludables.

La PS un concepto amplio y relativamente reciente, que se nutre para su desarrollo de diversas disciplinas y acoge al hombre en su totalidad en interacción con el entorno físico, social y cultural. Engloba una serie de acciones de la población, de los servicios de salud y otros servicios sociales, con la finalidad de mejorar la salud individual y colectiva de la población (Pere, 2009). Lo anterior implica que la PS no es sólo una intervención dirigida a las personas, sino algo que se hace con la gente, por la gente y para la gente, ya sea en forma individual o grupal (OMS, 2000).

Esta visión de la PS constituye un enfoque general de los aspectos relacionados con el estilo de vida de toda la sociedad y pretende desarrollar el potencial de salud de las personas (Kickbusch, 1986). Al respecto, Gallar (2006), señala que las estrategias que se empleen para promover la salud deben contribuir a fortalecer los conocimientos, aptitudes, actitudes y actividades de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando a la población el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo. Sin embargo, aun teniendo como referente la PS, es importante recordar que hay causas en el ser humano que le pueden llevar a no vivir su salud de manera completa. Por ejemplo, Werner y Bower (1990) plantean que hay causas biológicas, físicas y sociales que pueden llevar a la enfermedad.

Las causas sociales, son las originadas por factores humanos, tales como la manera de relacionarse o tratarse, y se dividen en: a) culturales, que son las actitudes, costumbres, creencias y la escuela (o la falta de ella); b) económicas, que tienen que ver con el dinero, la tierra y los recursos (quienes lo tiene y quienes no) y c) políticas, relacionadas con quién controla a quién y cómo lo hace (Werner y Bower, 1990).

Por tanto, promover la salud no sólo implica evitar que las personas enfermen, sino que también requiere que las personas adquieran herramientas que le permitan alcanzar mejores relaciones interpersonales y sociales. Es necesario que, como integrantes de una red social, cada uno de nosotros seamos capaces de reconocer nuestras prácticas sociales, que se encuentran impregnadas de nuestra cultura, costumbres, políticas, sociales y económicas, y que influyen de alguna manera en nuestra experiencia cotidiana.

Para lograr que la PS contribuya de manera particular en las relaciones interpersonales, es necesario analizar, describir e identificar los modelos que podrían ser la base para lograr que se den interacciones más saludables en nuestro entorno. A continuación, describimos algunos acercamientos teóricos generales de la PS que podrían aplicarse a las relaciones interpersonales saludables. No olvidemos, como mencionamos anteriormente, que el eje teórico desde el cual miraremos las relaciones interpersonales, es el concepto de red social.

La conceptualización de las redes sociales, ha sido objeto de interés de diferentes ciencias y disciplinas, tales como la Antropología, la Sociología y la Psicología. Desde sus orígenes ha sido un constructo con una gran variedad de definiciones (Vélez y Granada, 2007). En cuanto a la definición de red social, esta es entendida básicamente como un conjunto de lazos (Wellman, 1981 en Lemos Giraldez y Fernández Hermida, 1990). Rodríguez Marín y Neipp López (2001) aluden al término como al conjunto de personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones. En consecuencia, la red social de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas relaciones con las que se mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social.

Para Velez Llano (2007), las redes sociales pueden ser definidas como un conjunto de personas que representan a organizaciones e instituciones que establecen relaciones y producen intercambios de manera continua, con el fin de alcanzar metas comunes en forma efectiva y eficiente. Esta última conceptualización se ha propuesto a fin de referirse a las redes sociales comunitarias, las cuales han sido definidas como los espacios de diálogo y coordinación a través del cual se vinculan organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas en función de un objetivo común y sobre la base de normas y valores compartidos cuya existencia permite generar relaciones de colaboración, poner en marcha recursos comunes, desarrollar actividades en beneficio de las personas, ampliar y estrechar

vínculos, crear un sentido de pertenencia, socializar conocimientos, experiencias y saberes, reconstituir la confianza social y establecer relaciones de intercambio y reciprocidad (Velez Llano, 2007).

Los ejemplos más frecuentes de red social son la familia, el grupo de amigos, el grupo de colegas en el trabajo, el vecindario, y otros grupos con los que la persona interacciona en sus actividades políticas y de ocio, entre otras (Rodríguez Marín y Neipp López, 2001). Al respecto, es importante resaltar que la red social puede entenderse como una serie de círculos concéntricos en donde la familia constituye el círculo más pequeño, los demás familiares se encuentran en el siguiente, los amigos en el tercero y tal vez los compañeros de trabajo y otras personas en el círculo exterior en el que podría estar las redes de tratamiento no profesional como los grupos de autoayuda (Gottlieb, 1976 en Lemos Giraldez y Fernández Hermida, 1990).

En un principio, las diferentes disciplinas que han abordado el tema de las redes sociales hacían una descripción cuantitativa de la red social, pero posteriormente se ha investigado más su naturaleza cualitativa (Lemos Giraldez y Fernández Hermida, 1990). En el estudio de las características cuantitativas se encuentra el tamaño de la red, la frecuencia de contacto entre los miembros, la fuerza de los lazos, la semejanza o la disparidad de los sujetos (sexo, edad, grupo étnico y cultura), la dispersión (miembros físicamente próximos vs. separados), la simetría de contactos

(grado de iniciativa vs. conducta receptiva entre los miembros) y las influencias exteriores (red abierta vs. red cerrada). Por otro lado, las características cualitativas de las redes generalmente se refieren a su valencia emocional, es decir, si las conductas proporcionan soporte o son destructivas, cálidas, amistosas, íntimas, confidenciales, tolerantes, alegres, consoladoras, o bien, son opuestas o están mezcladas (Lemos Giraldez y Fernández Hermida, 1990).

Por otro lado, Rodríguez Marín y Neipp López (2001) enfatizan que las redes sociales tienen fundamentalmente tres funciones, las cuales describimos a continuación:

- La ayuda: son las acciones de los miembros de la red que ayudan a la persona a cumplir sus metas personales o hacer frente a las exigencias de una situación concreta. Esta ayuda puede ser tangible (por ejemplo, dinero) o intangible (por ejemplo, cariño, asistencia emocional).
- El consejo: los miembros de una red pueden proporcionar información o consejo sobre cómo conseguir las metas de la persona o cómo completar determinadas tareas.
- La retroinformación: consistente en que los miembros de la red proporcionan evaluaciones respecto a cómo se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona, es decir, proporcionan información evaluadora de lo que ha hecho.

Por tanto, a medida que la red social de una persona le proporcione asistencia técnica y tangible, apoyo emocional, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., se puede decir que le proporciona soporte social o apoyo social (Lemos Giraldez y Fernández Hermida, 1990). Este apoyo social puede ser entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci, 1980 en Montes, Huenchuan y Guzmán, 2003). Estos mismos autores señalan que es el conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, es también denominado con el término genérico de transferencias y se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Las fuentes de apoyo social son la familia, los amigos, la comunidad y el estado. Además, podemos considerar cuatro categorías de transferencias o apoyos: 1) materiales, como dinero, comida, alojamiento, etc.; 2) instrumentales, como cuidado, transporte, labores del hogar, etc.; 3) emocionales, como lo son el afecto, empatía, compañía, escucha, etc., y 4) cognitivos, como los consejos, intercambio de experiencias, información, etc., (Montes y cols., 2003).

Al respecto, Kim y cols. (2000 en Montes y cols., 2003) plantean que cuando se tiene un intercambio recíproco de apoyos, hay efectos psicológicos positivos en las personas involucradas, lo cual no sucede cuando el intercambio no es balanceado. Cuando

se da más de lo que se recibe se produce sentimientos de estar sobrecargado y frustrado. En el otro extremo, cuando se recibe más de lo que se da, podría haber una sensación de dependencia y endeudamiento. Para Barrón López de Roda y Sánchez Moreno (2001) el apoyo social es un concepto complejo que incluye aspectos reales, cognitivos, funcionales y estructurales. Con respecto a éstos dos últimos, los autores explican que el aspecto funcional se refiere a la función de las relaciones sociales; mientras que el estructural representa la composición de las redes sociales, es decir, si existen o no, la cantidad y las propiedades de las relaciones sociales.

Asimismo, el bienestar que se obtiene del apoyo social es de dos tipos, uno objetivo y otro subjetivo. El primero, corresponde a la integración social de las personas y se mide con base en cuántas y qué tipo de relaciones se tiene; este tipo de apoyo social se le denomina apoyo social recibido y se puede evaluar por un método cuantitativo-estructural. El segundo, se refiere a la calidad de los vínculos o relaciones sostenidos con una red social y se le denomina apoyo social percibido el cual se puede evaluar por el método cualitativo-funcional (Dolbier y Steinhardt, 2000 en Barra Alamgiá, 2004).

En conclusión, la red social implica un proceso de construcción permanente, tanto individual como colectiva; en ella, cada miembro se enriquece y los grupos se potencian. Es importante reconocer

que hay redes naturales preformadas (familias, amigos, vecinos) que se constituyen como apoyo inicial y a través de estrategias preventivas y de promoción de la salud que activarán y formarán redes ampliadas, con lo que se incrementa las posibilidades de salud en la población (Velez LLano, 2007).

En este contexto y proceso de construcción es pertinente incluir la aproximación teórica de Strayhorn (1988 en Costa y López, 2008) que ha sido empleada en la Educación para la Salud. Este es un modelo conceptual y aplicado con una clara orientación basada en las competencias, oportunidades y métodos de influencia para promover el aprendizaje. El modelo incluye 62 competencias y habilidades agrupadas en nueve categorías, En los siguientes párrafos hablaremos de seis de ellas:

- Establecer y mantener relaciones de confianza, que incluye:
 - a) el evaluar con acierto la confiabilidad de las personas y confiar cuando es apropiado;
 - b) mostrarse dependiente, sin vergüenza, pedir y aceptar ayuda de forma apropiada;
 - c) tolerar y disfrutar intimidad, apego y compromiso duraderos;
 - d) hacer autorrevelaciones íntimas a otra persona en una situación de seguridad;
 - e) apoyar a los demás, ser amable y ayudar;
 - f) apoyarse en uno mismo de manera amable y sentirse confortado por esos pensamientos;
 - g) expresar gratitud, admiración y otros sentimientos positivos hacia los demás;
 - h) iniciar contacto social, atraer la atención de los demás de modo apropiado;
 - i) implicarse

en conversaciones y j) escuchar, expresar empatía y animar a otros a abrirse.

- Afrontar la separación y la autonomía, que proponemos podría ayudar a las personas en sus relaciones interpersonales mencionando la importancia de: a) afrontar el rechazo; b) tratar con la desaprobación, la crítica y la falta de respeto por parte de otros y c) sentirse a gusto consigo mismo, tolerar la soledad y la falta de atención por parte de los demás. Podríamos enfatizar que en la actualidad será cada vez más importante que en nuestra vida cotidiana afrontemos que en ocasiones la soledad y la falta de atención por parte de los otros ocurran constantemente, lo cual en ocasiones podría convertirse en un factor que favorezca o entorpezca nuestras relaciones.
- Afrontar decisiones conjuntas y conflictos interpersonales, donde hay que: a) tratar con las acciones y deseos de otras personas que entran en conflicto con las preferencias personales y decidir sobre cuánto auto sacrificio, conciliación, perdón, generosidad y resignación hay que utilizar; b) producir alternativas positivas para la solución de los problemas interpersonales; c) reconocer y elegir soluciones razonables para los problemas interpersonales; d) reconocer los aspectos positivos de la conducta de los demás y e) perdonar a los demás.
- Tratar con la frustración y con los acontecimientos desfavorables, donde hay que promover: a) el tolerar que otras personas se

lleven algo que uno quería para sí, evitando los celos exagerados y b) el poder sentir culpa apropiada cuando uno ha hecho daño a los demás.

- Celebrar las cosas buenas, sentir placer. Sería interesante promover prácticas tales como: a) el disfrutar de la aprobación, de los elogios y de otras atenciones positivas por parte de los demás; b) sentir satisfacción por las cosas agradables hechas por los demás, c) sentir gratitud por lo que los demás han hecho y d) gozar de las muestras físicas de afecto sin miedo.
- Procesamiento cognitivo a través de palabras, símbolos e imágenes, donde se debe resaltar: a) el poder evaluar correctamente los sentimientos de los demás, ver las cosas desde el punto de vista de los demás, incluyendo el impacto de la propia conducta en ellos y b) evaluar correctamente las habilidades y el carácter de los demás, basándose en la evidencia más que en los prejuicios, en la sobre generalización, en fantasías o en otras distorsiones.

Este planteamiento de Strayhorn (1988 en Costa y López, 2008) subraya el aprendizaje de competencias y habilidades personales como una estrategia de potenciación y promoción de comportamientos y estilos de vida saludables. Por tanto, estas categorías pueden ser un punto de referencia para promover las relaciones interpersonales saludables.

Estrategias para promover las relaciones saludables en las redes sociales.

Como hemos mencionado anteriormente, las relaciones saludables pueden desarrollarse con diferentes tipos de personas con las que tenemos muy diversos vínculos y que se construyen en muy diversos contextos. En este sentido, resulta primordial mencionar a los ambientes o entornos saludables, que son una parte esencial en la PS y muy pocas veces son integrados en la implementación de programas; frecuentemente se olvida que la persona está en interacción continua con otras que configuran las experiencias de la vida.

Costa y López (2008) han propuesto el concepto de los escenarios de la vida como aquellos contextos en la vida de las personas, los cuales son las circunstancias que condicionan la vida y la conducta. Estos se hacen presentes y cumplen sus funciones en los escenarios físicos y socioculturales (familia, escuela, lugar de trabajo, barrio, vecindario, lugares de ocio y de tiempo libre, grupo de amistades, organizaciones sociales, organizaciones de servicios, espacios naturales, etc.), en los que vivimos y nos comportamos.

Los mismos autores, a su vez, señalan que estos escenarios configuran redes interpersonales y sociales con sus reglas propias de organización y proporcionan el espacio, los tiempos y la trama

en los que tiene lugar el desarrollo, el aprendizaje y la socialización, en la que nosotros realizaremos actividades más o menos programadas de la vida cotidiana que desempeñan determinados roles y suscitan expectativas de los demás, a las que tratan de responder.

La familia y las relaciones saludables.

La familia es una institución natural universal que ha permanecido a lo largo de los tiempos y en todas las sociedades (Perera, 2006). Es el primer grupo en la vida de las personas y uno de los grupos hacia los que mayor pertenencia se desarrolla. Dentro de la familia es donde adquirimos el primer rol, y normalmente, a través de nuestras relaciones dentro de ella aprendemos nuestro estilo de comunicación y las habilidades relacionales desarrolladas en la nuestra familia serán repetidas en los nuevos grupos a los que nos incorporamos (Universidad del País Vasco, s.f.).

Robledo (1995, en Gallar, 2006), refiere a la familia como la mayor fuente de apoyo social y personal de la que pueden disponer las personas en cualquier situación de la vida. Gallar (2006) complementa señalando que la familia es una unidad funcional biológica, psicológica y social en la que, además de la vinculación biológica, existe una interrelación personal compleja que favorece patrones de conducta estables.

El sistema familiar se distingue de tres subsistemas elementales: el conyugal formado por los cónyuges (padres, en su caso); el paterno, referente a la relación entre padres/madres e hijos(as); y el fraternal, referente a la relación entre hermanos(as). Cada subsistema goza de su propia fluidez intercomunicativa, da su propia intimidad y capacidad de sintonía que no se comparte con los otros subsistemas, lo que no quiere decir que no exista una comunicación optima entre ellos (Gallar, 2006). Más adelante realizamos algunas sugerencias de cómo podemos promover las relaciones saludables en estos tres subsistemas en la familia.

Sin embargo, la conceptualización de familia hoy en día se ha diversificado, Úbeda (1995 en Gallar, 2006) proponen otras posibilidades que cada vez son más comunes, como lo son los matrimonios sin hijos(as), solitarios, familias monoparentales (separados, divorciado, madres o padres solteros), homoparentales, parejas de hecho (hetero u homosexuales); y hasta amigos muy amigos que pueden o no convivir bajo un mismo techo (De la Cuesta, 1995 en Gallar, 2006).

Así, la familia puede incluir a la pareja, a la familia nuclear, a algunos o todos los miembros de la familia extensa, así como a la familia de elección, es decir, aquellos amigos y personas no vinculadas con el individuo en cuestión por lazos sanguíneos o legales, pero que se unen por lazos de amistad y lealtad altamente significativos (Walker, 1992 en Velasco y Sinibaldi, 2001).

Al interior de la familia, los padres van capacitando a los hijos(as) para establecer lazos significativos y aprender que las relaciones interpersonales pueden estar asociadas a experiencias emocionales agradables (Costa y López, 2001). Cada integrante aprende sobre la importancia de relacionarse unos con otros; poco a poco comprenden que lo que cada persona hace afecta a cada uno de los otros y se produce una reacción en cadena (Asen y Tomson, 1997). A partir de la importancia que otorgamos al desarrollo de relaciones interpersonales saludables en el contexto familiar, en la Tabla 6 presentamos algunas propuestas que sugerimos para promover relaciones interpersonales saludables en el interior de las familias.

Tabla. 6. Acciones para la promoción de las relaciones familiares saludables en la familia. Fuente: Elaboración propia.

	ACCIONES
Contexto Familiar	<p>Promover una relación de confianza entre la familia ante cualquier circunstancia.</p> <p>Realizar actividades encaminadas al fortalecimiento de las relaciones entre los miembros de la familia, de carácter deportivo, religioso, cultural, social, etc.</p> <p>Ser conscientes de las posibilidades de los hijos e hijas para adecuar las expectativas de un modo correcto.</p>

	<p>Promover espacios adecuados para la comunicación constante.</p> <p>Utilizar los distintos medios de comunicación, ya sea cara a cara, escritos y virtuales para expresarnos.</p> <p>Fortalecer las experiencias entre los miembros de la familia que permitan sentir y percibir el apoyo entre unos y otros, ante las situaciones de la vida cotidiana.</p> <p>Promover la habilidad de solicitar ayuda cuando se presenta algún problema.</p> <p>Promover la práctica de expresión de sentimientos como el enojo, evitando dar respuestas agresivas o pasivas.</p> <p>Que los padres y madres capaciten a sus hijos e hijas potenciándolos a ser agentes activos, competentes y capaces de cambiar las cosas e influir sobre su entorno.</p> <p>Responder ante las críticas de manera asertiva.</p> <p>Expresar a los integrantes de la familia nuestras preocupaciones del trabajo, de la escuela y del hogar.</p>
Pareja - Sistema conyugal	<p>Promover experiencias en las que la pareja se involucre con las redes sociales de uno y de otro, cuidando los límites de la individualidad.</p> <p>Iniciar conversaciones que favorezcan el interés por las preocupaciones de los otros y buscar ofrecer nuestros recursos personales si se requiere.</p>

Reconocimiento del valor que tiene cada integrante de la familia, sobre todo con los hijos e hijas en la familia, quienes están en pleno desarrollo psico-socioemocional.

Mostrar interés por el mundo de los demás integrantes.

Validar las experiencias de los diferentes integrantes de la familia, implicarse en sus preocupaciones y que, en conjunto, puedan responder a sus necesidades.

Buscar espacios de convivencia con otros amigos, parejas, familiares que impliquen el contacto con otros y no sólo el estar con la pareja.

Ofrecer el espacio en el hogar para actividades de recreación entre amigos, vecinos y familiares

Reconocer a través de la reflexión, las necesidades, desacuerdos e inquietudes que tienen con respecto a la relación y otros aspectos de interés.

Promover la habilidad de decir lo que sentimos o pensamos de una forma amable, sencilla y tomando en cuenta a los demás.

Incluir en las relaciones de pareja la visión de entender el punto del otro, es decir, tratar de ver desde donde los otros ven.

	<p>Favorecer los vínculos cálidos entre la pareja y modificar las formas no afectivas (gritos, golpes, insultos) de expresión.</p>
Hermanos (as) – sistema fraternal	<p>Promover experiencias de apoyo entre los hermanos y evitar las actividades que favorezcan el conflicto y la competencia.</p> <p>Enseñar a los hijos(as) la disposición de escuchar a la otra persona sin juzgar o criticar y modelar conductas de ayuda a los otros.</p> <p>Retroalimentar a los hijos(as) y hermanos desde nuestro punto de vista y reconocer ante ellos que es la forma en que vemos las situaciones.</p>
	<p>Realizar actividades colaborativas en espacios comunales de la familia.</p> <p>Acordar un tiempo y en un área específica del hogar para conversar, realizar actividades o simplemente reunirse a pasar tiempo.</p> <p>Compartir entre hermanos(as) actividades conjuntas, como el deporte, el baile, las artes, en otros contextos.</p> <p>Entablar prácticas de buen trato y convivencia entre los hermanos y hermanas, fomentando el respeto, la tolerancia, la equidad y la empatía.</p>

La escuela y las relaciones saludables.

La escuela es el segundo agente de socialización que tenemos, en el cual vamos a aprender y desarrollar conductas de relación interpersonal, que incluye las normas y reglas sociales en la interacción con nuestros iguales. Los comportamientos sociales, tanto positivos como negativos, van a ir configurando el patrón de comportamiento que vamos a tener para relacionarnos con el entorno. Por tanto, los objetivos de la escuela no deben enfocarse solamente hacia los contenidos, hay que dirigir la mirada también hacia el desarrollo integral de las personas, y para ello es necesario el entrenamiento en habilidades que favorezcan las relaciones interpersonales (Rivas Tilve, s.f.) en todos los actores sociales educativos.

En el contexto escolar se ha procurado promover algunas prácticas bajo las premisas del buen trato y la convivencia. El buen trato es un estilo de relación que implica el reconocimiento y respeto de los derechos de los demás; se relaciona con la compenetración afectiva entre dos personas, que implica la capacidad para escuchar, poniéndose en el lugar del otro, la tolerancia, la capacidad para relacionarse con el otro, la comunicación efectiva, la capacidad de negociación y la capacidad de expresar sentimientos.

Este buen trato facilita la convivencia, la cual Rosales y Ramírez (2004 en Ministerio de Salud del Gobierno de Perú, s.f.)

definen como la capacidad para establecer relaciones sociales y humanas saludables, armónicas, fundamentadas en la tolerancia y el respeto a los demás. La definición implica que las personas deben lograr la capacidad de ponerse en el lugar del otro, compartir, cooperar, respetar, comunicarse, auto controlarse, participar y aportar ideas para elaborar normas justas que regulen la vida colectiva.

