

Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud



*Càtedra de Desenvolupament
de Organitzacions i
Territoris Saludables.
Universitat de Lleida*

Monogràfics DOTS
n°4

Ed. Isabel del Arco



Dykinson SL

Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud

Isabel del Arco
(editora)

Cátedra DOTS – Universitat de Lleida

Dykinson, S.L.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 917021970/932720407.

Proyecto Europeo RETSASO (Red Transfronteriza Sanitaria y Social EFA 341/19) programado en el marco del POCTEFA (2014-2020) y cofinanciado por fondos FEDER

Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud.

Càtedra de Desenvolupament d'Organitzacions i Territoris Saludables (DOTS-UdL)

Universitat de Lleida

Universitat de Lleida.



© 2021 Isabel del Arco

ISBN: 978-84- 1377 -936-2

Diseño y compaginación: Aleix Olondriz

Imágenes utilizadas: imágenes de Bing con licencia del sistema de Licencias Creative Commons. Tratamiento de género: en este texto se ha considerado el masculino como neutro. Prohibida la reproducción total o parcial sin la autorización de los autores.

Relación de autores

Isabel del Arco Bravo

Profesora Titular de la Universidad de Lleida

M Luisa Guitard Sein-Echaluce

Profesora Titular de la Universidad de Lleida

Anna Espart Herrero

Profesora Lectora Serra Húnter de la Universidad de Lleida

Anabel Ramos-Pla

Profesora Asociada e Investigadora Postdoctoral de la Universidad de Lleida

Òscar Flores Alarcia

Profesor Asociado de la Universidad de Lleida

Laia Selva Pareja

Investigadora Postdoctoral de la Universidad de Lleida

Paula Mullet

Técnica RETSASO

Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.....	7
Anna Espart Herrero	
Laia Selva Pareja	
M. Luisa Guitard Sein-Echaluze	
1. La evolución del concepto de salud.....	7
<i>La salud como concepto</i>	7
<i>La salud a lo largo de la historia</i>	7
<i>La salud en el siglo XX y XXI</i>	8
2. Promoción y prevención de la salud.....	9
<i>Promoción de la salud</i>	9
<i>Niveles de prevención en salud</i>	11
3. Empoderar en salud ¿qué significa?.....	11
2. HACIA EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	19
Isabel del Arco Bravo	
1. Definición de empoderamiento y empoderamiento comunitario.....	19
2. Niveles o dimensiones del empoderamiento.....	19
3. Bases para estimular el empoderamiento.....	22
4. Empoderamiento de la comunidad para la promoción de la salud: estrategias	23
<i>Fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas</i>	25
<i>Mejora de la organización y estructura comunitaria</i>	30
<i>Impulsar la participación y la corresponsabilidad</i>	33
<i>Mejorar recursos</i>	33
3. COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES SALUDABLES	35
Isabel del Arco Bravo	
Paula Mullet Badia	
1. Definición y características de las Comunidades y Organizaciones Saludables	35
2. Liderazgo y compromiso organizacional en las OS.....	37
<i>Liderazgo transformacional</i>	37
<i>Participación y compromiso organizacional</i>	39
3. OS y cómo implementar programas para promocionar la salud	40
4. Caja de herramientas para el empoderamiento comunitario en una OS.....	43
4. PRÁCTICAS DE REFERENCIA DE EMPODERAMIENTO COMUNITARIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	49
Anabel Ramos-Pla	
Òscar Flores Alarcia	
1. Conceptualización: ¿qué entendemos por prácticas de referencia?.....	49
2. LiVES: Herramienta para identificar prácticas de referencia.....	51
<i>Construcción del instrumento LiVES</i>	51
<i>Aplicación de la herramienta</i>	53
3. Prácticas de referencia transfronterizas.....	56
GLOSARIO	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

INTRODUCCIÓN

Está demostrado, sobradamente, que la salud de los sujetos debe contextualizarse en las situaciones y condiciones de vida de este. Las desigualdades sociales, económicas, educativas y culturales se traducen de forma irreversible en una desigualdad en salud.

La OMS hace una apuesta por la promoción de la salud empoderando a las personas y a las comunidades. Ello implica el capacitarlas para poder tener un control sobre los determinantes de la salud y de este modo conseguir una mejora. Se considera, entonces, que procesos de capacitación de personas y comunidades es una evidencia clara que determina si se está interviniendo, promocionando la salud o no.