En esta misma línea, Canales Alegría (2013) propone que las buenas relaciones interpersonales en el ámbito escolar deben promoverse para favorecen la autoestima del alumnado. En las propuestas que este mismo autor plantea, se remarca la importancia de promover una actitud de escucha, intervenir para pedir la palabra, optimizar el silencio, mantener un comportamiento adecuado dentro y fuera de las aulas, y promover la existencia de un decálogo del buen compañero. Estas sugerencias, sin duda, resultan prácticas y podemos llevarlas a cabo en cualquier contexto de enseñanza que encontremos. Este capítulo intenta completar esta propuesta mencionando algunas estrategias que se pueden emplear en el contexto escolar. En la siguiente tabla presentamos las acciones propuestas.

Tabla. 7. Acciones para la promoción de las relaciones saludables en la escuela. Fuente: Elaboración propia.

	Acciones
De la institución	<p>Promover en los docentes un rol de profesor activo, involucrado, modelador y proactivo ante las necesidades de sus alumnos(as) y padres/madres de familia.</p> <p>Reconocer la diversidad en los(as) estudiantes y profesorado, en cuanto a raza, sexo, orientación, religión, cultura, etc.</p> <p>Generar espacios y actividades concretas que materialicen y fortalezcan de forma consistente las relaciones entre los actores sociales en una institución educativa, tales como: campamentos, foros, cine escolar, ferias, actividades de intercambio de materiales escolares, etc.</p> <p>Establecer una normatividad o guías generales que estén alineadas en el marco de la convivencia, promoción de la salud, ciudadanía y cultura de la paz.</p> <p>Formar tutores sensibles que favorezcan el acercamiento de los padres y madres de familia al contexto escolar.</p> <p>Establecer un espacio en el centro escolar donde los niños, niñas, adolescentes y adultos puedan reunirse y realizar actividades que promuevan el pensamiento crítico sobre diversas situaciones en el contexto escolar.</p>

De la Docencia	<p>Fortalecer el trabajo en equipo en actividades que impliquen escuchar la perspectiva de los otros y conjuntar esas maneras de mirar el mundo en algún resultado escolar.</p> <p>Diseñar actividades que promuevan la participación en distintas modalidades de trabajo: proyectos compartidos, tareas colaborativas, exposiciones interactivas, discusiones y análisis grupales, etc.</p> <p>Incentivar la práctica del reconocimiento al esfuerzo individual y grupal y no sólo el producto o el resultado de alguna actividad.</p> <p>Incentivar y guiar el trabajo mancomunado y las confianzas mutuas de todos y cada uno de los actores educativos en torno a las acciones definidas en el plan escolar.</p> <p>Incentivar a la formación de grupos de estudio, deportivos, de ocio entre los padres y madres de familia y los mismos niños(as), en espacio escolar y fuera del mismo.</p>
De la interacción en el salón de clases	<p>Ser conscientes de las potencialidades del alumnado para adecuar las expectativas de un modo correcto.</p> <p>Favorecer la expresión de sentimientos, necesidades, acuerdos y desacuerdos bajo el principio del respeto, tanto de la relación estudiante – estudiante, como del profesor – estudiante.</p>

	<p>Crear espacios de diálogo y conversación dadas y reguladas por estudiantes y docentes.</p> <p>Promover un ambiente en el que los y las estudiantes expresen gratitud hacia los otros sin sentir vergüenza o desinterés.</p> <p>Implementación de actividades motivadoras que promuevan en los niños, niñas y jóvenes, estrategias de enfrentamiento ante las dificultades, exigencias y altas expectativas.</p>
--	--

El trabajo y las relaciones interpersonales saludables.

Las relaciones interpersonales en el trabajo constituyen un papel crítico en la empresa o en cualquier otra organización pues, aunque la calidad de las relaciones interpersonales no es suficiente para incrementar la productividad, si pueden contribuir significativamente a ella. Las relaciones entre los grupos de trabajo, como en otro tipo de relaciones, son multidireccionales. La estructura entre el grupo de trabajo –operativos, supervisores, directivos– resulta importante para poder entender cómo son las relaciones interpersonales entre ellos.

Si realizamos un análisis de necesidades en el contexto laboral, podemos notar que los jefes necesitan comprender qué es lo que representa una relación interpersonal correcta con los

colaboradores. A menudo se les aconseja mantener cierta distancia social con los colaboradores; un jefe eficaz necesita mostrar interés en los colaboradores, sin ser entrometido (Orduña Altamirano, 2006).

En el contexto de las organizaciones se ha desarrollado el constructo de salud ocupacional, la cual se refiere al bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; a la prevención de daños a la salud causados por sus condiciones de trabajo; así como a la ubicación y mantenimiento de trabajadores en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas (Comisión Internacional de la Salud Ocupacional, 2002). El enfoque principal de la salud ocupacional está orientado en tres objetivos:

- El mantenimiento y promoción de la salud de los trabajadores y su capacidad de trabajo.
- El mejoramiento del ambiente de trabajo, a través de la seguridad e higiene laboral.
- El desarrollo de organizaciones y culturas de trabajo que den soporte a la salud y seguridad en el trabajo.

Lo anterior no únicamente promoverá relaciones interpersonales saludables, también favorecerá un clima laboral positivo. Seguramente las repercusiones serán en beneficio de la productividad y del mejoramiento de diversos procesos. Algunas

acciones que es posible realizar en los contextos organizacionales para favorecer las relaciones interpersonales saludables las describimos en la Tabla 8. Así también aspectos relacionados con la PS en las organizaciones serán expuestos de manera más detallada en el siguiente capítulo.

Tabla. 8. Acciones para la promoción de las relaciones saludables en el trabajo. Fuente: Elaboración propia.

	Acciones
Institución, organización Empresa	<p>Formar guías de puesto, personas que proporcionen apoyo a los trabajadores(as) no sólo en lo laboral sino también ante sus necesidades como personas.</p> <p>Promover reuniones de trabajo para el reconocimiento de las prácticas que favorecen, o no, el entorno laboral para identificar los recursos al interior del grupo y/o resolver los problemas.</p> <p>Sensibilizar, a diferentes niveles, sobre las posibilidades de los trabajadores(as) para adecuar las expectativas de acuerdo a su puesto y sus características personales.</p> <p>Aplicar técnicas para monitorear el ambiente laboral con la finalidad de detectar necesidades de los trabajadores(as) en todos los puestos.</p>

Trabajadores	<p>Generar espacios familiares en el trabajo para que los trabajadores(as) se involucren en actividades propuestas por la organización en interacción con la familia.</p> <p>Promover prácticas de retroalimentación positiva; reflexionar y evitar las prácticas de comparaciones entre jefes, subordinados y trabajadores(as) en general.</p> <p>Favorecer que el trabajo sea un espacio de solidaridad y respeto.</p> <p>Promover actividades que promuevan la responsabilidad mutua y la cooperación entre los trabajadores y los jefes.</p> <p>Fortalecer estrategias de enfrentamiento que originen un entorno de tolerancia, respeto y aceptación.</p> <p>Incentivar a la formación de grupos de apoyo dentro y fuera del espacio laboral.</p>
---------------------	---

Los vecinos y las relaciones interpersonales saludables.

Un vecino es definido como aquella persona cercana en el espacio, con quien se tienen intercambios estrechos y continuos, de quien se espera ayuda, quien participa en una red de comunicación local y puede o no involucrarse en grupos vecinales (Gracia Castillo, 2002). Sin embargo, para que alguien sea el vecino de otro se necesita que comparten un espacio.

El territorio, como extensión geográfica, es un espacio que representa a quien lo vive. Los usos y prácticas que en él se desarrollan nos hablan de las costumbres, normas y características de quien lo usa y habita. No todos los territorios habitados tienen las mismas características. Como señala Gracia Castillo (2002), uno de los aspectos que distinguen a los barrios de otras localidades es la existencia de referentes locales comunes, ya sean espaciales (templos, parques, mercados, etc.), tradicionales (fiestas religiosas o laicas) o de costumbres (redes de comunicación y solidaridad), donde hay relaciones vecinales de diferente intensidad.

Hannerz (1986) señala que las ciudades y los barrios determinan las relaciones sociales. Es en el vecindario donde se promueven ciertos tipos de ideas y también dan origen a problemas particulares. Establecer relaciones vecinales participativas, de colaboración, apoyo mutuo y solidaridad mejoraran la calidad de vida y salud de las personas. Como señalan Gómez Camacho y Guerrero Rojas (2006), la salud y la felicidad son resultado de condiciones ideales de vida. A continuación, presentamos algunas acciones que pueden colaborar en mejorar las relaciones interpersonales entre los vecinos.

Tabla. 9. Acciones para la promoción de las relaciones familiares saludables en la vecindad. Fuente: Elaboración propia.

ACCIONES	
Vecinos	<p>Promover la realización de reuniones vecinales para el reconocimiento de las prácticas sociales en la colonia.</p> <p>Fortalecer la cohesión entre los vecinos a partir de actividades al aire libre, reuniones vecinales, invitaciones casuales, contactos cotidianos cara a cara.</p> <p>Motivar un espíritu de unidad que fortalezca la tolerancia, la cooperación y la interacción entre los vecinos más próximos a nuestro hogar.</p> <p>Usar los espacios públicos con los que se cuenta para realizar actividades de interés para los miembros de la colonia.</p> <p>Elaborar planes de convivencia vecinal, estableciendo objetivos, intereses, pasos de acción y actividades de seguimiento.</p> <p>Organizar la gestión de recursos que se necesiten en la colonia.</p> <p>Promover a temprana edad la buena fe hacia los vecinos, guiando el comportamiento de los menores hacia un proceder de honestidad, empatía y lealtad.</p> <p>Participar en actividades de ocio constructivo, realizando actividades para favorecer la salud, las relaciones interpersonales, el buen trato y el uso positivo del tiempo libre.</p>

Ser más tolerante con los demás, evitar las críticas destructivas hacia los vecinos(as). Ser conscientes de la diferencia entre el análisis amigable y la crítica destructiva.

Capacitar a dirigentes vecinales en técnicas de mediación vecinal, con el fin de estimular y guiar procesos de resolución pacífica de conflictos, si estos ocurrieran.

Comentarios finales.

El ser humano es el ser más gregario sobre la tierra y esta característica no lo excluye de encontrarse en situaciones llenas de contradicciones, pues a pesar de la necesidad de los otros, en muchas ocasiones no es consciente de ello. Las relaciones interpersonales son la manera en como hombres y mujeres interactúan, se identifican y se apoyan. La importancia de ellas no únicamente es medular para su desarrollo psicosocial y para satisfacer sus necesidades de afiliación. Tienen especial importancia para su salud entendida integralmente.

Hoy por hoy, resulta crucial el cuidado, mantenimiento y desarrollo de las relaciones interpersonales al interior de la familia, el grupo primario más importante para la mayoría de las personas; en los centros educativos, de vital importancia, sobre todo en la infancia y adolescencia; en los ambientes laborales, que representan

uno de los contextos más importantes en la edad adulta, en función de que a partir de su trabajo, hombres y mujeres satisfacen sus otras necesidades; y en las relaciones vecinales, cada vez más olvidadas, pero cuyo interés sociológico y psicológico ha recobrado importancia, gracias a teóricos como Bauman (2010).

Como seres integrales, no es posible estar sanos sin relaciones afectivas saludables. Promover relaciones maduras es una exigencia y una necesidad. A través de actitudes de respeto, flexibilidad, apertura al cambio, cuidado de uno mismo y de los otros, la solidaridad, empatía, cooperación y ayuda mutua se podrían desarrollar relaciones óptimas con los demás en cualquier contexto. Mucho se habla dentro de la salud de las revisiones periódicas, y hacer esto respecto de nuestras relaciones es una manera importante de cuidar nuestra salud.

CAPÍTULO 4

PROMOCIÓN DE ORGANIZACIONES SALUDABLES.

Uno de los grandes desafíos para las organizaciones de hoy, es adaptarse a las demandas del mundo laboral, pues se espera que puedan atender necesidades individuales y colectivas de los empleados, de la organización y de la sociedad en general (Salanova, 2009a). La era actual precisa mayor protagonismo de los factores psicosociales en el contexto laboral (Gómez, 2007), diseños organizacionales adaptados a necesidades e intereses (Gimeno Navarro, Grandío y Marques, 2013) e incluso la introducción de funciones sociales y recreativas en el lugar de trabajo (Palacio Hurtado y Sáenz Crespo, 2001).

En este sentido, se habla de una noción amplia de salud en las organizaciones, la cual demanda facilitar al trabajador el desarrollo de su capacidad para sortear con éxito las implicaciones del trabajo (las cuales no solo han aumentado, sino que exigen habilidades cada vez mayores) (Peiró 2004 en Gómez, 2007) y promover su bienestar en los aspectos afectivos, cognitivos, sociales y conductuales, a la par de la búsqueda continua de la efectividad, supervivencia y desarrollo futuro de la organización (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath, 2004 en Salanova, 2009a). La

evolución de las organizaciones a organizaciones saludables (OS), entonces, ha implicado implementar estrategias organizacionales centradas en el cuidado de la salud, políticas de prevención, mejora de la calidad y mejora continua (Rodríguez, Cifre y Salanova, 2008), así como esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para prevenir-mejorar-promover la salud, facilitar entornos de trabajo saludables y trasmitir hábitos saludables (Salanova y Schaufeli, 2009), maximizando el bienestar de los trabajadores a la par de la productividad (Wilson y cols., 2004 en Salanova, 2009a).

Abundan datos acerca de que algunas de las OS son de las organizaciones más exitosas y competitivas a largo plazo, pues tienen mayores tasas de retención de empleados (Burton, 2010), los cuales están motivados, se sienten psicológicamente sanos (Vigoya Valencia, 2002) y son más productivos. A la par, estas OS experimentan beneficios colaterales que derivan en resultados económicos positivos, mayor éxito en la gestión de costes y mayor competitividad (Salanova, 2009a). Para ello, ha sido necesario adoptar un paradigma diferente al tradicional, pasando de la postura donde el individuo es un medio para lograr un fin, a aquella en la que se enfatiza el papel del individuo como el capital más valioso de la organización, sin el que esta no existiría; por lo que maximizar su bienestar y desarrollo, no son solo una valiosa inversión, sino una necesidad y un derecho legalmente sustentado.

Disciplinas como la Psicología Organizacional Positiva y la Salud Ocupacional desde la perspectiva psicosocial, proponen el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de potenciar la calidad de vida laboral y organizacional (Salanova y Schaufeli, 2004; Salanova, Martínez y Llorens, 2014), y la protección de la salud y la seguridad de los individuos (Salanova, 2009b). Incluso la administración de recursos humanos puede verse inmersa en este campo. Todas estas disciplinas remarcan que los empleados motivados y psicológicamente saludables contribuirán a que la organización sobreviva y prospere en un contexto de cambio económico y social continuo (Salanova, 2009a).

Como propuesta de la autora, se considera además el aporte del Desarrollo Organizacional (DO) para trabajar en la transformación de las organizaciones a OS; ya que este es un proceso sistemático de cambio planificado que tiene en cuenta la cultura, los procesos y la estructura; introduce principios y prácticas de las ciencias del comportamiento centrándose en la búsqueda de la reestructuración de creencias, actitudes, valores y conductas. y que considera a la organización es experta en sí misma, lo cual la hace responsable y capaz de adaptarse, conseguir la efectividad individual y la de la organización (French y Bell, 1996).

Es a partir de todo eso que en el presente capítulo hacemos una propuesta teórico-metodológica para la promoción de la salud

(PS) en las organizaciones, matizándola con aspectos del DO. Para ello dividimos el capítulo en tres secciones: 1) la organización saludable, que incluye los elementos que la conforman, 2) los principios promotores, donde presentamos los fundamentos base para guiar las acciones; y 3) una aplicación práctica, donde proponemos estrategias de acercamiento, reconocimiento de necesidades y diseño para plantear acciones de mejora desde un marco de PS.

La organización saludable.

De inicio, es importante comprender que una organización es una unidad social de al menos dos personas que ha sido deliberadamente conformada y que funciona de manera más o menos continua para el logro de una o más metas comunes (Robbins y Judge, 2013). De ello que, al ser social, estará conformada por personas, las cuales interactúan y se relacionan; sin ellas existe un nombre, un edificio, maquinaria, más no una organización. Otro punto es que estas organizaciones existen para el logro de algo en común, por lo que, si no cumplen con ello, no están cumpliendo con su motivo de existencia.

La mayoría tiene elementos comunes a toda organización (objetivos, cultura, estructura, estrategias, recursos, entre otros), ya sea que estén formalizados o no. Sin embargo, el motivo (giro

comercial u objeto social), el sector económico al que pertenecen, el número de miembros, número de sucursales u otras características les demanda necesidades específicas, representando cada una, una realidad particular.

El trabajo en PS, dentro de una organización es un proceso complejo que implica que las estrategias a implementar consideren todo lo que existe en una organización (Castillo León, 2011), desde los elementos del entorno hasta los del individuo, quien está inseparablemente unido a él (Buck, 1996 en Castillo León, 2011). De ahí que a continuación presentamos diversos elementos importantes y necesarios de tomar en cuenta al trabajar con organizaciones, siendo que la labor en PS en búsqueda de organizaciones saludables no es la excepción, por lo cual no debe omitirlos.

Objetivo organizacional.

Este elemento es la base de toda organización, pues dirige las acciones. Por lo tanto, la salud deberá convertirse en un valor estratégico del mismo permeando toda práctica, política o estrategia; así, el logro del bienestar, inherente a la salud, también será inherente al logro del objetivo. Para ello, la OMS propone hacer cambios en los determinantes de la salud bajo el control del individuo (hábitos, conductas, actitudes, entre otros) en los

que están bajo el control de la organización y fuera del control del individuo (prácticas organizacionales, ambiente por mencionar algunos) (Burton, 2010).

Warr (2003 en Jaimez y Bretones, 2011) sugiere acciones que procuren la satisfacción en relación al trabajo, haciendo sentir al individuo capaz, orgulloso e involucrado, mediante la realización óptima de sus tareas, sentido de pertenencia y la consecución de objetivos y logros profesionales (Martínez, 2004 en Jaimez y Bretones, 2011). Se sugiere que toda práctica satisfaga las necesidades del individuo (Maladesky, López y López Ozores, 2005 y Allardt 1996 en Zukerfeld, 2005), además de que las condiciones laborales mínimas permitan evitar la miseria y gozar de una vida digna (p.ej. salarios justos, servicios de salud, seguridad social, oportunidades de educación y desarrollo de las potencialidades), relaciones interpersonales significativas, prevención de enfermedades y control de riesgos, entre otros.

Estructura organizacional.

De acuerdo al tipo de estructura organizacional y a cómo funciona, esta puede tener una amplia repercusión en la salud y en el bienestar de los empleados y, en última instancia, en la eficacia de la propia organización (Wilson, Dejoy, Vandenberg, Richardson y McGrath, 2004 en Jaimez y Bretones, 2009). La estructura sienta las bases para lograr la misión, de modo que influye en el operar

del día a día, en cómo se adapta la organización a los cambios del entorno y en cómo se reacciona ante las situaciones que se presentan.

Dada su importancia es conveniente y necesario que la estructura organizacional presente ciertas condiciones para poder promover la salud a partir de ella. Al respecto, Bañuelos (2011) menciona: 1) jerarquía distribuida de tal forma que permita la comunicación y la armonía dentro de la organización; 2) división del trabajo suficiente, realizable en la jornada laboral y que esta sea equitativamente repartida; 3) procedimientos suficientemente detallados de modo que sea posibles realizarlos y que están tan bien definidos que permiten la toma de decisiones y 4) puestos diseñados de tal forma que puedan ser desempeñados fácilmente por el personal seleccionado.

Cultura organizacional.

La cultura organizacional incluye una serie de significados compartidos, presentes en todas las funciones y acciones de la organización; se refleja en las estrategias, estructuras y sistemas y es la fuente invisible de acción de la visión organizacional al condicionar el comportamiento, determinando su modo de pensar, sentir y actuar (Schein, 1981). Da sentido a la organización a través de la filosofía (misión, visión y valores) y del sistema actitudinal,

es decir, de los comportamientos, sentimientos, comunicaciones e involucramiento afectivo permitidos.

Es fuente principal del clima organizacional, al determinar lo que es correcto respecto de cómo la organización piensa y opera (Davis, 1993), por lo que se recomienda que defina límites, trasmite un sentido de identidad común promotor del bienestar, facilite la creación de un compromiso personal con la salud, más allá de los intereses individuales y que incremente la estabilidad del sistema social al proporcionar normas. Great Place to Work, o “excelentes lugares para trabajar” es una propuesta de trabajo del instituto del mismo nombre, que enfatiza el poder de la cultura, del ambiente de trabajo y de la visión del líder, los cuales deberán ser favorecedores de comportamientos promotores de relaciones de confianza, calidad, orgullo y el compañerismo entre empleados y la dirección, empleados y sus puestos/organización y empleados y otros compañeros (Great Place to Work, 2015).

Estrategias organizacionales.

A partir de la implementación de estrategias, se gestionan y dirigen otros elementos de la organización. A continuación, presentamos algunas estrategias que pueden ser de utilidad en búsqueda de lograr organizaciones saludables. Para ello retomamos las propuestas de dos grandes referencias en el tema; por un lado, el Modelo Heurístico de Organización Saludable de Salanova (2009a) que

tiene como elementos clave las prácticas saludables - desarrollo de empleados saludables y del capital psicológico positivo - resultados saludables. Por el otro lado, el Modelo de Ambientes Saludables de Trabajo de la OMS (2010) que destaca la importancia de realizar acciones hacia ambientes saludables de trabajo para lo cual deberá tomarse en cuenta los ambientes físico y psicosocial, los recursos personales y la participación en la comunidad.

Prácticas saludables en relación con la tarea.

Las tareas se diseñan, rediseñan y enriquecen al fomentar una conexión del individuo con su trabajo, de manera que sienta orgullo y disfrute inmediato al realizarlas. Para ello es fundamental que las tareas sean claras, fomentadoras de autonomía, variadas, especificadas en algún medio de información accesible, y retroalimentadas.

Hay autores que sugieren que el mismo individuo elija su tarea con base en las preferencias personales o que se le asigne de acuerdo a sus capacidades (Acosta, Torrens, Llorens y Salanova, 2013); ello en miras a experimentar el engagement, un estado afectivo positivo de plenitud, vigor, dedicación y absorción o concentración en el trabajo (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002, Salanova y Schaufeli, 2004 y Schaufeli y Salanova, 2007 como se citan en Salanova, 2009a).

Desarrollo de un ambiente físico favorable.

El ambiente físico es de lo más abordado por las leyes ocupacionales de salud y seguridad. En la labor de desarrollar ambientes físicos saludables es importante identificar, examinar y controlar los riesgos que conlleva realizar los procesos (p.ej. checar la maquinaria, mobiliario y el uso de productos); sopesar la presencia de ruidos, la exposición a altas o bajas temperaturas y a factores biológicos; controlar la iluminación y la ventilación; suministrar agua potable, baños e higiene; analizar posturas, movimientos de tareas repetitivas y factores mecánicos, entre otros. Asimismo, el análisis no debe quedarse solamente en evitar o componer, sino permitir determinar acciones facilitadoras del bienestar y del trabajo (p.ej. eliminar la necesidad de conducir un vehículo al hacer reuniones virtuales o diversificar los horarios para aprovechar la luz del día).

Desarrollo del ambiente psicosocial de trabajo saludable.

Para la OMS (2010) dicho ambiente consta de la cultura, clima organizacional y prácticas que se exhiben diariamente y que afectan el bienestar mental y físico de los empleados; sus componentes pueden ser denominados factores estresantes por lo que pueden llegar a provocar en las personas. La propuesta es disminuir los riesgos psicosociales (p.ej. deficiencias en la organización

del trabajo, sobre-exigencia y presión, demasiada flexibilidad, falta de normas o violación de las mismas, acoso e intimidación, discriminación, liderazgo ineficaz, desequilibrio entre la vida laboral y la vida privada).

A partir de ello se facilitará reconocer oportunidades, como reasignar el trabajo para reducir la carga, liderazgo positivo con mayor adiestramiento a los líderes, políticas de tolerancia cero ante el acoso, flexibilidad en la ubicación del trabajo y el tiempo asignado para ejecutarlo (Mayorga Mas, Petrina Piñal y Pérez Vicente, 2008), retribución por contribución y no por presencia, jornada laboral que facilite el cumplimiento de obligaciones personales, apoyo durante el embarazo con personal de refuerzo, servicios de asistencia psicológica, entre otros muchos aspectos.

Desarrollo del capital humano (individuos saludables) y de su capital psicológico positivo.

Esta estrategia es fundamental. Primeramente, es importante la existencia de un departamento, una línea estratégica o incluso alguien encargado/a del desarrollo del capital humano, de manera que se desarrolle lo propio a la administración y que, además, se potencialice el capital psicológico de las personas, es decir, se estimule un estado psicológico positivo inherente a sus acciones. Para ello deben proponerse acciones orientadas al

aumento de la motivación, confianza, autoeficacia (que se sienta capaz y satisfecho, tenga herramientas personales y psicológicas necesarias para su trabajo), optimismo (pueda hacer atribuciones positivas sobre el éxito presente y futuro), esperanza (pueda perseverar hacia las metas) y resiliencia (capacidad de reponerse ante las adversidades) (Salanova, 2009b).

Algunos ejemplos de cómo trabajar ambas líneas son los procesos que fomentan la conexión con la organización, la integración y socialización de empleados nuevos, políticas de empleo estable, sistemas de recompensa y estímulos, estrategias de conciliación vida laboral-vida privada, plan de vida y carrera, procesos de formación y desarrollo, oportunidades de escalafón, entre muchos otros.

Recursos personales de salud en el trabajo.

Esta estrategia se centra en la creación entornos propicios que motiven a los integrantes de la organización a mejorar o mantener prácticas personales saludables y vigilar o apoyar su estado actual de salud física y mental. Esto puede hacerse a través de gestionar y brindar servicios médicos, información, capacitación, apoyo financiero, e instalaciones y políticas o programas que alienten a adoptar y mantener prácticas de un modo de vida sano, como por ejemplo, instalaciones para hacer ejercicio, programas de salud física integral con médico,

nutricionista y psicólogo, subsidios para tomar clases de gimnasia, proporcionar alimentos saludables en la cafetería y máquinas expendedoras, prohibir el consumo de tabaco, organizar campeonatos deportivos internos y externos o tratamiento de dolencias musculares (OMS, 2010).

Prácticas sociales.

Esta estrategia se refiere a la promoción de las relaciones entre los individuos que trabajan juntos (compañeros, jefes y clientes/usuarios), de manera tal que se procuren mayores y mejores conexiones entre ellos. Algunos ejemplos de cómo hacerlo son: creación de canales abiertos para la comunicación con pizarras comunes, chats y grupos de discusión, organización de momentos de convivencia y esparcimiento dentro y fuera del trabajo, desarrollo de equipos de trabajo para el logro de ciertas metas, entre otros.

Participación en la comunidad.

Las OS que cuidan las relaciones con su ambiente extra organizacional reflejan, además, una imagen positiva hacia el exterior, siempre y cuando sean coherentes internamente. En este sentido, hablar de participación en la comunidad consiste en que la organización se relacione e incluso se involucre con la comunidad mediante actividades, aportaciones de conocimiento y recursos

físicos y sociales que procuren la salud, seguridad y bienestar de los empleados, sus familias y de los habitantes de dichas comunidades. Es comparada con la Responsabilidad Social, una línea estratégica en la que la organización adquiere obligaciones y compromisos legales y éticos, que derivan en impactos positivos en los ámbitos social, laboral, y medioambiental y en los derechos humanos.

Algunos ejemplos de cómo participar en la comunidad son: servicios gratuitos o subsidiados, de atención primaria en salud para las familias de los empleados, actividades de alfabetización para empleados y sus familias, capacitación especializada sobre salud a otras organizaciones del lugar, controles voluntarios de los contaminantes, campañas de reforestación y cuidado del medio ambiente y programas de participación de los empleados en pro del bienestar de otras personas.

Resultados organizacionales saludables.

Se considera que además de lograr individuos y una organización más saludable al interior, se tengan también resultados saludables, es decir, que los servicios y/o productos que se ofrecen lo sean, relacionándose ello con reducción de costos, reducción de ausentismo, aumento de productividad y de la resiliencia de la organización. Ejemplo de ellos son el rediseño o reposición de productos adaptándolos a las necesidades de los clientes y con aportación de los empleados, apertura a la creatividad y a la

innovación, uso consciente, cuidado y optimización de los recursos materiales, entre otros (Salanova, 2009b).

Principios fundamentales de las OS

Hablar de PS en las organizaciones implica que las acciones se fundamenten en una serie de principios que le den orientación y sentido a cada propuesta y cambio. A continuación, presentamos algunos de los que consideramos más importantes de aplicar.

- Integración. Incorporar intervenciones individuales, grupales y organizacionales que creen un ambiente seguro y saludable integral (dentro y fuera del sistema).
- Participación. Incluir a todos los individuos, de todos los niveles, en todas las acciones (OMS, 2010), pues es su derecho pero también su responsabilidad involucrarse en el proceso.
- Empoderamiento. Involucrar a los individuos de forma tal, que las decisiones y soluciones que tomen aumenten la confianza en sus habilidades, impactando en cambios hacia sus vidas (OMS, 2010). A nivel organizacional, implica incorporar procesos que faciliten a la organización ejercer el control sobre sí misma, al resolver sus necesidades en conjunto, sin confrontaciones, y al asumir la responsabilidad por sus acciones.
- Apoyo social. Asistir a los individuos para enfrentar más favorablemente los problemas, amortiguar los sucesos negativos

o de estrés con apoyo emocional, intercambio de información y oferta de materiales y servicios (Nutbeam, 1986; House, Landis y Umberson, 1988 en Castillo León, 2011). Pueden entrenarse personas para tal efecto. Una dinámica eficaz permite tener la expectativa de que si se requiere se puede disponer de dicho apoyo (Castillo León, 2011).

- Multisectorialidad. Involucrar a la organización con grupos claves de diferentes sectores, como gobierno, universidades, organismos no gubernamentales, comunidad, y otros (OMS, 2010).
- Multidisciplinariedad. Integrar la experiencia de profesionales de varias disciplinas y de personas de áreas diferentes en las acciones (OMS, 2010).
- Justicia social. Incluir a todos los individuos sin distinción de rango, género o grupo étnico (OMS, 2010). Las acciones son incluyentes, independientemente de cualquier condición.
- Sustentabilidad. Incorporar los cambios a la cultura organizacional y a las prácticas administrativas para poder mantenerlos a través del tiempo (OMS, 2010) y no sólo con prácticas temporales.

Aplicación práctica de la PS en las organizaciones.

El cambio planeado, propio del DO, para la consecución de una organización saludable es sumamente deseable. El cambio es la

transición de una situación actual a otra diferente, deseada. Implica ruptura, transformación, adaptación, renovación y revitalización (Chiavenato, 2009). La administración efectiva del cambio implica 1) motivar para vencer la resistencia, 2) crear una visión del futuro y la forma en cómo se adaptarán al mismo, 3) desarrollar apoyo de los grupos poderosos, quienes están convencidos que el cambio es bueno y lo apoyarán, 4) administrar la transición al planificar y comprometerse y 5) mantener el ímpetu con sistemas de apoyo y de refuerzo que permitan un cambio duradero (French y Bell, 1996).

A ello se propone agregar una visión positiva, es decir, un enfoque desde el diagnóstico, basado en la capacidad de la organización y de los individuos, sus oportunidades, fortalezas, recursos, habilidades, competencias, talentos y mejores prácticas, alejándonos por un momento de los intentos de mejora enfocados en aspectos negativos (causas primarias de los errores, problemas, fallas, déficit e inconformidades). La propuesta es centrarse en lo que se sabe, lo que se hace bien, y lo que se puede llegar a lograr; y aunque, definitivamente, no podremos ignorar los problemas –ni es la intención–, nos centraremos en reconocer el potencial de la organización, pues genera un clima de vitalidad y disposición renovada.

En esta labor de cambio, la PS en las organizaciones reclama una metodología interdisciplinaria que integre los elementos implicados en la salud de los trabajadores y las medidas institucionales necesarias para amplificar las características

positivas de la organización (Salanova, 2009b). Al respecto existen varias metodologías para la gestión de organizaciones saludables. De todas ellas, y a modo de ejemplo, podemos mencionar a la Intervención Apreciativa, que es una forma de intervención que puede utilizarse para planificar las acciones, ya que está basada en la Psicología Positiva y el Constructivismo Social.

Esta metodología de trabajo se define como un proceso de desarrollo organizacional que involucra a los individuos de una organización en el intento de descubrir qué es lo que funciona bien para potenciarlo, promover la renovación y mejorar el desempeño. Se centra en cómo crear más ocasiones de desempeño excepcional a partir de las fortalezas presentes, crear una visión conjunta de lo que ya se hace bien y generar una visión colectiva del potencial futuro, guiando la mejora y el crecimiento (Bartunek, 1984 en Varona, 2003).

Es una metodología que parte de la elaboración de preguntas (tópicos positivos) a partir de las cuales se inicia un proceso de cambio, basado en rescatar lo que tiene más valor (centro). El proceso metodológico consta de cuatro fases: 1) descubrir y apreciar lo mejor de la organización, 2) soñar con lo que la organización puede ser, 3) diseñar cómo y 4) ejecutar lo planeado.

Otra forma de aplicar la PS en las organizaciones es siguiendo el Modelo de Ambientes Saludables de Trabajo de la OMS (una de las principales iniciativas de la PS) Este modelo propone que se

debe transformar la organización mediante procesos participativos, de búsqueda de la mejora continua y de evaluación, por lo que hay que verificar que empleados y jefes colaboren para promover y proteger la salud, la seguridad, el bienestar y la sustentabilidad del ambiente de trabajo (OMS, 2010). Para ello propone una serie de ocho pasos que incluyen: 1) movilizar a la organización, 2) reunir un equipo, 3) examinar, 4) priorizar, 5) planear, 6) hacer, 7) evaluar y 8) mejorar.

Integrando elementos de ambas metodologías hacemos la siguiente propuesta de cinco fases (ver Figura 4) para la aplicación de la PS en organización.

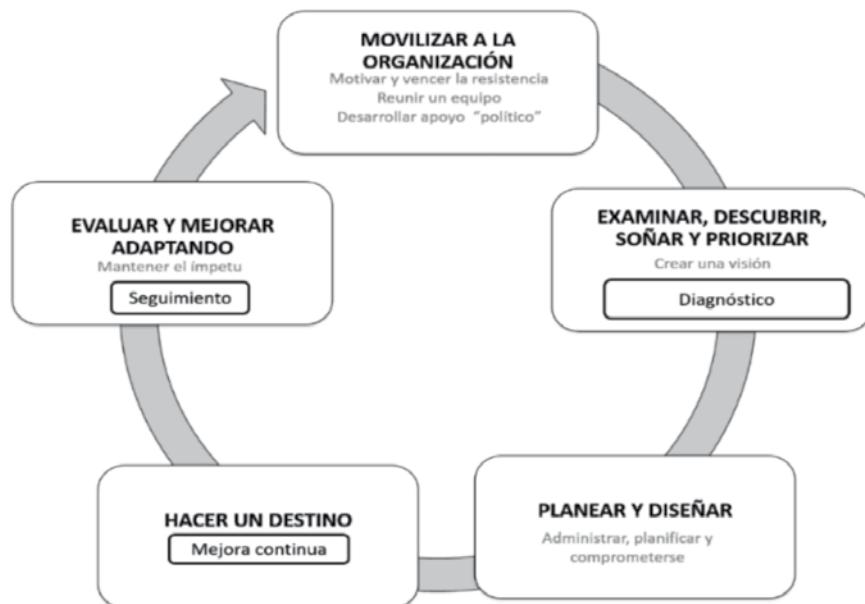


Figura 4. Propuesta de cambio positivo hacia la consecución de OS.
Fuente: Adaptado de OMS (2010) y Varona (2003).

1. Movilizar a la organización. A partir de la necesidad de cambio, se confirma la autorización y acuerdo de la dirección, con respecto al inicio del proceso y se formaliza su compromiso mediante un contrato. Se indaga quiénes están interesados en el cambio, quienes son las más importantes e influyentes, y se les invita a participar.

La OMS recomienda formar un equipo encargado del proceso con funciones y responsabilidades específicas (Burton, 2010), o si ya existe un comité de seguridad y salud, puede desempeñar este papel, integrando a algunos líderes y actores clave. Este equipo será el encargado de movilizar al resto de los integrantes de la organización, motivarlos a participar, ya sea mediante grupos o dependiendo de las condiciones. Será importante que, si el encargado es un consultor externo, se le informe a la organización de su papel en el proceso.

Si la organización es grande, el equipo estará integrado por representantes de diversos niveles, de manera que menos de la mitad ocupen puestos de dirección. En una organización pequeña pueden participar expertos o personal de apoyo ajeno a la organización. Independientemente de ello, es importante que la representación de los géneros sea equitativa.

Algo importante de estas primeras acciones es vencer posibles resistencias. Para ello la sensibilización sobre la importancia del cambio es fundamental, al permitir mostrar el estado futuro

deseado, adoptar el apoyo político de personas importantes que crean en el cambio y lo promuevan, crear una visión del mismo y sus beneficios, informar abiertamente lo que se pretende y mostrar empatía, y sobre todo involucrar a los miembros de la organización en la planificación y puesta en práctica (French y Bell, 1996). Se puede iniciar en esta fase la intención de información con actores clave y líderes, mediante entrevistas.

2. Examinar, descubrir, soñar y priorizar. En esta parte se descubre y examina el estado actual de la organización mediante una exploración o diagnóstico, es decir, un análisis detallado de la situación sobre la PS en la organización, y se realizan actividades de recogida de información, análisis, debate interno (Burton, 2010), encuestas, listas de control, entrevistas, actividades participativas. Se recomienda realizar también una investigación documental, que brinde un panorama general de la organización, basado en datos objetivos de fuentes diversas, como reportes e inspecciones, evaluación de riesgos, datos demográficos, estadísticas de productividad, niveles de ausentismo, políticas y prácticas vigentes, tasas de licencia por enfermedad, lesiones y enfermedades ocupacionales, estudios de clima laboral, informes globales, entre otros.

Esta información es importante para conocer desde donde se está partiendo, para identificar aspectos importantes de trabajar y para poder comparar dichos parámetros iniciales con los resultados

del trabajo de intervención realizado posteriormente (OMS, 2010). La exploración o diagnóstico se puede realizar en dos modalidades, dependiendo de las características de la organización: 1) trabajar con la organización entera (denominada cumbre en la IA) o 2) iniciar el proceso con un determinado grupo de la organización, dejando que el proceso avance hasta que cubra a la organización en su totalidad (movimiento social en la IA). Si el mismo personal apoyará en la implementación de la intervención, este deberá ser capacitado.

Para mantener la visión positiva de la IA, se puede complementar la exploración diagnóstica con un “descubrir”; es decir, investigar cuáles son las prácticas saludables que dan vida a la organización en términos de individuos, procesos y resultados (Varona, 2003). Para ello puede realizarse mediante un proceso reflexivo contestando preguntas o con una línea del tiempo en la que se focalicen los momentos de excelencia, entendiendo cuáles son los factores específicos (liderazgo, relaciones, tecnologías, procesos, estructura, valores, procesos de aprendizaje, condiciones externas, etc.) que hacen posible la salud organizacional (Aguilera Muga, 2011).

Es ideal que todos los miembros de la organización contesten, siempre y cuando sea factible, para después hacer el análisis de contenido y determinar los temas comunes y las historias inspiradoras recogidas. La profundidad dependerá del tiempo, la

disposición, los recursos y el impacto que han tenido todas esas situaciones en la organización, procurando que no se creen nuevas necesidades ni se maximicen las existentes. Al momento de redactar el primer panorama, es recomendable presentar lo encontrado principalmente en relación a las fortalezas, y si se requiere presentar alguna problemática es importante presentar aspectos positivos en relación a la misma, por ejemplo: si hablamos de las tasas de ausentismo, mencionaremos también qué factores se identifican que apoyan a la permanencia. La información obtenida debe socializarse a los individuos participantes o a una muestra de ellos, invitándolos a confirmar los resultados y/o complementarlos con información faltante.

A partir de ello se da la posibilidad de “soñar”, es decir, que los integrantes de la organización conciban “lo que la organización puede ser”, los resultados esperados y potenciales (Aguilera Muga, 2011). Para ello se formulan proposiciones respecto a lo mejor que posee la organización y a lo que puede llegar a ser en el futuro. Después, se priorizan considerando factibilidad, riesgos consecuentes, posibilidades de éxito, costos y consideraciones políticas. Si se quiere ahondar sobre las causas de las problemáticas y/o fortalezas, se puede trabajar con la técnica Ishikawa o espina de pescado que permite profundizar en estas, o con cualquier otra que permita obtener mayor información de acuerdo a las características del grupo.

3. Planear y diseñar. Una vez que los “sueños” han sido priorizados se aterrizzan en condiciones internas y externas a la organización y a los individuos, que harán posibles las mejoras. Para ello se puede responder a la pregunta ¿Cómo sería nuestro sistema de PS si lo diseñáramos para lograr lo máximo posible y acelerar la realización de nuestros sueños? así los miembros deciden qué proposiciones se van a ejecutar y de qué modo, a través de un programa de acción. Es importante hacer un análisis de recursos para identificar los que existen y los que se van a necesitar, analizando la factibilidad, de acuerdo a las condiciones actuales (Varona, 2003).

La OMS propone preparar planes anuales para abordar los temas en el orden de prioridad establecido, incluyendo en ellos la promoción de las acciones o políticas, la capacitación para cualquier política nueva, un plan de mantenimiento y uno de evaluación. Cabe señalar los múltiples tipos de intervenciones que se pueden hacer en esta fase, ya sea para trabajar con los individuos, con la organización o con una parte de ella. French y Bell (1996) muestran una compilación de intervenciones en su libro sobre desarrollo organizacional.

4. Hacer un destino. En esta parte del proceso se designan los responsables de cada medida y se ejecutan los planes de acción. Implica el compromiso personal y organizacional hacia el cambio (Varona 2003). Supone también establecer prioridades

y evaluar la implementación, que es clave para determinar el éxito de la intervención; se asumen responsabilidades y compromisos concretos, cambios en los procesos y sistemas organizacionales.

Con esta etapa se concluye el proceso de indagación, aunque supone seguimiento de lo planeado, el cual permitirá comprobar el grado de ejecución de las acciones previstas y comprobar cambios a partir del desarrollo del programa, corrigiendo posibles desviaciones o introduciendo otras medidas, si así fuera necesario (Burton, 2010). Para ello proponemos una siguiente fase.

5. Evaluar y mantener. Se debe evaluar tanto la ejecución como los resultados a corto y largo plazo. Aunque es improbable que pueda establecerse una relación de causalidad entre los cambios en la salud de los empleados y los cambios de productividad o rentabilidad, es importante realizar un seguimiento de estas cifras y compararlas con los puntos iniciales (Burton, 2010). Algunos aspectos propuestos a evaluar son (Mayorga Mas y cols., 2008): cambios en la conducta, en indicadores psicológicos o en la cultura e incorporación de los principios de la PS al trabajo organizacional; efectividad y alcance del proceso, grado de participación en las actividades, nivel de satisfacción respecto a las expectativas creadas, impacto logrado por el programa de PS a otros grupos de interés extra organizacionales, así como la mejora en los resultados de auditorías, autoevaluaciones, certificaciones.

Cabe señalar que factores como cambios de directivos, incremento de la demanda de los productos o servicios, cambios en la situación económica mundial, pueden tener un fuerte impacto en la salud de la organización, independientemente de la intervención realizada, y con ello dificultar una conclusión acorde a los resultados esperados (OMS, 2010). De cualquier manera, los cambios generados y los resultados obtenidos deben verse más como un inicio y no como un fin. Deben verse como parte de un proceso que posibilite nuevos cambios posteriormente, como actualizar programas, incorporar componentes, reconocer buenos resultados procurando que todos los interesados directos sean conscientes de ello. Asimismo, la sostenibilidad de las iniciativas propuestas será más viable en la medida que se integren al plan estratégico de la organización, reflejándolo en las medidas operativas dirigidas a cuidar la salud utilizadas a partir de diversas las decisiones de la organización, reforzando un sistema de gestión del desempeño que establezca metas de producción, pero también normas de conducta y actitudes que propician una cultura laboral saludable.

Comentarios finales.