El presente curso: *El Empoderamiento Comunitario para generar Territorios Saludables*, tiene por objetivo introducir en la conceptualización y aspectos más relevantes que caracterizan el empoderamiento comunitario orientado a la promoción de la salud. Se empieza con una conceptualización de los términos básicos, enfocando las tendencias de los últimos años en este campo, dibujando herramientas y estrategias para hacer efectivo este empoderamiento, dibujando las consecuencias inmediatas que generan organizaciones y comunidades saludables y finalmente presentando ejemplos de prácticas de referencia identificadas según unos criterios de evaluación.

Este libro, desplegado en 4 capítulos, se ha dispuesto para tener una serie de conocimientos básicos sobre los contenidos a desarrollar en este curso de formación:

- Capítulo 1: La Importancia de la Salud: promoción y prevención
- Capítulo 2: Hacia el empoderamiento comunitario para la promoción de la salud
- Capítulo 3: Comunidades y Organizaciones Saludables
- Capítulo 4: Prácticas de referencia de empoderamiento comunitario para la promoción de la salud

En el desarrollo de cada capítulo se cuenta con diferentes notas adicionales al texto que invitan al lector a reflexionar, proponen información complementaria o de ampliación.

Al final del documento, se cuenta con un Glosario con aquellos términos y conceptos debidamente definidos, explicados y en algunos casos comentados y relacionados con la práctica.

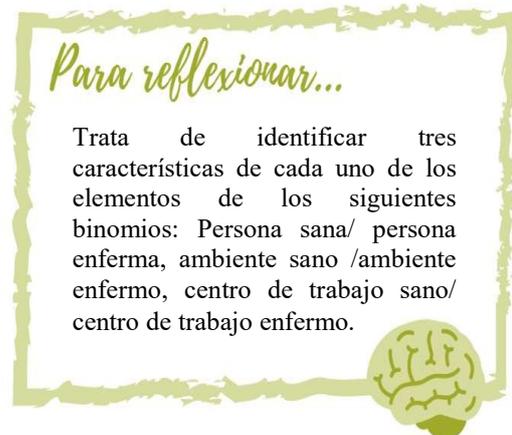
1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Anna Espart
Laia Selva
M. Luisa Guitard
Universidad de Lleida

1. La evolución del concepto de salud

¿Te has preguntado alguna vez, qué significa estar *enfermo*, estar *sano* o tener *salud*? Si te lo has preguntado, te habrás dado cuenta de que son conceptos relacionados, pero que, además, cada uno de ellos, puede acoger más de una posible definición.

Si nos centramos específicamente en el concepto *Salud*, será difícil consensuar una única definición válida para todas las personas; lo que para mí puede significar “tener salud”, puede que para otra persona signifique “estar enfermo”. Además de la diversidad de definiciones que podríamos encontrar en la actualidad, existe también una evolución en dicho concepto a lo largo de la historia de la humanidad. Es por ello por lo que se concibe la salud como algo dinámico y cambiante.



A pesar de que puede que no exista un consenso único sobre dicho concepto, sí parece claro que la salud implica un proceso de adaptación a los entornos cambiantes que nos permiten crecer, envejecer y morir en la sociedad de la que formamos parte.

La salud como concepto

A lo largo de la historia, han sido varias las definiciones aportadas a un concepto tan abstracto como es el concepto *Salud*. Así pues, desde la Grecia Clásica hasta nuestros días, infinidad de médicos, filósofos, instituciones o incluso colectivos, han tratado de aportar una noción clara a este concepto. Cada una de estas definiciones, se sustentan sobre el desarrollo social del momento en que fueron concebidas y es por ello que han sido utilizadas en muchas ocasiones, como marco de referencia para la salud de las personas o para la aplicación de las políticas sanitarias de los estados en los diferentes momentos de la historia.

La definición de salud sea cual sea la que adoptemos como válida, se considera un concepto subjetivo al igual que lo son conceptos como la belleza o la felicidad. De ahí, que exista disparidad en la aceptación de una única definición.

La salud a lo largo de la historia

Desde la Grecia clásica con Hipócrates y la escisión que hizo del concepto medicina-filosofía-magia/religión, pasando por la Edad Media donde la concepción

religiosa de salud/enfermedad predominaba o la Era Contemporánea donde el concepto biológico de la salud ha sido el aceptado, se ha entendido siempre el binomio salud/enfermedad en términos negativos, dando protagonismo a la enfermedad y asumiendo que su ausencia significaba tener salud (Vergara, 2017).