Hablar de PS en las organizaciones implica centrar las estrategias en la búsqueda del bienestar de sus miembros, integrando los puntos de vista, disciplinas y estrategias variadas que

permitan trabajar la salud a nivel individual y organizacional y no solamente mirar al individuo o a la organización (Salanova, 2009a). Es importante que las condiciones objetivas del trabajo sean atractivas y que exista un equilibrio entre los recursos laborales y personales. Las prácticas organizacionales están directamente relacionadas con los individuos saludables; esto es, están vinculadas con el bienestar de los empleados, y, a su vez, este bienestar repercute en que la organización logre resultados saludables. Por lo tanto, el bienestar de los individuos dentro de la organización es finalmente personal, está íntimamente relacionado y es interdependiente del de la organización por lo que, finalmente, son inseparables.

Toda estrategia o práctica implementada en las organizaciones debe procurar dos tipos de cambios: en el individuo y en la organización, que dependerán de las necesidades de las organizaciones, como propone el DO, si bien no debemos descuidar las necesidades de las personas en lo individual. Esta labor es un proceso de mejora continua para detectar y atender las necesidades con una visión positiva como la que promueven la indagación apreciativa y la propuesta de entornos laborales saludables. El proceso realizado es tan fundamental para su éxito como el contenido mismo del programa de intervención que finalmente se realice, por lo que el proceso deberá atenderse haciendo las variaciones que sean necesarias en los pasos y

en las acciones de acuerdo al tipo de organización, su dinámica y necesidades (Burton, 2010). La PS necesariamente deberá volverse sustentable y sostenible para la organización al ser parte de las tácticas administrativas para su permanencia en el tiempo (OMS, 2010).

CAPÍTULO 5

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE LA ACCIÓN COMUNITARIA.

La salud de los individuos y las comunidades se ve afectada por diversos factores que pueden o no favorecerles. La promoción de la salud (PS) resulta útil para el desarrollo de acciones encaminadas a favorecer aquellos factores que promueven la salud a nivel comunitario y que, a su vez, tienen impacto en nuestro bienestar individual. Desde esta perspectiva, se han desarrollado programas y proyectos que han evidenciado lo práctico de la PS para posibilitar la salud a nivel comunitario (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS], s.f.).

En este contexto, hablar de salud implica abarcar más allá del nivel individual. Nos encontramos inmersos en un escenario con determinantes sociales, económicos, culturales y políticos que tener impactos positivos o negativos en nuestra salud. En ese sentido, es necesario pasar hacia un enfoque que ponga atención al contexto en el cual estamos inmersos, que determina en gran medida nuestras condiciones de salud, y a las modalidades de organización social de las cuales formamos parte, siendo un ejemplo de ello las propias comunidades en las que estamos insertos (Freudenberg, 2007).

Dentro de las comunidades podemos desempeñar funciones y al mismo tiempo compartir intereses, metas y objetivos en común. Una comunidad puede proveernos de recursos para mejorar nuestra calidad de vida o bien limitar nuestros alcances. En este contexto, la PS resulta primordial para procurar que los aportes comunitarios sean positivos para mejorar las condiciones de salud, en tanto que promueve la participación comunitaria, la toma de decisiones y el empoderamiento de sus integrantes.

Ante este panorama, en este capítulo revisamos los procesos involucrados en la PS en las comunidades. Para ello presentamos una aproximación sobre lo que implica una comunidad saludable y los principios de la PS a nivel comunitario. También exponemos una serie de términos y sugerencias con el objetivo de tener un marco conceptual de referencia desde el cual desarrollar posteriormente estrategias que pudieran orientar la práctica de la PS en las comunidades.

Comunidad saludable.

Existe una serie de definiciones sobre lo que es una comunidad. Por ello, el término puede resultar confuso o ambiguo. Por ejemplo, persiste la discusión sobre quién define una comunidad. Por lo regular, una comunidad ha sido definida por profesionales de la salud para delimitar los alcances de sus programas de intervención

y así dirigir sus objetivos (Rifkin, Lewando-Hundt y Draper, 2000). Este enfoque tiene consecuencias importantes, ya que la percepción viene de fuera y no suele considerar la visión de los beneficiarios. Otra perspectiva es cuando existe una auto denominación como comunidad, en este caso, se define desde dentro y con sentido de pertinencia. Desde una perspectiva más conceptual, una forma posible de definir a una comunidad es como un grupo de personas que pueden estar relacionadas por su ubicación geográfica (más no necesariamente), que comparten relaciones interpersonales y tienen metas en común que los hace una unidad con sentido de pertenencia (Raeburn, Akerman, Chuengsatiansup, Mejía y Oladepo, 2007).

Si nos trasladamos al campo de la PS, puede definirse una comunidad saludable como aquella que ofrece a sus miembros la posibilidad de hacer elecciones saludables, confiere recursos que potencian su salud y oportunidades de mejorar su calidad de vida. Entre sus fortalezas pueden encontrarse la presencia de organizaciones e instituciones (educativas, laborales, políticas) comprometidas con la PS de sus integrantes. Del mismo modo, en una comunidad saludable podemos encontrar disposición e interés de sus integrantes para orientar sus propios procesos de salud, infraestructuras que permitan el uso de espacios para el desarrollo de actividades saludables, grupos organizados cuyos líderes fomentan mejores condiciones de vida. Además, una comunidad

saludable promueve los causantes de la salud y enfatiza el contexto social, cultural y ambiental (Navarro Voetsh, Liburd, Giles y Collins, 2007).

Una comunidad saludable también se caracteriza por su carácter participativo y capacidad de movilización, implicando procesos clave, como la capacidad y participación comunitaria, empoderamiento y ciudadanía, a través de los cuales hacen sostenible las intervenciones que contribuyen a la salud y desarrollo local. También existen formas de organización comunitaria cuyo apoyo contribuye al éxito de iniciativas encaminadas a mejorar el estatus de salud, dependiendo en gran medida del contexto en el cual se han efectuado (OPS/OMS, s.f.).

Modelo de PS basado en la comunidad.

Ante las características antes mencionadas, se hace evidente la necesidad del trabajo de la PS a nivel comunitario, cobrando especial relevancia el uso de estrategias con un enfoque integral y holístico, donde el principal objetivo sea generar la acción comunitaria (Sapag y Kawachi, 2007). En este contexto, para encaminarnos a la PS a nivel comunitario, es necesario situarnos desde un enfoque o modelo que nos permita enmarcar nuestras estrategias posteriores. En este sentido, Pancer y Nelson (1990) proponen un modelo de PS basado en la comunidad (ver Tabla

10) que destaca la importancia de las estructuras de la comunidad, la necesidad de trabajar con el entorno social y desarrollar una filosofía de empoderamiento que lleve al cambio comunitario y toma de decisiones enmarcadas en normas comunes en beneficio de la salud.

El modelo de PS basado en la comunidad también señala una serie de directrices para una movilización de la comunidad a favor de la PS, las cuales exponemos en la siguiente tabla, ya que pudieran considerarse para fines de planeación de un programa para trabajar con y desde la comunidad.

Tabla 10. Directrices para una movilización a favor de la PS.

Fuente: Pancer y Nelson (1990).

DIRECTRIZ	DEFINICIÓN
Participación de la comunidad	Los miembros de la comunidad deben participar en todas las fases del programa.
Planificación	Desarrollar una intervención comunitaria eficaz exige una planificación cuidadosa, que a menudo debe prolongarse durante dos o tres años.
Evaluación de necesidades y recursos	Antes de ejecutar un programa basado en la comunidad, es preciso prestar atención a la identificación de las necesidades o problemas de salud de esa comunidad y a los recursos de que se dispone para cubrir estas necesidades.

Un programa global	Los programas más prometedores son los más amplios, en el sentido de que pretenden influir en múltiples factores de riesgo, utilizan varios canales distintos para su prestación y se dirigen a varios niveles (personas, familias, redes sociales, organizaciones y la comunidad en su conjunto) y que están diseñados no solo para modificar los comportamientos de riesgo, sino también los factores que los mantienen (tales como la motivación, el entorno social).
Un programa integrado	El programa debe ser integrado, de forma que cada componente del mismo sirva de refuerzo a los demás.
Cambio a largo plazo	Los programas de PS basados en la comunidad deben diseñarse para producir cambios estables y duraderos tanto de los comportamientos relacionados con la salud como los del ambiente. Para ello, precisan una financiación a largo plazo y el desarrollo de una infraestructura permanente de PS en la comunidad
Modificación de las normas comunitarias	A fin de lograr un efecto significativo en toda una organización o comunidad, el programa debe ser capaz de modificar las normas y patrones de comportamiento de las mismas.

	Para ello, es preciso que una parte importante de los miembros de esa comunidad se vean expuestos a los mensajes del programa o, lo que sería aún mejor, que participen de alguna forma en las actividades de este.
Investigación y evaluación	Es necesario realizar un proceso exhaustivo de evaluación e investigación, no solo para documentar los resultados o efecto del programa, sino también para describir su formación y proceso.
Recursos suficientes	Los recursos económicos, de personal y organizativos disponibles para montar un programa deben ser adecuados si se desea que dicho programa tenga la magnitud suficiente como para afectar apreciablemente a la totalidad del grupo, organización o comunidad de destino.
Colaboración de los profesionales y de la comunidad	Un programa de PS basado en la comunidad necesita la colaboración activa de los expertos en PS y de los dirigentes comunitarios.

Conceptos en torno a la PS en la salud comunitaria.

A continuación, presentamos una serie de términos en referencia a diversos procesos clave implicados en la PS comunitaria, con el objetivo de dar a conocer a nuestros lectores la terminología empleada en la PS comunitaria, además de enmarcar conceptualmente su práctica.

Salud comunitaria.

La salud comunitaria surge como un modelo de atención en el que la población participa para resolver necesidades de salud de su comunidad. Nace como una medida de atención para la salud de los países pobres, de la mano con la atención primaria. Su origen nos da cuenta del impulso que se le ha dado en los países en vías de desarrollo.

Existen diversos elementos implicados en la definitoria de la salud comunitaria. Estos han surgido con el transitar de los años y la incorporación de términos a partir de la práctica. Restrepo Vélez (2003) presenta una síntesis del concepto y lo plantea como un modelo amplio que incluye:

- La necesidad de abordar de forma integral los procesos de salud-enfermedad.
- Lo macro y micro-social.

- Las prácticas en el contexto de la organización social en la que se producen los fenómenos de salud- enfermedad.
- La integración de todas las actividades médico-sanitarias-ambientales-sociales en la concepción social de la salud.
- El predominio de lo colectivo sobre lo individual o minoritario.
- La planificación local y descentralización de los sistemas.
- La organización de los servicios de salud con carácter público y cobertura universal.
- La participación real y consciente de las comunidades, instituciones y demás sectores de la sociedad en la gestión y toma de decisiones.
- Las necesidades reales de salud de las poblaciones.
- La orientación epidemiológica de las actividades.
- Todos los niveles de atención.

La salud comunitaria implica el trabajo comunitario de carácter interdisciplinario y desde una perspectiva holística.

Determinantes de la salud.

Existen diversos factores que determinan el estatus de salud. Unos son inherentes a las personas y no pueden modificarse, por

ejemplo, la edad. Sin embargo, otros como el acceso a los servicios de salud, educación o espacios físicos, son susceptibles de cambios (Nutbeam, 1998). En este sentido, los determinantes de la salud hacen referencia a esas características, ya sean biológicas, sociales, culturales y/o económicas que influyen en la salud (Sapag y Kawachi, 2007).

La salud no es azarosa, tiene causantes y es necesario identificarlas para poder dirigir acciones para promoverla. Los determinantes de la salud no son solamente factores negativos que influyen en la disminución de la salud, también se encuentran los determinantes positivos que facilitan la salud, los cuales se busca fortalecer y promover. En este sentido, uno de los ejes rectores de la PS es dirigir acciones para influir en los determinantes facilitadores o positivos de la salud que conduzcan a mejorar el estado de salud de una comunidad. Para modificar los determinantes se requiere del cambio de comportamiento y un entorno que lo facilite.

Cohesión social.

Al hablar de cohesión social nos referirnos a la capacidad de una sociedad de usar sus recursos económicos, sociales, culturales, políticos, que permitan que esa sociedad participe, brinde conectividad, confianza, sentido de pertenencia y sea incluyente.

En el trabajo comunitario se busca lograr o reforzar la cohesión social, esa vinculación entre sus integrantes. Una comunidad socialmente cohesionada implica aquella en la que sus integrantes comparten un sentido de pertenencia y participan activamente en asuntos que le conciernen a la comunidad y gozan de una inclusión social que les confiere equidad en el acceso a servicios, bienes y oportunidades que contribuyen al bienestar.

La cohesión social puede derivarse de diversos factores. Por ejemplo, se ha documentado su relación con el empoderamiento intrapersonal (Speer, Jackson y Peterson, 2001). Por ello, los trabajadores de la salud deberán considerar el fortalecimiento de la capacidad de control sobre la salud individualmente, generar oportunidades de participación para el empoderamiento, como el involucramiento en la toma de decisiones comunitarias.

Otro factor importante es la estratificación social, muchas veces basada en una desigualdad económica que separa a la población en estratos que no permiten la equidad de ingresos dificultando con ello la cohesión social (Kawachi y Kennedy, 1997). En este contexto, una mayor equidad en los ingresos permitiría mayor cohesión social y beneficios a la salud. También dicha estratificación puede deberse a formas de exclusión social de muy diverso tipo como, por ejemplo, por razones de la etnia a la que uno

pertenece. Por ello, se busca que en la cohesión social se logre la inclusión social, con lo cual se posibilite una mayor equidad y sentido colectivo de conectividad. A partir de lo anterior, se hace evidente la importancia de la cohesión e inclusión social para el bienestar y la salud de las personas.

Capacidad comunitaria.

La capacidad comunitaria hace referencia a las fortalezas y recursos con los que una comunidad cuenta para dirigir sus propios procesos y desarrollo local. Constituye una fuerza elemental para la PS (Raeburn y cols., 2007). Su construcción implica conducir conocimientos, habilidades y competencias para generar cambios. Tiene que ser edificada por las personas involucradas, quienes a su vez participan en diferentes grados, siendo importante su solidaridad y apertura a la negociación (Traverso-Yepez, Maddalena, Bavington y Donovan, 2012).

Así también, es importante tener en cuenta recursos que comúnmente se han ignorado en los programas de salud comunitaria, como lo son los modelos locales de salud-enfermedad, que involucran conocimientos y prácticas terapéuticas propias y a los cuales se tiene acceso en las comunidades (Raeburn y cols., 2007; Navarro y cols., 2007).

Principios de la PS para el desarrollo de Comunidades Saludables.

La PS tiene varios principios que fundamentan el desarrollo de comunidades saludables. Para fines de este trabajo consideramos los siguientes:

- Holismo. Abordar a la comunidad de manera holística y en su conjunto, fortaleciendo las interrelaciones, sentido de pertenencia y objetivos comunes en beneficio de la salud de sus integrantes.
- Fortalecimiento de recursos. Apoya y promueve las fortalezas y recursos de una comunidad para dirigir sus propios procesos de salud y desarrollo local.
- Influencia en determinantes de salud. Dirige acciones para influir en los determinantes positivos de salud que conduzcan a facilitar el estatus de salud de los integrantes de la comunidad.
- Interculturalidad. Promueve la interculturalidad estableciendo diálogos y comprensión entre perspectivas culturales distintas en busca de la sinergia y construcción de escenarios incluyentes que favorezcan la PS.

Además de estos principios, sin duda fundamentales para el trabajo de PS en comunidad, a continuación, ahondamos en otros tres principios igual de importantes: el empoderamiento, la participación y la ciudadanía.

El empoderamiento.

El empoderamiento hace referencia al proceso individual y colectivo que facilita a las personas para tomar decisiones a través de la apropiación y fortalecimiento de conocimientos y habilidades (González-Molina, 2002). El concepto surgió en los 80's y se hizo referencia a las acciones enfocadas a proveer conocimiento y oportunidades para obtener habilidades que permitieran a las personas tomar el control de sus propias decisiones y en consecuencia actuar colectivamente (Rifkin, 2000).

En la PS el empoderamiento es un proceso que implica tomar control sobre los factores que afectan la salud. Como vimos en el capítulo dos, de manera individual una persona fortalece sus habilidades y se empodera para influir en su salud y bienestar. Ahora, a nivel comunitario, se considera que una comunidad empoderada es aquella en la que sus integrantes toman decisiones, dirigen estrategias, habilidades y recursos en beneficio de su salud (Nutbeam, 1998), haciéndolo de manera colectiva. Se trata de un proceso de concientización y liberación que implica movilización, acción política, social y cultural para ganar control sobre su propio desarrollo.

La participación comunitaria.

Mucho se ha señalado de que la participación es crucial para el desarrollo comunitario, y por ende para las iniciativas de PS (Nutbeam,

1998; OPS/OMS, s.f.). La participación puede entenderse como un proceso dinámico en el que la gente pasa por diferentes grados de involucramiento, desde la pasividad hasta el control y toma de decisiones en su comunidad (Geilfus, 2002). Esta forma unilineal es la que ha prevalecido al momento de concebir la participación. Sin embargo, existen otras perspectivas que describen y explican los diversos procesos que implica la participación comunitaria. Uno de ellos es la rueda de participación de Davidson (1998 en Heritage y Dooris, 2009). Este es un modelo que no es lineal ni jerárquico el cual consta de cuatro cuadrantes: informar, consultar, participar y empoderamiento. En ellos se señalan diferentes procesos que, al considerarlos, permite proyectar y asistir la planeación comunitaria, los objetivos y las estrategias para cada uno de los cuadrantes. En la Figura 5 podemos ver una representación gráfica simplificada de dicho modelo.

Un punto a destacar en materia de participación es que la construcción de relaciones interpersonales es de los pilares de la participación. Se ha documentado el poder de éstas en la dirección de programas de PS en trabajos como el de Raeburn y cols. (2007). Su estructuración facilita la organización, el liderazgo, y la movilización de recursos, entre otros procesos (Traverso-Yepez y cols., 2012). Así, fomentarlas constituye una de las competencias más importantes para lograr la participación y a partir de ello construir la capacidad comunitaria (Navarro y cols., 2007).



Figura 5. Versión simplificada de la Rueda de la participación de Davidson (1998 en Heritage y Dooris, 2009).

La ciudadanía.

La ciudadanía hace referencia a ser miembros de una comunidad con derechos civiles, sociales y políticos. Compartir los mismos derechos brinda a los integrantes de una comunidad un sentido de pertenencia. Al exigir sus derechos, el ciudadano adquiere la responsabilidad de involucrarse y participar en los procesos de su

comunidad (Escobar, 2001), participando y generando acciones orientadas a mejorar las condiciones de salud.

Así, en la PS, el ciudadano no solamente recibe los beneficios que le confiere su derecho a la salud, sino que se interesa e involucra en programas, proyectos, organizaciones e iniciativas públicas orientadas a mejorar el estatus de salud de su comunidad.

Existen ciertas características, como los marcos jurídicos y políticos, que enmarcan el ejercicio de los derechos plenamente. Un entorno político que ofrezca la adopción de la PS entre sus estrategias es un factor clave para el ejercicio del derecho a la salud y por ende para el éxito de programas y proyectos comunitarios (OPS/OMS, s.f.).

Estrategias de PS en comunidades.

En este apartado presentamos algunas estrategias para la PS a nivel comunitario con el propósito de generar ideas que pudieran guiar el trabajo práctico. Éstas han sido enmarcadas desde la metodología participativa que reconoce la capacidad de la comunidad y favorece su empoderamiento (Rifkin, 2000; Sapag y Kawachi, 2007). De esta manera, se puede ser consistente con los valores e intereses de la comunidad y los resultados son relevantes para las personas involucradas. La participación como

punto inicial desarrolla y promueve la capacidad comunitaria y en su conjunto enfatizan el empoderamiento con el objeto de generar las condiciones para una comunidad saludable; estos procesos están en constante construcción e interrelacionados. De este modo podemos ver que promover la salud en una comunidad implica un proceso desencadenante, dinámico e interdependiente (ver Figura 6).

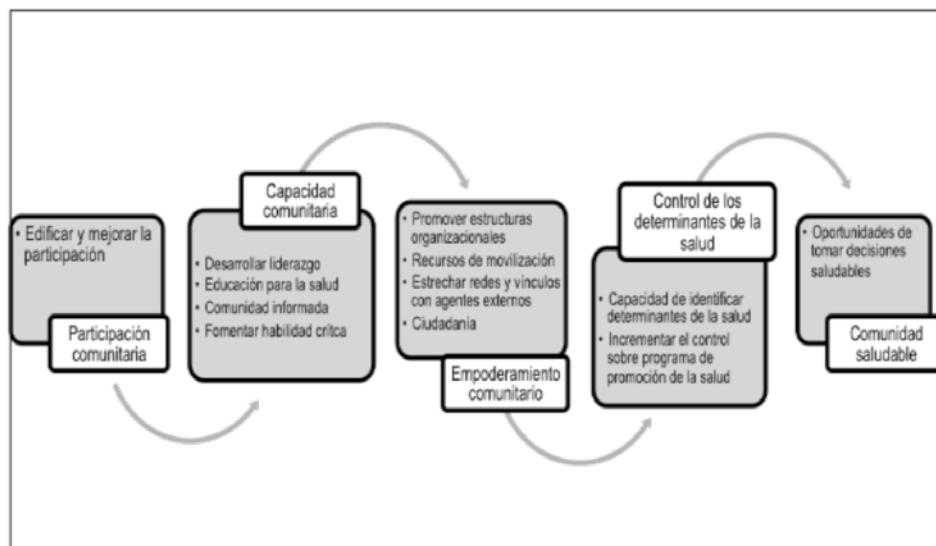


Figura 6. Proceso desencadenante de PS en comunidades.

Fuente: elaboración propia.

Construyendo y mejorando el escenario participativo.

La participación comunitaria es el pilar de la PS y se debe considerar desde el inicio. Como mencionamos anteriormente,

una de las competencias más importantes para potenciar la participación activa de los miembros de una comunidad es a través de las relaciones interpersonales. Por ello, es necesario construirlas, promoverlas y mejorarlas. Esto se puede desarrollar de diversas maneras.

En principio se pueden edificar las relaciones interpersonales desde dos enfoques, individual y grupal. En el primer caso, es importante identificar individualmente líderes locales, actores claves, que son aquellas personas energéticas y comprometidas que pudieran movilizar recursos, sensibilizar y motivar a los demás miembros de la comunidad a involucrarse en la PS. Elementos de este tipo pueden ser presidentes de colonia, comisarios, dirigentes estudiantiles, promotores de salud, dirigentes religiosos y demás. El objetivo es encontrar aliados que permitan motivar la participación de la comunidad desde diversos sectores.

Al respecto, la declaración de Helsinki señala, en su enfoque salud en todas las políticas, la importancia de que las políticas públicas se vean implicados todos aquellos sectores involucrados en la salud (OMS, 2013). No hay que perder de vista, entonces, que en la comunidad existe todo un sistema y modelo cultural sobre lo que implica la salud y la enfermedad (Castillo, 2011). Por lo tanto, es importante identificar a las personas que brindan atención a la salud y establecer acuerdos de colaboración. Entre éstos se pueden encontrar los médicos

tradicionales, parteras, herbolarias y sobadores, en el caso de comunidades indígenas.

Entre los actores claves de una comunidad también se encuentra el personal institucional de salud que, por lo común, tienden a evitar involucrarse en iniciativas que no provienen de sus marcos institucionales. La resistencia de su participación suele deberse a su falta de conocimiento sobre el concepto implementación y ventajas de la PS, (OPS/OMS, s.f.). Es necesario que el sector médico cambie de la visión unilateral de ser el único capaz y responsable del estatus de salud y se permita formar parte del colectivo comunitario, participando como socio en la PS (González-Molina, 2002).

Una vez identificadas las personas clave, es necesario establecer una relación de confianza y acuerdos. Se trata de estrechar lazos y potenciar la credibilidad. Por eso es importante plantear desde el inicio el objetivo que se persigue en términos de la colaboración deseada. Posteriormente, o de manera simultánea, debemos dirigirnos a la identificación de grupos clave, que se refieren a organizaciones comunitarias locales que, por sí mismas, desempeñan un papel activo en beneficio de la comunidad, y que ya están establecidas antes de nuestra intervención; por ejemplo, la sociedad de padres de familia, algún grupo deportivo, una organización civil y demás.

Cuadro 1. Ejemplo de participación comunitaria y empoderamiento en ciudades saludables. Fuente: Heritage y Dooris (2009).

PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO
Se evaluó si fueron efectivas las estrategias para generar la participación comunitaria y el empoderamiento en 44 ciudades de la red Europea de Ciudades Saludables. Para evaluar la participación se utilizó la rueda de participación de Davidson (Información, consulta, participación y empoderamiento).
Se encontró que aquellas estrategias más efectivas por cada nivel de participación fueron las siguientes:
1. Proveer información a la gente local Los sitios web, revistas y diarios fueron los canales más usados para diseminar la información.
2. Consulta a la gente local Cuestionarios, reuniones públicas y grupos focales fueron los más utilizados.
3. Representación. Participando en la toma de decisiones Tener un representante comunitario que participara en la toma de decisiones era la forma más representativa.
4. Empoderamiento de la gente local Entre las actividades de empoderamiento, se desarrolló el soporte a una red de adultos mayores, proyectos de salud mental

centrados en el usuario, campamentos de scout para niños de escasos recursos, habilitación a adultos retirados, entrenamiento a promotores de la salud, cursos a la gente de la localidad.

En las ciudades saludables, la gente de la localidad tomó el control a través del desarrollo de actividades en las cuatro áreas de la rueda de participación de Davidson.

De lo que se trata es de involucrar a personas y grupos organizados con poder de convocatoria en programas e iniciativas de PS. Estas personas ya tienen experiencia y conocimiento sobre su comunidad, por lo cual resultan de gran valor. Una vez identificados los individuos y grupos claves de una comunidad, proponemos prácticas básicas para construir y/o mejorar la participación comunitaria:

- Transparentar desde el inicio los objetivos perseguidos para definir con la comunidad expectativas y resultados esperados realistas, esto provee una base de credibilidad para un trabajo futuro.
- Aprender de los integrantes locales sobre su comunidad. Conocer y respetar la visión local. También es importante conocer las experiencias previas, en su caso, con profesionales de la salud que han dirigido acciones para el mejoramiento de la salud comunitaria. Esto aporta ideas de qué podemos fomentar y errores que podríamos evitar al promocionar la salud.

- Establecer acuerdos con los actores clave de la comunidad, para que realicen la función de motivadores de la participación y un medio de comunicación con los demás integrantes de la comunidad
- Promover y reforzar el involucramiento de los integrantes de la comunidad con el objetivo de que asuman sus compromisos y responsabilidades como ciudadanos.
- Ofrecer oportunidades de escenarios que permitan el intercambio intercultural entre los actores de salud locales e institucionales.

Construir y reforzar la capacidad comunitaria.

Después de haber identificado a nuestros aliados para promover la participación comunitaria y de haber realizado prácticas para mejorarla, es elemental reforzar las fortalezas y recursos locales que se encuentran involucrados en la salud. Esto se puede lograr a través de diversas estrategias.

En este sentido, se puede iniciar por fomentar las propias estructuras de organización comunitaria ya existentes. Es importante enfocarse en potenciar las habilidades de los integrantes de una comunidad, generar una visión crítica y situaciones que les permitan preguntarse el porqué de diversos procesos y elementos comunitarios involucrados y determinantes en su salud.

Otra estrategia gira en torno al aumento de la competencia y poder de convocatoria de los líderes comunitarios, quienes podrían participar de manera más activa en los procesos de su comunidad, establecer relaciones y vínculos con agentes externos, por ejemplo, organizaciones institucionales, e incluso con otras comunidades.

Informar y capacitar a los miembros de una comunidad es otra estrategia de vital importancia, de tal manera que puedan tomar decisiones y elecciones sobre su salud de manera informada. Como consecuencia, se pueden desarrollar estilos de vida saludables y comunidades capaces de gestionar sus propios procesos. Los conocimientos, competencias y habilidades se pueden desarrollar, por ejemplo, a través de educación para la salud o la educación popular. Otros medios también han sido el uso de medios masivos de comunicación y/o la web para mantener una comunidad informada. De igual manera, los medios tradicionales, como radio, periódicos, revistas, tienen impacto positivo. De lo que se trata es de contar con una comunidad informada para tomar decisiones que impacten positivamente su salud.

También es importante fomentar las habilidades de gestión social, principalmente, reforzar la capacidad de gestión de los dirigentes o líderes comunitarios. Entre las funciones del proceso de gestión se encuentran: planificar, organizar, dirigir y controlar. Para cumplir estas funciones se requieren conocimientos técnicos

(lenguaje oral y escrito, uso de programas computacionales); habilidades sociales (comunicativas, asertividad, construir relaciones interpersonales, motivar), organizacionales (trabajo en equipo, formación de grupos de trabajo y delegar responsabilidades) y saber a dónde ir y a quién dirigirse para gestionar recursos de diversa índole.

Los gestores sociales desempeñan diversos roles, tales como el de facilitador, al promover un ambiente que proporciona la participación de los miembros de la comunidad; orientador, al guiar la toma de decisiones; y organizador, promoviendo la organización de equipos de trabajo. Muchos dirigentes han construido y construyen estas capacidades en la práctica; sin embargo, las oportunidades de capacitación y orientación son pertinentes.

Lograr afianzar habilidades, conocimientos y competencias permite, sin duda, a la comunidad tener herramientas para construir un entorno y una comunidad saludable. Un ejemplo de ello lo mostramos en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Ejemplo de construcción de comunidades capaces: experiencias en un contexto rural. Fuente: Laverack (2003).

CONSTRUCCIÓN DE COMUNIDADES CAPACES

El proyecto se enfocó al desarrollo de conocimiento base para la PS, con una metodología implementada en comunidades rurales de Fiji, en la isla Viti Levu.

La metodología involucró a los participantes en un proceso de planeación estratégica y evaluación crítica en beneficio de la capacidad comunitaria y empoderamiento.

Los pasos fueron:

- Preparación (incluye una definición de empoderamiento).
- Valoración de cada uno de los dominios.
- Planeación estratégica para cada dominio.
- Seguimiento (revaloración y comparación del progreso).

Hacia el empoderamiento y el control de los determinantes de la salud.

Una vez edificada una comunidad participativa con capacidad comunitaria, que ha potenciado sus recursos y fortalezas en beneficio de la promoción de los causantes de la salud, contamos con una base fuerte para el empoderamiento. Uno de los elementos que potencian el empoderamiento es el sentido de comunidad con la finalidad de tener un colectivo comprometido (Sapag y Kawachi, 2007). Esto podría lograrse con el establecimiento de metas y objetivos comunes, buscando mejorar los recursos de movilización.

Al contar con niveles altos de participación, una capacidad comunitaria y empoderamiento, podemos considerar la toma de control de los determinantes de la salud. Primero hay que identificarlos y posteriormente generar estrategias para su gestión.

No hay que perder de vista que el objetivo es fortalecer los determinantes positivos de la salud, disminuir los negativos, y poder influir en las mismas para el beneficio comunitario. En este sentido, podríamos incidir en escenarios como las condiciones laborales, el ámbito educativo, comportamientos y estilos de vida, acceso a servicios sanitarios, entre otros aspectos.

No hay que perder de vista que la salud no es al azar, tiene causantes y promoverlos es nuestro objetivo. Recordemos que entre los determinantes o causantes positivos de la salud se pueden encontrar las estructuras de salud de la comunidad, espacios físicos, actores sociales comprometidos, grupos organizados, el sector institucional de la salud comprometido y abierto a trabajar cooperativamente, el sentido de pertenencia de la comunidad, y la existencia de oportunidades para los miembros de la comunidad para tomar decisiones que impacten de forma favorable en su salud.

Complicaciones y dificultades en la PS.

En el desarrollo de acciones dirigidas a la PS, podemos encontrar complicaciones y dificultades; entre las primeras, están una comunidad fraccionada, experiencias previas sin los resultados esperados, prioridades cambiantes de los gobiernos que dificultarían el financiamiento, no contar con el compromiso y respaldo de las autoridades, incomprendición de la PS por parte del equipo técnico de salud, entre otros (OPS/OMS, s.f.).

Si consideramos el proceso desencadenante, dinámico e interdependiente descrito anteriormente, podemos identificar diversos obstáculos en el transcurso de su implementación. En la construcción de la participación, podríamos encontrar una comunidad desorganizada, sin líderes comprometidos que favorezcan la movilización de acciones para la participación comunitaria y el empoderamiento (Zambrano, Bustamante y García, 2009).

En la edificación de la capacidad comunitaria, podríamos encontrarnos con barreras del lenguaje, incomprendición del modelo local de salud, formatos diferentes de enseñanza-aprendizaje, desinterés en mejorar sus condiciones de salud, y demás. En este contexto, el empoderamiento para incidir en los determinantes de la salud se vería afectado.

Como en todo proceso, nos encontraremos con dificultades y complicaciones. Ante ello, es importante no perder de vista nuestros objetivos en la práctica de la PS, ya que fungen como guía para superar los obstáculos que puedan presentarse.

El diseño de un programa comunitario de PS.

Otro aspecto importante es el diseño y planeación de un programa de PS. En ello no profundizaremos, ya que existen diversas maneras de desarrollarlos y mucha literatura de fácil acceso. Sin embargo, nos parece importante presentar una serie de pautas

generales básicas que todo programa de PS debe contener: 1) un diagnóstico o exploración inicial generado de manera participativa; 2) objetivos establecidos por parte de las propias comunidades; 3) una planificación, manejo e implementación con un enfoque estratégico y 4) un proceso establecido de evaluación continua. Existen diversos formatos para elaborar proyectos. Entre ellos, la propuesta de preguntas de referencia que orientan el diseño de un proyecto de Ander-Egg (2003) resulta de gran ayuda y orientación, las cuales presentamos a continuación:

Tabla 12. Preguntas para el diseño de un proyecto. Fuente: Ander-Egg, 2003

PREGUNTA	UBICACIÓN EN EL PROYECTO
¿Por qué se quiere hacer?	Origen y fundamentación
¿Qué y para qué se quiere hacer?	Objetivos, propósitos
¿Cuánto se quiere hacer?	Metas
¿Dónde se quiere hacer?	Localización física
¿Cómo se va a hacer?	Actividades y tareas. Metodología
¿Cómo se va a hacer?	Calendarización o cronograma
¿A quiénes va dirigido?	Destinatarios o beneficiarios
¿Quiénes lo van a hacer?	Recursos humanos
¿Con qué se va a hacer y costear?	Recursos materiales

Una vez desarrollado el proyecto existen algunas pautas que Brennan, Baker y Metzler (2008) mencionan y que se pudieran tomar en cuenta durante su implementación o plan de acción.

- Revisar el plan de acción: ¿es completo, claro y actualizado? ¿Contiene pasos a seguir? ¿Refleja las metas y objetivos e implica a todos en roles y responsabilidades?
- Discutir el proyecto y sus actividades con todos los implicados para asegurar el tiempo de ejecución y responsabilidades realistas para cada uno.
- Identificar barreras potenciales, desafíos y estrategias para hacerles frente.
- Revisar el progreso del proceso de implementación.
- Reestructurar el programa si es necesario
- Discutir la posibilidad de desafíos inesperados que pudieran encontrarse durante la implementación.
- Mantener al equipo de trabajo informado sobre el progreso.
- Celebrar pequeños y grandes logros.

Una propuesta de auto monitoreo en cuanto a la participación de la comunidad podría ser la siguiente:

Tabla 11. Monitoreo de la participación. Fuente: Geilfus (2002).

ETAPA	¿CUÁL ES LA PARTICIPACIÓN DE LA GENTE?	¿QUIÉN DECIDE AL FINAL?
Diagnóstico		
Análisis de los problemas		
Selección de opciones		
Planificación del proyecto		
Implementación		
Seguimiento y evaluación		

Si bien es cierto que en todo proyecto o programa de PS se toma en cuenta la participación de los integrantes de la comunidad, es importante no olvidar que esta puede ser muy variable a lo largo de todo el proceso; por lo regular, tiende a disminuir después de la planificación. Por ello es importante estar al pendiente de los niveles de participación y tener un proceso continuo, flexible, creativo que permita la apropiación del programa por parte de las personas de modo que no se promuevan la dependencia y el asistencialismo.

Comentarios finales.

La PS engloba de manera holística e integral a la comunidad. Uno de sus objetivos es la modificación y fortalecimiento de los

determinantes positivos de la salud pues en cuestiones de salud se requiere no únicamente el cambio del comportamiento individual o colectivo, sino también un entorno que lo facilite. Debe haber una articulación entre las conductas individuales, comunitarias y lo que ofrece el entorno. Guiar las acciones hacia la construcción y reforzamiento de una comunidad saludable es un reto para diversos actores y profesionales de la salud.

El objetivo de este capítulo fue brindar un panorama general sobre la PS en la comunidad y generar ideas de su implementación a partir de pautas generales que pudieran guiar el trabajo y aportando un panorama conceptual accesible para cualquier persona que se encuentre interesada o involucrados en la PS en contextos comunitarios. En esta tarea es importante considerar que durante el desarrollo de un programa de PS se ven implicados diversos procesos desencadenantes interrelacionados, dinámicos e interdependientes unos de otros; de modo que no se puede ignorar la complejidad de la PS y lo que implica su práctica.

CAPÍTULO 6

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Hoy en día la mayor parte de los daños a la salud que la población sufre se debe a padecimientos no transmisibles, dentro de los que destacan la diabetes, el cáncer y las lesiones, así como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y mentales. Mientras que en el siglo pasado las infecciones comunes y los problemas reproductivos fueron las principales causas de daño a la salud, actualmente casi 90% de las muertes en el país (de las cuales más del 50% se concentra en los mayores de 65 años) es producto de padecimientos que son crónico-degenerativos y requieren de una atención más prolongada e intensa en recursos (Frenk y Gómez, 2008).

En consecuencia, la salud de una población depende de una red multicausal de factores, tales como: el estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta (Frenk, 1993). Es así que la salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción que involucra las condiciones geográficas, culturales, políticas y económicas que caracterizan a

cada sociedad, de tal manera que la promoción de la salud (PS) y la prevención de enfermedades requieren del trabajo conjunto del sector público, social y privado, ya que rebasa los límites del sector salud (Secretaría de Salud, s.f.).

Como señala Frenk (1993), el cuidado de la salud requiere de un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas. Esto significa que la salud no puede verse como un ámbito estrictamente técnico, situación que obliga, a todos los países, a contar con mecanismos explícitos o implícitos que aseguren su cumplimiento.

La salud como un derecho.

La Organización Mundial de la Salud (2013) establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, y esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. A su vez, el derecho a la salud no debe entenderse solo como el derecho a estar sano, requiere de su visualización en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

Por tanto, es necesario tener una visión integral de la salud en las acciones que se dirijan, tanto a nivel internacional, como nacional, local y regional; lo que, a su vez, supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones civiles, políticas, sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y en la calidad de vida individual y colectiva (OPS/CEPAL/UN-HABITAT, 2006).

De lo anterior, deriva la importancia de que la salud sea uno de los principales Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (OMS 2005), debido a que constituye un bien preciado en sí mismo y una condición indispensable para la igualdad de oportunidades (Frenk y Gómez, 2008). En relación a dichos objetivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), resalta que los ocho ODM constituyen un pacto mundial único y tienen su origen en la Declaración del Milenio, que firmaron 189 países, y cuentan con apoyo político internacional. Así pues, traducen el compromiso sin precedentes por parte de los líderes mundiales de afrontar las formas más básicas de injusticia y desigualdad de nuestro mundo: la pobreza, el analfabetismo y la mala salud.

Los ODM han contribuido a que se expresen los desafíos con que se enfrenta el sector de la salud, pues a medida que los países desarrollados y en desarrollo comienzan a considerar seriamente lo que hace falta para alcanzar los ODM relacionados con la salud, empiezan a estar más claras las dificultades que

se plantean (OMS, 2005). Siendo las cosas así, resulta notorio que el interés por la salud se ha visto reflejado en las diversas iniciativas, conferencias e informes presentados por las distintas organizaciones en salud y además se le ha reconocido como un insumo esencial de la seguridad global, el crecimiento económico y el avance democrático (Frenk y Gómez, 2008).

Por todo lo antes expuesto, resulta primordial garantizar la salud, no sólo como un elemento que resguarde la seguridad e integridad de la persona, sino también como un derecho bajo el cual el gobierno articule las políticas públicas necesarias que aseguren su alcance para los ciudadanos, y no sólo bajo una visión de la prevención de las enfermedades sino, adicionalmente, bajo la perspectiva de la PS.

Como señalan Vargas Umaña, Villegas del Carpio, Sánchez Mongue. y Holthuis (2003), se requiere un cambio en la forma en que se gestionan los servicios, es decir, no sólo desde la enfermedad, sino también desde la salud. En este sentido, en el presente capítulo enfatizamos elementos que podrían considerarse en la elaboración de políticas públicas saludables.

Conceptualización de las políticas públicas y situación en México sobre el derecho a la salud.

La salud es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la

reproducción de la vida social. Además, la prestación de servicios de salud constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es, junto con la educación, un elemento primordial para promover la igualdad de oportunidades (Frenk, 1993). Por tanto, la salud es uno de los derechos universales, al que todo ciudadano y ciudadana debe acceder, independientemente del lugar de origen, la raza, la religión, el nivel socioeconómico, entre otros. De ahí que resulta esencial que el gobierno sustente sus estrategias en las disposiciones que han sido propuestas a lo largo de varios años y a las que se adhieren distintos gobiernos.

Entonces, evidentemente, si pensamos que la salud es un derecho que todos y todas tenemos, es esencial reconocer el marco normativo internacional que la sustenta como un derecho (Ver Cuadro 3). Estos planteamientos internacionales son referidos en el documento denominado “Herramientas de consulta para la incidencia en políticas públicas y legislación”, elaborado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2012).

En este mismo orden de ideas queremos enfatizar que la OMS (2013) identifica en la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas los siguientes elementos esenciales que componen este derecho a la salud:

- Disponibilidad: el Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de

salud y centros de atención de salud, así como de programas y medidas para proteger a los grupos en situación de vulnerabilidad.

- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- Calidad: además de aceptables, desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
- Accesibilidad: se basa en cuatro principios que se complementan:
 - a) la no discriminación: por cualquiera de los motivos prohibidos, como raza, color, sexo, idioma, religión, etc.;
 - b) accesibilidad física: servicios al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los jóvenes, y las personas adultas mayores;
 - c) la accesibilidad económica: los pagos por servicio deberán basarse en el principio de equidad y que estén al alcance de todos;
 - d) el acceso a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud.

Cuadro 3. Marco normativo internacional sobre el derecho a la salud. Fuente: CDHDF (2012).

DERECHO A LA SALUD
MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL
Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25.1);
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos Protocolo de San Salvador;
Convención sobre los Derechos del Niño (Arts. 10, 13.b, 14.3, 15.2, 17, 24, 25, 32 y 39);
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Arts. 10.h y 11.f);
Convenio núm. 155 de la OIT sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores;
Convenio núm. 161 de la OIT sobre los Servicios de Salud en el Trabajo;
Convenio núm. 187 de la OIT sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Igualmente, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) tiene como objetivo principal

promover mejores políticas para una vida mejor. Particularmente, en el análisis para México con respecto a la salud, plantea una serie de retos los cuales son: a) Garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud, adoptando las reformas fiscales necesarias; b) Reducir los obstáculos que quedan para el acceso a los servicios, mejorando su disponibilidad y calidad, y ampliando progresivamente el paquete de atención médica cubierto por el Seguro Popular; c) Fomentar la eficiencia de los hospitales públicos; d) Alentar la productividad de los profesionales de la salud; e) Mejorar el buen gobierno del sistema, fortaleciendo los mecanismos de información y los marcos de rendición de cuentas de todas las instituciones e invirtiendo en la capacidad de gestión a todos los niveles del sistema y; f) Fomentar la calidad y la rentabilidad de la atención, fortaleciendo la prevención de enfermedades y las iniciativas de PS, sobre todo para atender el aumento de la obesidad y la diabetes (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], 2012).

De manera particular en México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2012) menciona que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, de tal manera que este derecho sea extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, y el acceso a agua limpia potable, a condiciones sanitarias adecuadas, a condiciones de seguridad y sanidad en el trabajo y a un medio ambiente sano.

Apartir de todas estas disposiciones el Gobierno debe adherir en sus instituciones los elementos necesarios para hacer efectivos cada uno de esos planteamientos, de modo que se garantice que las personas puedan gozar de una mejor salud. Por consiguiente, el Estado debe garantizar las acciones que favorezcan una mejor salud a su población, ya sea a partir de su política y políticas públicas que en su gobierno sustenta.

En esta misma línea, vale la pena mencionar que la política y las políticas públicas son entidades diferentes, pero que se influyen de manera recíproca, ambas se buscan en la opacidad del sistema político y tienen que ver con el poder social (Lahera, 2004). Por un lado, la política está formada por el conjunto de acciones secuenciales específicamente planeadas para resolver las causas de un problema público, y pueden incluir leyes, programas y proyectos; pueden asignar recursos (gasto público e impuestos) o pueden regular actividades (normas civiles y penales), y se orientan a la eficiencia, porque buscan lograr los mejores resultados con los recursos y medios disponibles (Aguilar, 1996 en Tapia, Campillo, Cruickshank y Morales, 2010).

Y por su parte, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos; son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y forman parte fundamental del quehacer de la política del gobierno, quien diseña, gestiona y evalúa las políticas públicas (Lahera,

2004). Además, son un marco y una estructura procesal que permite la especificación de las intenciones u objetivos que se desprenden de la agenda pública de los gobiernos.

En este sentido agregamos que la agenda de gobierno se compone por los temas en los que los gobernantes se plantean tomar acción y les dedican recursos y tiempo, formulando programas, leyes y otro tipo de acciones gubernamentales de los que las instituciones públicas o autoridades son responsables. La agenda se construye a partir de que un asunto se vuelve importante en una comunidad, porque está afectando la vida de muchas personas, es decir, en el momento en el que socialmente se percibe la necesidad de solucionarlo, es cuando se detecta el problema público. Así, para colocar un tema en la agenda pública, la opinión pública juega un papel fundamental (Tapia y cols., 2010).

Partiendo de esta última definición, es lógico que, en el caso particular de la salud, este tema haya sobresalido en la agenda pública abordada desde un enfoque de la necesidad de minimizar las enfermedades de salud pública y no desde una postura que genere acciones para evitar llegar a la enfermedad.

Definición de política pública.

Tapia y cols. (2010), definen la política pública como la acción gubernamental que moviliza recursos humanos, financieros e institucionales para resolver problemas públicos de gran escala

dentro de una sociedad, cuya aplicación general requiere de un territorio delimitado.

Dentro de la temática de las políticas públicas, también hallamos el concepto de política pública de excelencia, el cual Lahera (2004) precisó como aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. Éstas a su vez incluirán orientaciones o contenidos, instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, y la previsión de sus resultados.

Las políticas públicas de excelencia incluyen el aspecto político como su origen, objetivo, justificación o explicación pública, que tenga una pertinencia social garante de la realidad social. Asimismo, Lahera (2004) presenta una serie de características a tomar en cuenta para la formulación de políticas públicas de excelencia, tales como: 1) Fundamentación amplia y no sólo específica, clarificando la idea y la dirección de la misma; 2) Estimación de costos y alternativas de financiamiento; 3) Factores para una evaluación de costo-beneficio social; 4) Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas, es decir, la prioridad de la misma; 5) Consistencia interna y agregada; 6) Apoyos y críticas probables (políticas, corporativas, académicas); 7) Oportunidad política; 8) Lugar en la secuencia de medidas pertinentes, es decir, qué es primero y si se condiciona a algo; 9) Claridad de objetivos;

10) Funcionalidad de los instrumentos planteados; y 11) Indicadores presentados en términos de costo unitario, economía, eficacia, eficiencia, entre otros.

Otro concepto similar al de política pública de excelencia es el término denominado políticas públicas eficientes, descritas por Tapia y cols. (2010) como aquellas que: 1) Se sustentan bajo gobernantes elegidos democráticamente; 2) Existen bajo apego a la ley; 3) Se incorporan en ellas la opinión y participación de los y las ciudadanas; 4) Se respeta el principio del libre acceso, la transparencia y apertura a las decisiones de gobierno; y 5) Existe un ejercicio responsable y eficiente de los recursos públicos.

Del mismo modo, en el tema de salud se ha planteado el concepto de política nacional de salud para referirse a la creación de las condiciones que aseguren la buena salud para toda la población. La responsabilidad primera de asegurar las condiciones para tener buena salud recae en las agencias o instituciones colectivas que representan los intereses de la población (expresada libremente a través de instituciones democráticas) –esto es, las autoridades públicas y su administración, y por tanto, es el Gobierno en todos sus niveles (nacional, regional y local), quien de manera primordial es responsable del desarrollo de una política nacional de salud. Y, de manera consecuente, se espera que los demás sectores y agencias de la sociedad también procuren estas condiciones (Navarro, 2008).

Navarro (2008) describe tres componentes para la política nacional de salud, cuya armonización la fortalece al permear en los niveles macro y microsociales: Las intervenciones públicas dirigidas al establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de los determinantes estructurales de la buena salud, a saber, intervenciones políticas, económicas, sociales y culturales encaminadas a mejorarla. Son llamados estructurales porque ellos forman parte de la estructura política, social y económica de la sociedad y de la cultura que los determinan. Raras veces son incluidos en los planes nacionales de salud a pesar de que son las políticas públicas más importantes en la determinación del nivel de salud de la población. Por ejemplo, las políticas públicas dirigidas a reducir las desigualdades sociales, de seguridad social, de empleo, de cultura y de PS, entre otras, son componentes de una política nacional de salud. Los agentes que llevan a cabo las intervenciones de este tipo son colectivos con personalidad institucional, incluyendo partidos políticos, sindicatos y asociaciones vecinales.

Las intervenciones que incluye políticas públicas dirigidas a individuos y están enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y de los estilos de vida. Estos estilos de vida determinantes son también muy importantes y han tenido mayor visibilidad en las políticas de salud, debido a que quienes formulan las políticas de salud los perciben como determinantes más manejables y más fáciles de acordar que los determinantes estructurales.

Las intervenciones de socialización y empoderamiento establecen la relación entre las responsabilidades colectivas e individuales para la creación de las condiciones que aseguren buena salud. Este tipo de intervención incluye el alentar y animar a los individuos para llegar a involucrarse en los esfuerzos colectivos para mejorar los determinantes estructurales de la salud, como lo es la reducción de las desigualdades sociales en nuestras sociedades o la eliminación de las condiciones de opresión, discriminación, explotación o marginalización que producen enfermedad. Las estrategias de empoderamiento deben ayudar a los individuos a unir su lucha personal por el mejoramiento de la salud con la lucha colectiva por el mejoramiento de la salud de todos.

En la situación particular de México, la política nacional de salud está basada en los planteamientos realizados en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 que en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Además, se plantean tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad; Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género.

En cuanto a los objetivos planteados en el Programa Sectorial de Salud que podríamos considerar como parte de la política nacional de salud en México están: 1) consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades;

2) asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3) reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4) cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5) asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos de salud; y 6) avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018).

De todos los objetivos antes mencionados, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se establece como eje prioritario el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud. Alcanzado desde un abordaje de política pública exitosa de prevención, protección y promoción que incorpora no sólo acciones propias de salud pública, sino también intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a: comportamientos sexuales, actividad física, alimentación, consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y, en general, todas aquellas situaciones que ponen en riesgo la integridad física o mental.

Sin embargo, en la realidad social es posible ver que las acciones que se operativizan en el sistema de salud y las instituciones que la representan no aplican un abordaje basado en una política pública exitosa, más bien se basan en el cumplimiento de normatividades establecidas que, en ocasiones, son sobrepasadas por la burocratización de procedimientos que alientan, obstaculizan

y limitan el acceso a los servicios para los usuarios y usuarias. Todo lo anterior hace inefectiva la política de salud para la población en México y muestra un panorama un tanto desalentador para las personas que acuden al sistema de salud.

Finalmente, retomando lo planteado por Navarro (2008) sobre los componentes de la política nacional de salud, se observa que en México lo que prevalece de manera más clara en su Programa Sectorial de Salud y Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 es la presencia de intervenciones a nivel individual y en menor medida a nivel estructural, lo cual, influye en el logro de aplicación efectiva de la política pública, dejando de lado el tercer componente de socialización y empoderamiento de la población, por lo que carece de fortalecimiento del individuo, las instituciones, las comunidades y la sociedad en general.

PS y políticas públicas en salud.

La PS ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social; ha demostrado ser capaz de abordar difíciles problemas sanitarios sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida. Por tanto, ha operado un enfoque técnico y político, lo que ha permitido trabajar con distintos sectores y mejorar la calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Vargas Umaña y cols. (2003) dicen que la salud y el bienestar son bienes a los cuales aspiran las personas y colectivos sociales, idea enfatizada por la OMS (2008), al plantear que las personas tienen ciertas expectativas con respecto a la salud, pues desean vivir en comunidades y entornos que garanticen y promuevan la misma. Sin embargo, cuando se piensa en tener salud y en curar la enfermedad existe la tendencia a tener como referente a la institución hospitalaria y a los profesionales de ese ámbito y para algunos es difícil concebir que la producción de la salud tenga que ver, además, con otros profesionales y otros sectores (Vargas Umaña y cols., 2003).

Es aquí donde se ubica uno de los méritos de la PS, al considerarla dentro del sector salud y también en otros actores sociales, fundamentales por su incidencia sobre los determinantes sociales que condicionan el proceso salud-enfermedad, y posibilitan mantener y mejorar la salud (Vargas Umaña y cols., 2003). Siendo las cosas así, resulta clara la importancia de la participación de las comunidades, las instituciones y el Estado en aquellas disposiciones de salud que se diseñen e implementen a todos los niveles de intervención.

Franco (2000) menciona que es necesario reconocer el papel de los gobiernos y organismos internacionales sobre problemas estructurales (desempleo, educación, agricultura, distribución de alimentos, protección del medio ambiente, explotación de recursos y otros grandes efectos sobre los componentes del bienestar).

Asimismo, la población deberá hacer un seguimiento a todos esos aspectos y demandar reorientación de su manejo en favor de la salud. Por tanto, uno de los elementos que se requiere visualizar en la PS, es la participación del Estado y/o gobiernos, los cuales deben garantizar el acceso a los servicios de salud y que esta garantía se asegure con la presencia de políticas públicas en salud (Vargas Umaña y cols., 2003).

Por lo antes expuesto, resulta importante revisar brevemente que desde las conferencias e informes en favor de la PS enfatizaban la cabalidad de las políticas públicas orientadas en ese sentido. Por ejemplo, en la Quinta Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud (OMS, 2000), se pronuncia que la PS es un proceso intrínsecamente político, puesto que tiene que ver esencialmente con el empoderamiento del individuo y la comunidad, además de que suele necesitar acciones que requieren procesos políticos en forma de asignación de recursos, legislación y regulación.

En esta misma conferencia se resalta el fortalecimiento de las aptitudes y las acciones políticas en la PS a través de la presencia de: 1) procesos democráticos que hagan hincapié en la descentralización del poder, los recursos y las responsabilidades en materia de salud; 2) activismo social y político constante cuando sea necesario para incidir en las políticas gubernamentales y fortalecer los poderes y las responsabilidades de las comunidades de determinar su propia salud; 3) el uso de un sistema de evaluación de efectos sanitarios orientado a la equidad, en las políticas

públicas en todos los niveles del gobierno, y las políticas y prácticas del sector privado, para corroborar la acción intersectorial para la salud y apoyar la responsabilidad social en materia de salud entre los gobiernos, el sector privado, las ONG y las comunidades; 4) reorientación de los servicios de salud hacia la PS y la prevención primaria, y para lograr mayor equidad en materia de salud; 5) mejorar la interacción entre los políticos, los encargados de formular las políticas, los investigadores y los profesionales; y 6) planes y estructuras que fortalezcan la capacidad existente de poner en práctica las estrategias de promoción de la salud y apoyen sinergias entre diferentes niveles (local, nacional, internacional) (OMS, 2000).

De la misma forma, ocho años después, en el Informe Sobre la Salud en el Mundo, pronunciado por la OMS (2008), se señala que los gobiernos deben instaurar una serie de políticas públicas, cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y que, si no hubiera éstas, la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y sentido. Se habla de tres grupos necesarios de políticas públicas:

Las políticas públicas fundamentales, constituidas por las políticas de los sistemas sanitarios relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc., de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal.

Las políticas de salud pública que aborden problemas de salud prioritarios, que comprenden las políticas y los programas técnicos que ofrecen a los equipos de atención primaria orientaciones para hacer frente a problemas de salud prioritarios, abarcando las intervenciones de salud pública clásicas, desde la higiene pública y la prevención de enfermedades, hasta la PS.

Las políticas de importancia, que se conocen como «la salud en todas las políticas» y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población, mediante políticas controladas principalmente por sectores distintos del sanitario; tales como los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo (OMS, 2008). Este planteamiento de la OMS pone de manifiesto que hay que integrar la salud en todas las políticas, y muestra de ello es el concepto que se ha desarrollado en los últimos años denominado, política pública saludable (OMS, 2008)

Inicialmente, la expresión políticas públicas saludables sirvió de título para la Meta No. 13 de los objetivos de políticas de Salud Para Todos en 1984, punto de partida para la creación de la coordinación de las políticas públicas saludables creada como una estrategia de implementación para operacionalizar los mecanismos de PS. La noción de políticas públicas saludable implica que todas las políticas públicas, independientemente del público al que están destinadas, deben examinarse en función de sus impactos en la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Rachlis y Kushner (1989, p.257 en Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000) definieron a las políticas públicas saludables como “toda política que crea y promueve un contexto para la salud”. En este sentido, la expresión política pública saludable se aplica a toda aquella decisión gubernamental que contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población. Como tal, tiene un impacto directo en el bienestar de la misma, constituyendo así, un mecanismo tendiente a resguardar la existencia de factores determinantes de la salud, incluidos el trabajo, la paz, la educación, la justicia social y la equidad. Además, promueven la responsabilidad colectiva, instalándose al mismo tiempo en las esferas privadas de las personas y públicas de las comunidades. La salud supera, así, la base tradicionalmente apoyada en el saber médico para incluir otros saberes que permiten conformar al ser integral que somos (OPS, s.f. b).

De este modo, la OPS (2000) declara que el concepto de política pública saludable implica más que la consideración del impacto en la salud, la toma de decisiones que supone la participación pública y una amplia consulta a la comunidad. Conviene asegurar el apoyo público de las políticas eficaces y, para esto, es necesario que el público participe desde el principio del proceso, como afirma ella misma: un “proceso público saludable” asegura que éste sea justo para todos.

Por consiguiente, se ha discutido si la política pública en salud debe generarse desde algún órgano internacional, y/o en su

caso nacional, para ser aplicado a un espacio público específico. Sin embargo, la OPS (2000) plantea que una política pública saludable puede ser más adaptable para su aplicación o implementación a escala regional, donde distintas comunidades comparten ciertas características geográficas y de población, en el cual existe una trayectoria de trabajo en común. Asimismo, se enfatiza que cualquier proyecto de política pública saludable debe reconocer las diferentes culturas sociales que conviven en cualquier comunidad (OPS, s.f.).

Hancock (1992 en OPS, 2000) apoya esta misma postura, señalando que el lugar más factible para presenciar políticas públicas saludables es el del nivel municipal. Algunas de las razones son que: a) las redes sociales y la escala de las operaciones dentro de las comunidades, entre los encargados de desarrollar las políticas y las personas a quienes dichas políticas afectan, son más fuertes, b) los encargados de desarrollar las políticas viven donde trabajan, por lo cual se identifican y afectas por sus propias políticas y c) las burocracias de las comunidades son relativamente pequeñas y, por ende, las posibilidades de cooperación intersectorial son mayores.

Finalmente, la OPS (2000) subraya que existen factores que pueden obstaculizar el avance de las políticas públicas saludables y se dividen en dos grandes categorías: los retos políticos y los de tipo técnico. Los primeros incluyen la falta de voluntad política, una vieja tradición de escasa participación por parte del público, mecanismos e incentivos poco desarrollados, falta de cooperación entre departamentos y jurisdicciones e intereses encontrados. Entre

los segundos, cabe señalar un nivel insuficiente de conocimientos y pericia, una ciencia poco desarrollada, una medición insuficiente de los fenómenos relacionados con la salud, incertidumbres acerca de la influencia relativa de algunos factores determinantes de la salud y estructuras insuficientes para administrar la información y los sistemas pertinentes. Esos retos políticos y técnicos son perpetuados por los plazos y ciclos políticos.

Propuesta de trabajo: hacia la integración de la PS en las políticas públicas.

Analizando lo presentado en el Programa Sectorial de Salud en México (2013-2018), es posible mirar algunas políticas públicas de salud que, si se ejecutan, podrían tener un mejor impacto en los y las ciudadanas. Hay acciones definidas claramente que podrían estar alineadas, en algún sentido, con los objetivos de la PS y que en capítulos anteriores de este libro también se han planteado, tales como: a) impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo; b) Reforzar las acciones de PS mediante la acción comunitaria y la participación social; c) Fomentar los entornos que favorezcan la salud, en particular escuelas de educación básica, media superior y superior; d) Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud; y e) Promover la creación de espacios para la realización de actividad física, entre otros ejemplos.

Y lo anterior no sólo pone en evidencia que existen normativamente, sino que además se organizan bajo lo propuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 que asume el Gobierno Mexicano, ante lo cual nos hace pensar que si están estipuladas de manera directa y textual estas disposiciones entonces, ¿qué es lo que está sucediendo en las políticas públicas en salud que no se visualiza su impacto en la sociedad?, o bien, ¿son las políticas públicas lo que están faltando para lograr un cambio? o ¿son los aparatos que velan su ejecución y los modos de diseño, implementación y evaluación los que no son adecuados?

Ante esto, lejos de proponer nuevamente líneas específicas de acción, queremos señalar dos estrategias generales, planteadas una por la OMS (2008), y otra por Navarro (2008), ambas descritas anteriormente en este capítulo. Adicionalmente, a continuación, resaltamos cuatro puntos que consideramos importantes de fortalecer en la intervención en salud, si realmente queremos que la política pública llegue al tema de PS y, más aún, que impacte a las personas, comunidades, instituciones y sociedad en general.

Movilización.

Lograr la movilización de recursos (financieros, materiales y humanos) es una parte esencial para asegurar la ejecución y sostenibilidad de las políticas y las prácticas de PS en todos los niveles. Dichos recursos pueden provenir de distintas fuentes

gubernamentales, no gubernamentales y del sector privado. Los gobiernos en todos los niveles tienen la responsabilidad de asegurar que se movilicen los recursos necesarios para ejecutar programas y políticas nuevas y existentes, leyes y reglamentos para la salud (OMS, 2000).

Planificación local participativa.

Antes de abordar el tema de la planificación local participativa, es necesario abordar la importancia de la participación social para las políticas públicas. La OPS (s.f.), señala que las estrategias orientadas a potenciar la participación de la población, en todos los niveles de actuación, son aquellas destinadas a crear canales de información que ayuden a la toma de decisiones de la población, fomentando la creación de marcos regulatorios que garanticen la formación de coaliciones con intereses diversos y dirigidas a producir cambios positivos en la salud de las comunidades. Al promover y fortalecer la participación comunitaria, se crean las condiciones necesarias para que los individuos puedan tener mayor control sobre sus decisiones y sobre aquellas acciones que afectan la salud individual y comunitaria o empoderamiento.

De manera particular, con respecto a la participación ciudadana, Pedraza Arias (2011) enfatiza que ésta tiene como propósito recoger las expectativas de los representantes de la sociedad civil con respecto a la atención de salud que recibe y a

los problemas de salud pública que identifica. Por lo tanto, tiene dos dimensiones:

- Nivel de gestión de los servicios de salud: es el espacio de participación ciudadana en el nivel de los órganos de gobierno corporativo de la micro-red de salud, a través de mecanismos de cogestión y rendición de cuentas. De esta forma, se garantizará la reorientación de los servicios de salud y su adecuación técnica, organizacional y administrativa a las necesidades locales.
- Nivel programático: se refiere a la participación en las decisiones claves sobre la formulación de políticas públicas y planes regionales y locales de salud. En el ámbito de las redes de salud implica la participación de la ciudadanía en la identificación de las prioridades sanitarias locales y en la formulación y organización de las intervenciones colectivas correspondientes para abordarlas.

Ya mencionado lo anterior, conviene puntualizar que la Planificación Local Participativa quiere decir reflexionar y tomar decisiones con el aporte de toda la comunidad. Así, de manera conjunta, los individuos, el/los grupos y las comunidades, deciden cómo quieren estar en el futuro, qué harán para lograrlo y qué puede aportar cada uno. En un sentido amplio, en la Planificación Participativa se busca reflexionar sobre la situación en que se encuentra y la forma de mejorar sus propias condiciones de vida, tanto de manera individual como colectiva (Escobar, 2006).

Gestión local participativa.

La Organización Panamericana de la Salud (s.f.) señala que el concepto de Gestión Local Participativa puede ser entendido como el saber hacer de las comunidades, municipios y organizaciones locales, en un proceso dinámico donde los diferentes actores locales públicos y privados articulan sus intereses sinérgicamente alrededor de un objetivo común. El instrumento, por excelencia, para la ejecución de esta gestión local es el Plan Integral de Desarrollo Local o Plan Estratégico Local, el cual puede ser definido en términos de proceso o de instrumento. En tanto proceso, se define como un conjunto de acciones y tareas que involucran a los actores políticos, sociales y económicos en la definición de objetivos y acciones para el desarrollo local. Y como instrumento, constituye un marco conceptual que facilita la concertación para la toma de decisiones.

La participación de la población en las diferentes etapas de un proceso de elaboración y gestión de un plan de desarrollo legitima las acciones del municipio y fortalece las capacidades de los actores. Y por tanto, un Plan Integral de Desarrollo Local realizado de manera participativa se convierte así en el plan de la ciudad, y no sólo de la municipalidad, constituyendo un eje articulador que facilitará la construcción de un objetivo común para la comunidad, garantizando la sostenibilidad del proceso y reafirmando las identidades locales (OPS, s.f.).

Pedraza Arias (2011) menciona que la necesidad de aplicar un modelo de gestión participativa implica que la gestión sea sensible a las necesidades y expectativas de la población a la que sirve, como a los responsables internos de la atención y la de gestión de los participantes.

Incidencia pública.

Desde la década de los noventa, en la política pública se ha enfatizado la importancia de la participación ciudadana en los procesos de democracia, gobernanza y como camino para la efectividad de los dos conceptos anteriores, se apuesta por la incidencia ciudadana Tapia y cols. (2010) mencionan que incidir en política pública es participar organizadamente en la persuasión de otros actores de la esfera pública, para transformar sus percepciones, ideas, decisiones y/o acciones. La incidencia en políticas públicas consiste en actividades de confrontación y cooperación que implican interactuar con el gobierno y otras instituciones públicas.

Asimismo, es una actividad que tiene que ver con participar en el espacio público, y es una forma de hacer que quienes toman decisiones de gobierno (diputados, senadores, funcionarios de la administración pública, gobernadores, presidentes municipales, delegados, jueces y el Presidente de la República) incorporen los intereses de la ciudadanía en los programas y leyes que elaboran. Para llevar a cabo este proceso es importante identificar a los

tomadores de decisiones y a los actores sociales que pueden favorecer el proceso de incidencia (Tapia y cols., 2010).

Además, para que se haga posible la incidencia ciudadana, es necesario reconocer la importancia del espacio público que se construye a través del debate sobre los intereses y necesidades de la sociedad en general, o los que comparten personas o grupos de una comunidad. Los actores que pueden encontrarse o se desea estén participando en este espacio público o de interés público son: académicos, comunicadores, representantes electos y políticos, funcionarios públicos, empresarios, directivos y líderes de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs), artistas y productores de cultura, sindicatos, cooperativas y asociaciones profesionales, líderes sociales y comunitarios, líderes religiosos; así como organismos multilaterales y conferencias internacionales (Tapia y cols., 2010).

De acuerdo con estos autores (Tapia y cols., 2010) las políticas públicas nos permiten: a) Llegar a las causas de fondo de los problemas que atienden, es decir, profundizar mediante diferentes estrategias de investigación, análisis y debate. b) Maximizar el impacto de su trabajo, ampliando el número de beneficiarios y el alcance de los beneficios generados, proponiendo alternativas con base en su propia experiencia en los proyectos de la organización. c) Construir ciudadanía y gobiernos responsables. d) Generar o profundizar cambios en la forma de actuar del gobierno y de los ciudadanos para resolver problemas públicos, es decir, impulsar debates y discusiones en los temas en los que tienen experiencia

y responsabilizar a las autoridades competentes. e) Fortalecer y transparentar las instituciones públicas y f) Emplear y difundir instrumentos de acceso a la información pública y casos de éxito derivados de la utilización de estos instrumentos.

Comentarios finales.

Con la intención de cerrar el análisis acerca de la importancia del reconocimiento de la PS en las políticas públicas consideramos pertinente considerar los siguientes aspectos:

- El abordaje integral del concepto de salud en las intervenciones, sean éstas individuales, grupales, institucionales y/o comunitarias; hasta su adhesión en las políticas públicas, en la política nacional de salud y en las políticas públicas saludables.
- Avanzar en la promoción e implementación de políticas tendientes a la reducción de inequidades existentes en el contexto nacional, local y regional.
- Favorecer la inclusión, en el desarrollo de las políticas públicas, de la perspectiva de género, el enfoque de derechos humanos, la participación comunitaria y el énfasis en la PS, más que en la enfermedad.
- Posicionar a las disciplinas, no sólo del “tradicional” ámbito de la salud, sino a toda aquella que tenga una implicancia en el mejoramiento de la salud, en la participación en políticas

públicas y, particularmente, en las de salud; así como a la asunción de éstas en la implementación de las políticas en el desarrollo social.

- Realizar un análisis crítico y participativo, a nivel nacional, local y regional, para determinar si la política implementada actualmente a través de programas y proyectos es adecuada para responder al problema o la necesidad de salud en nuestro país.
- Favorecer la construcción de alianzas y la cooperación entre los diversos actores sociales que se requieren para el funcionamiento efectivo de la política pública de excelencia.
- Analizar cada propuesta de política pública, bajo una exploración prospectiva o retrospectiva de la política a implementar, considerando la participación directa de los beneficiarios de dichas disposiciones.
- Contrastar las políticas actuales a nivel internacional, nacional, local y regional con la política nueva que se busca proponer.
- Fortalecer los servicios de salud comunitaria.
- Sistematizar y recuperar experiencias exitosas de programas y proyectos para transformar los resultados en políticas públicas que favorezcan la PS.
- Visualizar las políticas en salud no aisladas de otros problemas y necesidades del mundo actual.

- Aplicar las políticas públicas que promuevan la multisectorialidad e intersectorialidad.
- Promover la educación y creación de conciencia ciudadana, a fin de incorporar a la comunidad en procesos de participación responsable para la toma de decisiones de procesos en su vida cotidiana.
- Asegurar la existencia de organismos que permitan no sólo el diseño de las políticas públicas, sino también las instituciones y actores sociales que pueden diseñar, implementar y evaluar los diferentes aspectos del proceso de desarrollo e implementación de la política pública saludable.
- Asegurar un análisis constante de la coherencia de las políticas públicas en salud con respecto a los problemas y necesidades de la población a nivel nacional, local y regional.

A MANERA DE CONCLUSIÓN.

Las reflexiones surgidas al momento de elaborar los diferentes capítulos, así como de la discusión colectiva de los contenidos de los mismos nos llevaron a considerar la elaboración de un modelo que integre los diferentes elementos conceptuales de la PS, de modo que a través de una imagen integrada se facilite la compresión de lo aquí expuesto. Así, en dicho modelo incluimos aspectos concretos que pueden servir de guía al momento de implementar acciones con un enfoque de este tipo. Vemos cómo cada ámbito de acción tiene principios, líneas de acción y estrategias que las caracterizan pero que, dada la naturaleza integrada de los diferentes ámbitos en la cotidianidad de lo operativo, en la realidad se traslanan, se integran y se relacionan de una manera que a fin de cuentas resulta prácticamente indisoluble (ver Figura 7).

Trabajar en PS implica tener una visión holista que posibilite ver al individuo que, como persona que forma parte, a su vez, de un entramado de relaciones sociales, laborales y comunitarias que se dan dentro de un contexto social más amplio donde, desde este enfoque, se privilegia alcanzar la sustentabilidad, el empoderamiento y la justicia social como ciudadanos socialmente responsables. Ningún principio es más importante que otro, ninguna estrategia o línea de acción es más útil que otra, como ningún ámbito es más prioritario que otro. Todos y cada uno de los elementos revisados

son fundamentales para lograr la salud integral de los individuos, grupos, comunidades y colectivos, siendo entonces indispensable trabajar simultáneamente en todos los ámbitos, pudiendo empezar en cualquiera de ellos.

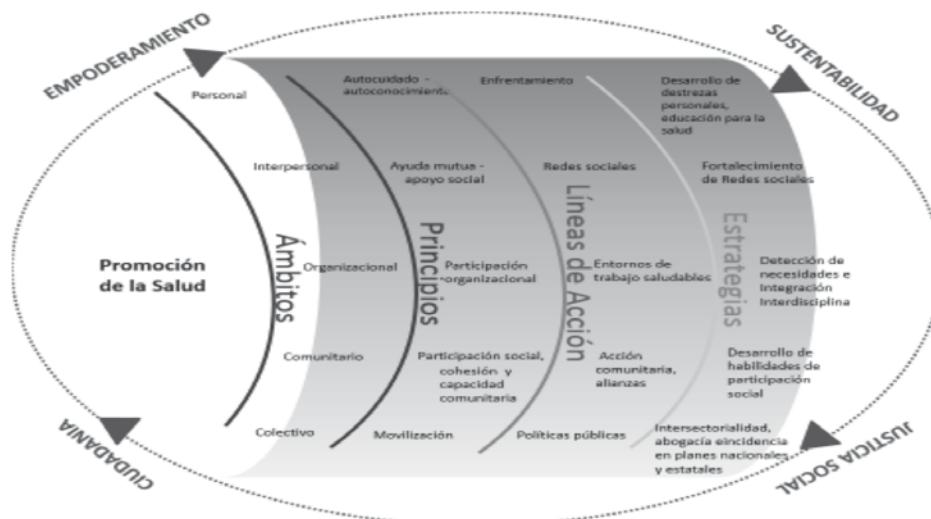


Figura 7. Modelo conceptual de la PS

Consideraciones finales.

Las diferentes declaraciones, cartas, conferencias y demás eventos en relación a la PS, referidos en el primer capítulo, dan cuenta del camino recorrido del discurso, definiendo a su paso su carácter y alcances. Es importante considerar que este tipo de materiales no se reducen a documentos técnicos, sino que plantean discusiones

conceptuales y análisis acerca de la salud y la PS; tener esto en mente contribuye a una mirada más profunda acerca de la PS, que favorezca las condiciones básicas para la acción. Para ello, se hacen necesarios algunos cambios/ajustes en las políticas, sistemas y servicios; y, por supuesto, en la postura asumida por las personas que están al frente de los mismos. El terreno donde se desarrollan las acciones relativas a la PS es preponderantemente público, por lo que no puede ser políticamente neutral.

Desde sus orígenes, la PS se plantea como un elemento fundamental en la salud pública, no sólo por sus efectos de mitigación, sino por su impacto en el desarrollo. Es clara la relación entre el cuidado de la salud, la promoción de la misma y el desarrollo de las comunidades que llevan a cabo estrategias concretas en este marco. La PS busca ser una vía para impactar en los determinantes de la salud, considerando siempre el contexto, tomando distancia de la visión hegemónica biologicista, tendiente a la patologización para invitar a una visión más integral y positiva de los procesos de salud-enfermedad. Se trata de repensar el quehacer en salud desde una postura diferente, que invite a la reflexión acerca de los roles y las tareas, sobre todo acerca de los matices que como personas imprimimos a nuestras prácticas cotidianas.

Sin embargo, es importante no perder de vista que sigue siendo un desafío que dichas prácticas se realicen de manera coordinada entre los diferentes sectores y niveles decisionales.

Como personas orientadas a la PS, podría ser útil un cuestionamiento constante acerca de nuestra capacitación (tanto a nivel técnico como en actualización) y acerca de cómo asumimos nuestra labor en el terreno público, respecto de las estructuras dadas, y acerca de nuestra posición personal (tanto en relación con uno mismo como en relación con los otros). La articulación y retroalimentación constante de estos aspectos puede contribuir al desarrollo e impulso de la PS.

La recomendación para el lector de este libro es que enriquezca sus conocimientos y criterio, complementando así sus recursos propios y los de su medio que ya posee. En ello no tiene que descartar lo que ya sabe o ya aplica en beneficio de su salud o en la promoción de la salud de otras personas para quienes trabaja. Otro punto importante es tener en cuenta que nadie tendrá éxito en mejorar su salud, bienestar y calidad de vida si no está completamente convencido del para qué hacerlo y del cómo hacerlo de forma cómoda y accesible; la PS debe ser practicada como una convicción y no como una imposición. Toda persona es libre de hacer y de no hacer, lo importante es decidir con conciencia.

Por otro lado, promover las relaciones interpersonales saludables requiere de la implementación de diversas estrategias de manera integral, es decir, que estas impacten a todos los ámbitos de la persona (social, laboral, académico, individual). En este mismo

sentido, hay que resaltar que desde la PS no basta con generar cambios al exterior (creación de espacios para la interacción) sino que es primordial fortalecer los recursos y las redes sociales a las relaciones cotidianas de la persona.

Por lo anterior, es necesario saber que nuestra forma de comunicarnos, expresarnos y comportarnos con nuestra familia, nuestros compañeros de la escuela, el vecindario y el trabajo, constituyen a corto, mediano y largo plazo redes que nos impactan tanto de manera individual/personal como a nivel comunitario y colectivo. Es central y prioritario promover el apoyo social, la ayuda y la retroalimentación constante entre estas redes, de tal manera que la formación, mantenimiento y fortalecimiento de estas redes sociales traiga beneficios a nuestra salud y bienestar en la vida cotidiana.

En las organizaciones saludables son necesarias la evaluación y mejora continua para asegurar que las iniciativas de entornos laborales saludables se continuarán llevando a cabo. Para ello se recomienda establecer variables de salud, seguridad y bienestar e integrarlas al plan estratégico y políticas de la organización, de manera que formen parte de los criterios base para la toma de decisiones. Así, se utilizarán para evaluar todas las decisiones venideras e incluso se volverán poco a poco parte de la cultura de la organización y no solo las intenciones de mejora de un grupo aislado.

Promover la salud en una comunidad es un reto; implica romper esquemas. Es necesario tomar en cuenta la existencia de modelos o formas locales de cómo la gente atiende sus problemas de salud. Por ello, es importante recomendar no perder de vista que se trabaja con personas con hábitos y costumbres ya preestablecidas. De igual modo, es importante considerar que una comunidad saludable conlleva un proceso, no inmediato, que involucra a su vez diversos procesos. Esto es importante, ya que es probable que al inicio se perciba apatía y las personas promotoras se desanimen. Es un proceso que tiene diferentes momentos, incluso a los ya planeados en proyectos de diversa índole. Finalmente, no hay que olvidar que la salud es azarosa, tiene causantes positivos y negativos, en la PS buscamos influir en esos determinantes articulando lo individual y comunitario.

Promover las políticas públicas saludables requiere de un compromiso constante a todos los niveles de intervención comunitaria, involucrando en todo el proceso a los actores sociales a quienes impactan directamente las políticas. Como se mencionó en el capítulo sobre este tema, no podemos decir que no existen políticas públicas encaminadas a la PS de la población, pues estas las encontramos en muchos de las propuestas gubernamentales e institucionales. Lo que nosotros queremos resaltar es que es necesario y urgente no sólo operar estas propuestas, sino asegurar la existencia de los mecanismos que regulen la implementación

de dichas políticas y que además estén acompañados de un seguimiento y evaluación bajo un enfoque que promueva la participación social.

Recomendamos considerar la integración de otras perspectivas en relación a la elaboración y diseño de políticas públicas en salud que privilegien la participación en todos los niveles de involucramiento, que busquen la autogestión comunitaria y social, y que promuevan que cualquier persona pueda movilizarse e incidir para el alcance de su salud sin importar el nivel educativo y socioeconómico, es decir, que se generen e integren aproximaciones tanto internacionales, nacionales como la planteada desde los procesos regionales y locales.

Finalmente, esperamos que el contenido de este libro resulte útil para comprender mejor la PS, para visualizar su carácter interdisciplinario más allá de las ciencias de la salud, y anime a más personas a cambiar su paradigma en cuanto a la atención a la salud. Esperamos también que el y el modelo aquí presentado pueda servir de guía operativa para el desarrollo de proyectos y acciones planteados desde un enfoque de PS.

REFERENCIAS.

Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2013). ¿Cómo predicen las prácticas organizacionales el Engagement en el trabajo en equipo? El rol de la confianza organizacional. *Ciencia y Trabajo*, (41), 25-134. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/cyt/Paginas/Ediciones-Anteriores.aspx>

Aguilera Muga, C. (2011). *Indagación Apreciativa: una metodología de cambio y desarrollo, basada en principios positivos y constructivos*. Recuperado de <http://positivechange.org/wp-content/uploads/2014/04/ARTICULO-IA-AGUILERA-2011.pdf>

Álvarez, S., Méndez, M. y Sosa, M. (2009). *Kílmak Óolal, una experiencia de intervención sobre las dificultades detectadas en un grupo de apoyo* [Resumen]. VI Congreso Estatal de Psicología, La psicología: herramienta para el bienestar y el desarrollo. Colegio de Psicólogos del Estado de Yucatán A.C., Mérida, Yucatán, México.

Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la Investigación Acción Participativa*. Buenos Aires: Lumen

Ander-Egg, E. (2010). *Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años*. Mérida, México: UADY.

Aristizábal Hoyos, G.P., Blanco Borjas, D.M., Sánchez Ramos, A. y Ostiguín Meléndez, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16-23. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991/30231>

Asen, K. E. y Tomson, P. (1997). *Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Madrid: Paidós.

Banco Mundial (2013a). *Las conductas de riesgo constituyen una amenaza creciente para la salud mundial*. Recuperado de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/11/20/risky-behaviors-growing-threats-global-health>

Banco Mundial. (2013b). *Informe sobre el desarrollo mundial 2014. Riesgo y oportunidad: La administración del riesgo como instrumento de desarrollo*. Washington, D.C.: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Recuperado de http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resources/8258024-1352909193861/8936935-1356011448215/8986901-1380730352432/SP_A_StandaloneOverview.pdf

Bañuelos, F. (2011). *La PYME saludable: el esqueleto o la estructura organizacional*. Recuperado de <http://jcvalda.wordpress.com/2011/05/30/la-pyme-saludable-el-esqueleto-o-la-estructura-organizacional/>

Barra Alamgía, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243. Recuperado de file:///C:/Users/2014/Downloads/848-3920-1-PB.pdf

Barrón López de Roda, A. y Sánchez Moreno, E. (2001). *Apoyo social y salud mental*. *Psicothema*, 13(1), 17-23. Madrid. Recuperado de file:///G:/libro%20PS/bibliografia/apoyo %20social-barron%20Lopez%20de%20roda%202001.pdf

Bauman, Z. (2010). *Amor Líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. 1a ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bernete, F. (2010). Usos de las TIC, Relaciones sociales y cambios en la socialización de los jóvenes. *Revista de Estudios de Juventud*, (88), 97-114. Recuperado de http://evirtual.uaslp.mx/FCQ/tutorias/Documentos%20compartidos/ADOLESCENCIA/USO%20TIC,%20REL%20SOCIALES%20Y%20CAMBIOS%20SOCIAL_Evirtual.pdf

Brennan, L.K., Baker, E.A. y Metzler, M. (2008). *Promoting health equity: A resource to help communities address social determinants of health*. Atlanta.GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de <http://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/sdoh-workbook.pdf>

Burton (2010). *Entornos laborales saludables: Un modelo para la acción para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf

Canales Alegría, M. (2013). *Las buenas relaciones interpersonales favorecen la autoestima. Sugerencias y orientaciones pedagógicas para orientación en 1º y 2º básico*. Chile: Educar Chile. Recuperado de http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/CR_Articulos/orientacion_1_2_ri.pdf

Castillo Ayuso, R., Gutiérrez Pacheco J., y Godoy Cervera, V. (2010). El Bienestar psicológico como un referente de la psicología de la salud: Hacia una aproximación conceptual abarcativa en perspectiva de la psicología de la salud en México. En F. López Rosales (coord.), *Prospectiva de la psicología de salud en México*, (pp. 41-66). Pachuca, hidalgo, México: CUMex.

Castillo Ayuso R., Escoffié Aguilar, E. y Sosa Correa M. (2016). Bienestar Psicológico. Para tener y enseñar pensamientos, sentimientos y conductas saludables. En M.L. Gamboa Ancona y M. Sosa Correa, *El reto de ser padres: vivir en familia*, (pp.73-86). CDMX: Manual Moderno.

Castillo León, M. T. (2011). *La salud y su promoción en X'box Yucatán*. Austria y México: Academic Publishers.

Chiavenato (2009). *Gestión del talento humano*. 2^a ed. México: Mc Graw Hill.

Chung, L.Y.F., Wong, F.K. y Chan, M.F. (2007). Relationship of nurse's spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs*, 58(2),158–70. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04225.x

Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz (2000). Promoción de la salud: Concepto, estrategias y métodos. En C. Colomer Revuelta y C. Álvarez-Dardet Díaz. *Promoción de la Salud y cambio social*, (pp. 27-45). Barcelona: Masson.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2012). *Herramientas de consulta para la incidencia en políticas públicas y legislación. Marcos normativos aplicables al Distrito Federal*. México, D.F.: Progreso (IEPSA). Recuperado de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-3d1c18d 0364bda79dea082c0b386982d.pdf>

Comisión Internacional de la Salud Ocupacional. (2002). *Código internacional de Ética para los profesionales de la Salud Ocupacional*. Recuperado de http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epic/lecturas/mod6/codigo.pdf

Cordero Duarte, K., Rosales Obando, D., Soto Fonseca J.D. y Revuelta Sánchez, I. (2013). Diagnóstico de un proyecto educativo sobre la estrategia del ejercicio físico y la participación práctica de la actividad física dirigido a un grupo de adultos de la comunidad de Bolsón de Santa Cruz, Guanacaste. MH Salud, *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*,

10(2), 1-17. Recuperado de file:///C:/Downloads/5592-12457-1-SM%20(1).pdf

Cornejo, M. y Tapia, M. L. (2011). Redes sociales y relaciones interpersonales en internet. *Fundamentos en Humanidades*, XII(24), 219-229. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/184/18426920010.pdf>

Cowley, J. (1986). Cuando la promoción de la salud funciona, la oposición empieza: una opinión personal. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). *Promoción de la salud: Una antología*, (pp. 6-14). Washington, D.C.: Autor.

Davis, K. (1993). *Comportamiento humano en el trabajo*. México, D.F.: Mc Graw Hill.

Díaz Coutiño, R. (2012). *Desarrollo sustentable. Una oportunidad para la vida*. México: Mc Graw Hill.

Epp, J. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. Una utopía. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). *Promoción de la salud: Una antología*, (pp. 25-36). Washington, D.C.: Autor.

Escobar, A. S. (2006). *Planificación participativa*. Guatemala: Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica. Recuperado de file:///C:/Downloads/Planificaci%C3%B3n%20Participativa.pdf

Escobar, D. (2001). *La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud*. Recuperado de <http://www.bidihmujer.salud.gob.mx/documentos/5/Participacion%20ciudadana%20programa%20promocion%20salud.pdf>

Espinosa de Restrepo, H. (2001). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 41-56. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019104>

Feldman, R. (2006). *Aprendizaje con P.O.D.E.R.* México: McGraw-Hill.

Fiorentino, M.T. (2009). Conductas de la salud. En L.A. Oblitas Guadalupe (Coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3^a Edición), (pp.55-81). México: CENGAGE Learning.

Fizzotti, E. (2010). La trascendencia, base del cuidado personal y social. *Nous, Boletín de logoterapia y análisis existencial*, 14, 9-20. Recuperado de http://www.logoterapia.net/uploads/nous14red_7627806.pdf

Franco, A. (2000). Acerca de las políticas públicas de salud en el nuevo siglo. *Rev. Salud Pública*, 2(3), 220 –232. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/22340/1/18937-61776-1-PB.pdf>

French, W. L. y Bell, C. (1996) Desarrollo organizacional. *Aportaciones de las ciencias de la conducta para el mejoramiento de la organización*. México: Prentice Hall.

Frenk, J. (1993). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Frenk, J. y Gómez, O. (2008). *El sistema de salud de México*. México: Nostra.

Freudenberg, N. (2007). From lifestyle to social determinants: New directions for community health promotion research and practice. *Preventing Chronic Disease*, 4(3), A47. Recuperado de http://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1186&context=hc_pubs

Gallar, M. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Thompson Eds.

García-Viniegras, C.R. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Iztacala, UNAM*, 8(2), 1-20. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/19260/18262>

Geilfus, F. (2002). *80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planeación, monitoreo, evaluación*. San José de Costa Rica: IICA. Recuperado de <http://repiica.iica.int/docs/B0850E/b0850e.pdf>

Gimeno Navarro, M.A., Grandío, A. y Marqués, A.I. (2013). El cambiante mundo de las organizaciones. Hacia una organización saludable. *Revista Internacional de Organizaciones*, (10), 41–63. Recuperado de file:///C:/Downloads/Dialnet-ElCambianteMundoDeLasOrganizacionesHaciaUnaOrganiz-4994800.pdf

Giraldo Osorio, A., Toro Rosero, M. Y., Macías Ladino, A. M., Valencia Garcés, C. A. y Palacio Rodríguez, S. (2010). La promoción como estrategia para el fomento de estilos saludables. *Revista hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126693010>

Gobierno de Perú (2005). *Modelo de abordaje para la promoción de la salud*. Documento técnico. Lima: Gobierno de Perú-Ministerio de Salud. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd63/doctecnico148.pdf>

Goleman, D. (2006). *Inteligencia social. La nueva ciencia de las relaciones humanas*. Barcelona: Kairós.

Gomes, (2004). *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio de los sistemas de salud*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq./documents/events/puertorico05/8-magomez-determinsalud-pur05.pdf>

Gómez, I.C. (2006). *Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones de trabajo*. *Univ. Psychol.*, 6(1), 105-

113. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n1/v6n1a11.pdf>

Gómez Camacho, B. y Guerrero Rojas, N. (2006). Procesos de participación de los y las habitantes del barrio Rincón de San José en la conservación del Río Tunjuelito. *Revista Tendencia y Retos*, (11), 25-37. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-11-02.pdf>

Gómez del Campo del Paso, M.I., Medina Pacheco, B. y Aguilar Pizano, D. (2011). Sentido de vida y éxito. *Uaricha Revista de Psicología (Nueva época)*, 8(17), 124-146. Recuperado de http://www.revistuaricha.org/Articulos/uaricha_0817_124-146.pdf

Gómez Prieto, M., B. (2002). La espiritualidad en el hombre, desde la perspectiva logoterapéutica de Víktor Frankl. *Psicología y psicopedagogía*, 10. Facultad de psicología y psicopedagogía de la USAL. Recuperado de <http://psico.usal.edu.ar/psico/espiritualidad-hombre-desde-perspectiva-logoterapeutica-viktor-frankl>

Góngora, E. (2008). *¿Qué es la psicología positiva?* Documento inédito. Universidad Autónoma de Yucatán

González-Molina, J. (2002). Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Revista Médica de Uruguay*, (18), 192-197. Recuperado de <http://promsalud.udnar.edu.co/wp-content/uploads/2015/05/art-2-Empoderamiento.pdf>

Gracia Castillo, M. (2002). Construcción cotidiana de las territoriales vecinales y barriales. En *Cuicuilco*, 9(25), 1-11. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35102514.pdf>

Great Place to Work (2015). *¿Qué es un excelente lugar de trabajo?* Recuperado de <http://www.greatplacetowork.com.mx/nuestro-enfoque/que-es-un-excelente-lugar-de-trabajo>

Green Cities. (2014). *The Green cities campaign*. Recuperado de <http://www.earthday.org/greencities/about/>

Guevara, B., Zambrano de Guerrero, A. y Evies, A. (2011). Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. *Enfermería Global*, 10(21), 1-7. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115281/109211>

Guirao Goris, J. A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(1), 1-9. Recuperado de <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/252/206>

Hannerz, U. (1986). *Exploración de la ciudad. Hacia una antropología urbana*. México: Fondo de Cultura Económica.

Heritage, Z. and Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health promotion International* 24(S 1), i45-i55. doi:10.1093/heapro/dap054

Hernández Xochipa, V. (2013). *Evolución histórica del concepto de PS*. Disertación. Instituto Nacional de Salud Pública, especialidad en PS. Recuperado de file:///C:/Downloads/Hernandez%20Xochipa%20Vianney.pdf

Jaimez, M. J. y Bretones, F. D. (2011). Towards a healthy organization model. Is-Guc, *Journal of Industrial Relations y Human Resource*, 13(3), 7-26. DOI: 10.4026/1303-2860.2011.0180.x

Kawachi, I. y Kennedy, B. (1997). Health and social cohesion: Why care about income inequality. *Education and Debate*, (314), 1037-1040. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/pdf/25174195.pdf>

Kickbusch, I. (1986). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). *Promoción de la salud: Una antología*, (pp. 15-24). Washington, D.C.: Autor.

Kleinke, C.L. (2002). *Coping with life challenges* (2^a ed.). Long Grove, IL: Waveland Press.

Labiano, M. (2009). Introducción a la psicología de la salud. L.A. Oblitas Guadalupe (Coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (3^a Edición), (pp.3-21). México: CENGAGE Learning

Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf; js

essionid=D6F3514D4A05DB42A0379638F9F1E480?sequence=1

Lalonde, M. (1984). El concepto de 'campo de salud': Una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). *Promoción de la Salud: Una antología*, (pp. 3-5). Washington, D.C.: OPS.

Laverack, G. (2003). Building capable communities: experiences in a rural Fijian context. *Health promotion international*, 18(2), 99-106. Recuperado de http://salutare.ee/files/ettekanded/Building%20capable%20communities_0.pdf

Lemos Giraldez, S. y Fernández Hermida, J. (1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2), 113-135. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.0a?id=72702205>

Mangrulkar, L., Whitman, C. y Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/División de Promoción y Protección de la Salud. Recuperado de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Enfoque%20de%20Habilidades%20para%20la%20vida%20OPS_0.pdf

Mantilla Castellanos, I. (2003). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano*

y la prevención de problemas psicosociales. Bogotá: GTZ-FeyAlegría. Recuperado de http://www.feyalegria.org/images/acrobat/72979810510810510097100101115_849.pdf

Martínez Cano, A. (2004). *El desarrollo del Autoconocimiento y de la Toma de decisiones de los alumnos de la Educación Secundaria Obligatoria en la Ley Orgánica de Calidad de la Educación.* Universidad de Castilla-La Mancha: Colección de tesis doctorales. (197). Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/930/197%20El%20desarrollo%20de%20autoconocimiento%20y%20de%20la%20toma%20de%20decisiones%20de%20los%20alumnos.pdf?sequence=1>

Mayorga Mas, R., Petrina Piñal, P. y Pérez Vicente, I. (2008). *Promoción de la Salud en el Trabajo. Una Oportunidad Empresarial.* Departamento de Seguridad, Salud y Nuevos Servicios de Mutua Navarra. Recuperado de http://www.lineascen.cenavarra.es/documentos/ficheros_recursos/MN%20Guia%20Azul%20Salud%20Laboral.pdf

Melero, J.C. (2013). Habilidades para la vida: una estrategia para promover la salud y el bienestar infantil y adolescente. *Global Education Magazine*, 3. Recuperado de <http://www.globaleducationmagazine.com/habilidades-para-la-vida-una-estrategia-para-promover-la-salud-el-bienestar-infantil-adolescente/>

Mendoza, A. y Álvarez, M. (1978). *Las relaciones humanas en las funciones del supervisor*. México, D.F.: ARMO.

Mercado Maldonado, A. y Hernández Oliva, A. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 17(53), 229-251. Recuperado de <http://convergencia.uaemex.mx/article/viewFile/1150/870>

Milburn, K. (1996). The importance of lay theorizing for health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 11(1), 41-46. doi: 10.1093/heapro/11.1. 41

Ministerio de Salud del Gobierno de Perú. (s.f.). *Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de salud mental, buen trato y cultura de la paz*. Dirección General de Promoción de la Salud. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/144.pdf>

Montes, V., Huenchuan, S. y Guzmán, J. (2003, 14 al 18 de julio). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social. 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvmo.pdf

Montoya, I. y Muñoz, I. (2009) Habilidades para la vida. COMPARTIM: *Revista de Formación del Professorat*, 4. Recuperado de

http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf

Morales, M., Benítez, M. y Agustín, D. (2013). Habilidades para la vida (cognitivas y sociales) en adolescentes de una zona rural. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(3), 98-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15529662007>

Navarro, V. (2008). *¿Qué es la política nacional de salud?* Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Recuperado de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>.

Navarro Peña, Y. y Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19), 1-14. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>

Navarro, A., Voetsh, K., Liburd, L., Giles, H. y Collins, J. (2007). Charting the future of community health promotion: Recommendations from the National Expert Panel of Community Health Promotion. *Preventing chronic disease*, 4(3), 1-7. Recuperado de https://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/pdf/07_0013.pdf

Nueva Vida. (2009). *Habilidades para la Vida. Guía práctica y sencilla para el Promotor Nueva Vida*. México, D.F.: SSA/

DIF. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nvhabilidades_guiapractica.pdf

Nutbeam, D. (1986). Glosario de PS. En Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Promoción de la Salud: Una antología*, (pp. 383-402). Washington, D.C.: Autor.

Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. Recuperado de <http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/4/349.full.pdf+html>

Nutbeam, D. y Wise, M. (1993). Australia: Planificación para una salud mejor. En Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). *Promoción de la salud: Una antología*, (pp. 76-96). Washington, D.C.: Autor.

Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Thomson.

Orduña Altamirano, M. (2006). *La influencia de las relaciones interpersonales en el clima organizacional de la subdirección de estadísticas y encuestas, coordinación INEGI de Pachuca, Hidalgo*. Tesis de Licenciatura inédita. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/461/La%20influencia%20de%20las%20relaciones%20interpersonales.pdf?sequence=1>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (septiembre, 2012). *Méjico mejores políticas para un desarrollo incluyente*. Serie “Mejores Políticas”. Recuperado de <http://www.oecd.org/mexico/Mexico %20 2012%20FINALES%20SEP%20eBook.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

OMS. (1984). *Glosario de términos usados en la serie Salud para Todos*. Ginebra: Autor.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 1^a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

OMS. (1988, 5-9 de abril). *Recomendaciones de Adelaide. Políticas públicas para la salud*. 2^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Adelaide, Australia. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf

OMS (1991, 5-9 de junio). *Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables a la salud*. 3^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Sundsvall, Suecia. Recuperado

de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf

OMS. (1991). *Modelo de Análisis Estratégico en Promoción de la Salud (MAEPS-OMS)*. Ginebra; Autor.

OMS. (1997, 21-25 de julio). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. 4^a Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Yakarta, Indonesia. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/declaracion_de_yakarta_97.pdf

OMS. (2000, 5-9 de junio). *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad*. 5a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México. Recuperado de <http://www.bvsde.oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>

OMS. (2005). *La salud y los objetivos de desarrollo del milenio*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf

OMS. (2005a). *Adoptada la nueva carta de Bangkok para la promoción de la salud, a fin de afrontar los rápidos cambios de la salud mundial*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr34/es/>

OMS. (2005b, 7-11 de agosto). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 6^a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bangkok.

Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1

OMS. (2007). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/index.html

OMS. (2008). Políticas públicas para la salud pública. En OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, (pp. 65-81). Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

OMS. (2009, 26-30 de octubre). *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud.* 7a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Nairobi. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/Nairobi_2009_sp.pdf

OMS. (2010). *Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo.* Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

OMS. (2013, 10-14 de junio). *La declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas.* 8^a Conferencia mundial de promoción de la salud. Helsinki. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

OMS (2014). *Temas de salud. Salud ambiental.* Recuperado de http://www.who.int/topics/environmental_health/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f. a). *Directrices. Guía para documentar iniciativas en promoción de la salud.* Recuperado de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/directrices_espanol.pdf

OPS. (s.f. b). *Políticas publicas saludables.* Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/Portfolio/1.%20Politicas%20Publicas.pdf>

OPS. (2000). *Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense.* Washington, D.C.: OPS. Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/HDP/can1.pdf>

OPS/OMS. (s.f.). *Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Américas. Lecciones de 15 estudios de casos.* Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/hp15case_sp_v3.pdf

OPS/CEPAL/UN-HABITAT. (2006). *Vivienda Saludable: Reto del milenio en los asentamientos precarios de América Latina y el Caribe. Guía para las autoridades nacionales y locales.* Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/dgps_para_serums_2009ii/pfvs/vivienda_saludable.pdf

Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*, 135(5), 647-652. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014

Osman-Elasha, B. (2009). Los impactos del cambio climático, la adaptación y los vínculos con el desarrollo sostenible en África. *Revista Internacional de Silvicultura e Industrias Forestales*, 60, 12-16. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/011/i0670s/i0670s03.htm>

Palacio Hurtado, M. y Sáenz Crespo, A. (2001). Entornos Saludables: el desafío de la Promoción de la Salud. En H. Restrepo y H. Málaga (Comps.), *Promoción de la salud: Como construir vida saludable* (pp. 264-273). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Pancer, S. M. y Nelson, G. (1990). Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: Guía para la movilización comunitaria. En: Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1996). *Promoción de la salud: Una antología*, (pp. 166-182). Washington, D.C.: Autor.

Pedraza Arias, A. (2011). *Modelo de gestión de redes y microrredes de salud*. Recuperado de <http://docplayer.es/3174938-Modelo-de-gestion-de-redes-y-microrredes-de-salud-andrea-pedraza-arias.html>

Perea Quesada, R. (2009). Promoción y educación para la salud. Algunos pilares básicos. En R. Perea Quesada (Coord.), *Promoción y educación para la salud tendencias innovadoras*, (pp. 3-26). Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479789145.pdf>

Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. Recuperado de <http://pnd.gob.mx/>

Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf

Prüss-Üstün, A. y Corvalán, C. (2006). *Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: Resumen de orientación*. Paris: OMS. Recuperado de http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/prevdiseexecsumsp.pdf

Raeburn, J., Akerman, M., Chuengsatiansup, K., Mejía, F. y Oladepo, O. (2007). Community capacity building and health promotion in a globalized world. *Health Promotion International*, 21(Supp1), 84-90. doi: 10.1093/heapro/dal055

Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En H. Restrepo y H. Málaga (Coords.), *Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable*, (pp. 15-23). Bogotá: Editorial Panamericana.

Restrepo Vélez, O. (2003). Salud comunitaria: ¿Concepto, realidad, sueño o utopía? *Avances de enfermería*, 49-61. Recuperado de file:///C:/Downloads/37548-166294-1-PB.pdf

Resende Carvalho (2008). Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva*, 4(3), 335-347. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a06.pdf>

Rifkin, S. (2000). Major issues arising from the literature review on participatory approaches to health improvement. In A. Draper y D. Hawdon (Eds.), *Improving health through community participation* (pp. 23-36). London: Health Development Agency.

Rifkin, S., Lewando-Hundt, G. y Draper, A. (2000). *Participatory approaches in health promotion and health planning. A literature review*. London: Health Development Agency. Recuperado de file:///C:/Downloads/ParticipatoryApproachesinHealthPlanningHDA%20(1).pdf

Rivas Tilve, A. (s.f.). *Habilidades sociales y relaciones interpersonales*. Madrid. Fundación Gil Gayarre. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/sexualidad_ydi/22_habilidades.pdf

Robbins, S. y Judge, T. (2013). *Comportamiento Organizacional*. (15^a ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Robledo-Martínez, R. y Agudelo-Calderón, C. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la PS. *Salud Pública*, 13(6), 1031-1050, Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42222537015>

Rodríguez Marín, J. y Neipp López, M.C. (2001). *Manual de Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis

Rodríguez A., Cifre E. y Salanova M. (2008). Cómo mejorar la salud laboral generando experiencias óptimas. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, (46), 20-25. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/20153/28618.pdf?sequence=1>

Roses-Periago, M. (2008). *Proteger la salud frente al cambio climático*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/050739/MRoses.pdf>

Salanova, M. (2009a). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, (58), 18-23. Recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/73232/32403.pdf?sequence=1>

Salanova, M. (2009b). *Psicología de la salud ocupacional*. Madrid: Síntesis.

Salanova, M. y Schaufeli, W. (2004). El engagement de los empleados. Un reto para la dirección de recursos humanos.

Estudios financieros, (261), 109-138. Recuperado de <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/221.pdf>

Salanova, M. y Schaufeli, W. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. México, D.F.: Alianza Editorial.

Salanova, M., Martínez, I. M., y Llorens, S. (2005). Psicología Organizacional Positiva. En F. J. Palací (Coord.), *Psicología de la Organización* (pp. 349-376). Madrid: Pearson, Prentice-Hall.

Salanova, M., Martínez, I. y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempo de crisis: Aportaciones desde el equipo de investigación WONT. *Papeles del Psicólogo*, 35(1), 22-30. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2318.pdf>

Sánchez Martín, V. (2010). Psicología positiva y relaciones interpersonales. En A. Caruaña Vaño (Coord.), *Aplicaciones educativas de la psicología positiva* (pp.340-351) Alicante, España: Generalitat valenciana. Recuperado de http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/aplicaciones_educativas.pdf

Sapag, J. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Saúde Pública*, 41(1), 139-149. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>

Schein, E. (1981). *Psicología de la Organización*. (3^a ed.). España: Prentice-Hall.

Secretaria de Salud (SSA). (s.f.). *Programa de Acción Específico 2007 – 2012: Entornos y comunidades saludables*. México, D.F.: SSA. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/comunidades_saludables.pdf

SSA. (2005). *Modelo operativo de promoción de la salud*. México, D.F.: SSA. Recuperado de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/mops.pdf>

SSA. (2006, 23 de enero). *Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2005*, México, D.F.: Diario Oficial de la Federación.

Speer, P., Jackson, C. y Peterson, N. (2001). The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Health Education y Behavior*, 28(6), 716-732. doi: 10.1177/109019810102800605

Tapia Álvarez, M., Campillo Carrete, B., Cruickshank Soria, S. y Morales Sotomayor, G. (2010). *Manual de incidencia en política pública*. México, D.F.: Alternativas y Capacidades, A.C. Recuperado de <http://www.alternativasycapacidades.org/sites/default/files/MIPP.pdf>

Tobón Correa, O. (2003). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Recuperado de <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

Traverso-Yepez, M., Maddalena, V., Bavington, W. y Donovan, C. (2012). Community capacity building for health. A critical look at the practical implications of this approach. *Sage Open*. 1-12. DOI: 10.1177/2158244012446996

Universidad del País Vasco. (s.f.). *Relaciones interpersonales. Generalidades*. Recuperado de <http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>

Vargas Umaña, I., Villegas del Carpio, O., Sánchez Mongue, A. y Holthuis, K. (2003). *Promoción, Prevención y Educación para la salud*. José de Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS. Recuperado de <http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>

Varona, F. (2003). *Todavía es posible soñar. Teoría apreciativa y comunicación empresarial*. Recuperado de <http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/tacor%2020033.pdf>

Vega Angarita, O. M. y González Escobar, D. S. (2007). Teoría del Déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4(4), 28-35. Recuperado de <file:///C:/Users/2014/Downloads/ Dialnet-TeriaDelDeficitDeAutocuidado-2534034.pdf>

Velez Llano, Y. (2007). *Calidad de vida, funcionalidad familiar y apoyo social de redes comunitarias deportivas-recreativas en las familias de estrato bajo con adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de ciencias de la Salud-Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/1353/79607V436.pdf?sequence=1>

Vera Núñez, R. (2005). Elementos constitutivos para medir la pobreza y la calidad de vida. *Espacios Públicos*, 8(15), 176-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67681512>

Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo* 27(1), 3-8. Recuperado de <http://www.papelesdelsicologo.es/pdf/1279.pdf>

Vigoya Valencia, A. (2002). *Bienestar social laboral*. Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/12231896/Bienestar-Social-Laboral>

Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>

Werner, D. y Bower, B. (1990). *Aprendiendo a promover la salud. Un libro de métodos, materiales e ideas para instructores que trabajan en la comunidad.* México, D.F.: Centro de Estudios Educativos A.C. Recuperado de <https://ongcaps.files.wordpress.com/2012/04/aprendiendo-a-promover-la-salud.pdf>

Winterkorn Dezoril, L. y Oliveira Crossetti, M. (2008). La espiritualidad en el cuidado de sí para profesionales de enfermería en terapia intensiva. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 16(2), 1-7. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_07.pdf

Zambrano, A., Bustamante, G. y García, M. (2009). Trayectorias organizacionales y empoderamiento comunitario: Un análisis de interfaz en dos localidades de la región de la Araucanía. *Psykhe*, 18(2), 65-78. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v18n2/art05.pdf>

Zukerfeld, R. (2005). Calidad de vida y vulnerabilidad en obesidad y patología cardiovascular. En R. D'Alvia. (Comp.), *Calidad de vida, la relación bio-psico-social del sujeto*, (pp.61-72). Buenos Aires: Lugar Editorial.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES.
SUS CONCEPTOS Y APLICACIONES.**

Este libro terminó de imprimirse en noviembre de 2016
en los talleres de Grupo Impresor Unicornio, S.A de C.V.
Calle 41 No. 506 x 60 y 62, Centro, C.P. 97000
Mérida, Yucatán, México

El tiraje fue de 300 ejemplares en papel cultural de 90 gramos
para el interior y sulfatada de 14 puntos con laminado mate
para la cubierta, encuadernado en hot melt.

La Promoción de la Salud ha tenido un gran desarrollo desde que en la Carta de Ottawa, elaborada en 1986, se le considerara como una estrategia fundamental para la intervención en salud pública. Hoy por hoy, treinta años después, va más allá y es concebida como una ciencia aplicada enfocada al desarrollo de conocimientos y, sobre todo, formas de intervención de carácter colaborativo, que permitan descubrir sinergias y apoyar procesos de cambio transformadores. Quienes trabajan en este campo realizan esfuerzos para generar de espacios de aprendizaje, de desarrollo de habilidades, así como para la creación de oportunidades y ambientes que favorezcan prácticas de salud positivas fortalecedoras de individuos, grupos y comunidades.

Este avance en la conceptualización de la Promoción de la Salud implica ampliar los enfoques disciplinarios tradicionales aplicados en este campo. Es de ahí que surge la motivación de escribir este libro, mediante un trabajo en colaboración entre académicos de la Universidad Autónoma de Yucatán e integrantes de Antal Promoción de la Salud, A.C., como una estrategia que permite concentrar, en un solo texto, diversos conceptos y formas de aplicación utilizables en las diferentes líneas estratégicas de la Promoción de la Salud fundamentados en principios de diferentes ciencias sociales como la Psicología, Antropología, Sociología y la Administración de Recursos Humanos.



Promoción de la salud, A.C.



UADY
UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN



ISBN 978-607-8424-24-5



9 786078 424245