Es ya en pleno siglo XX cuando se empieza a entender la salud y la enfermedad como un *continuum* en la vida, dentro del cual, la persona puede pasar por diferentes estadios a lo largo de los días, meses y años (Fig. 1).

Figura 1. Representación continuum Salud-Enfermedad (elaboración propia).



La salud en el siglo XX y XXI

Con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1948, se abre una nueva era en la construcción de la noción de la *Salud*. Así pues, ya en su Carta Constitucional, la OMS apunta una nueva definición de *Salud*, que, por primera vez, fue definida en términos positivos. En dicha Carta la *Salud* se definió como “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 2020). Con esta definición, la salud dejaba atrás una visión puramente biológica, para pasar a basarse en aspectos bio-psico-sociales. De este modo la salud ya no era considerada como un objetivo en la vida, sino un valioso recurso para construir la vida.



A pesar de ello, esta definición pronto recibió críticas, pues se tachó de ser una definición subjetiva, estática y de identificar el bienestar como equivalente a la salud.

Esta definición fue la base para ampliar el concepto Salud y ligarlo a otros conceptos como la promoción y prevención de esta. En las diferentes asambleas y conferencias internacionales organizadas por la OMS en los años siguientes, diferentes fueron las aportaciones a este concepto. Así pues, cabe destacar:

- *Conferencia de Ginebra (1966)*. En la 19ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS, introdujo la “calidad de vida” en el marco conceptual de la salud, cuya definición fue “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses” (Gómez, 2009).
- *Conferencia de Alma-Ata (1978)*. En ella se aprobó la *Declaración del Alma-Ata*, donde se amplió el modelo vigente de salud para dar cabida a otros aspectos que determinaban la mejora de la salud de las personas: la atención primaria de salud, la participación de las organizaciones de la sociedad civil o los factores económicos de la población, entre otros (Chan, 202

- *Conferencia de Ottawa (1986)*. En esta primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, se emite la *Carta de Ottawa*, en la que se establece como objetivo común la “Salud para todos en el año 2000” y en el que se incluye como requisitos para la salud, la paz entre poblaciones, el acceso a recursos económicos y alimenticios, el tener una vivienda e incluso el de vivir en un ecosistema estable (OMS, 1986).
- *Conferencia de Yakarta (1997)*. En la cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, se establece un objetivo más ambicioso recogido en la *Declaración de Yakarta* sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI y que daría paso a la aprobación de la política “Salud para Todos en el Siglo XXI” por parte de la OMS (1999) (OMS, 1997).
- *Conferencia de Shanghai (2016)*. En la novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, se dio un paso más en la consecución del objetivo común de promover la salud. En la *Declaración de Shanghai* y bajo el lema “Salud para todos y todos para la salud”, se incluyó la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OMS, s.d.)

A pesar de que otros organismos, estados o grupos de profesionales han realizado otras definiciones igualmente válidas, en torno a este concepto, ha sido la definición de la OMS, junto con los aspectos aportados en cada una de las asambleas y conferencias, la que ha prevalecido y prevalece desde el siglo pasado. Y es en esta definición, en la que se basan la mayoría de las estrategias gubernamentales para desarrollar sus estrategias en políticas de salud.

2. Promoción y prevención de la salud

2.1 Promoción de la salud

Como se ha expuesto en el apartado anterior, la salud no es un concepto estático que puede sufrir alteraciones negativas, sino que también se puede incidir sobre ella para mejorar su nivel.

La promoción de la salud (PS) se definió en la conferencia de Ottawa en 1986 como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

En España, el contexto legislativo la Ley 14/86 General de Sanidad en el artículo 6º hace referencia a que las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.

La promoción de la salud debe responder a las diferentes necesidades que plantean nuestras sociedades en el ámbito de la salud. Las áreas de intervención consideradas primordiales son los problemas de salud, los estilos de vida y las transiciones vitales (Consejo interterritorial del sistema nacional de salud, 2004).

Para reflexionar...

En las actividades que realizas de forma cotidiana ¿crees que algunas de ellas se pueden considerar como promoción de la salud?



Los escenarios más importantes en los que se desarrolla la promoción de la salud no son exclusivamente los pertenecientes a los servicios sanitarios sino también los entornos escolares y de formación (centros de educación infantil, primaria, secundaria, universidades y centros de formación profesional), laborales y en ámbitos sociales.

En las últimas décadas, se han producido relevantes cambios en las estructuras familiares y sociales que conllevan también cambios en los problemas de salud debido a las desigualdades relacionadas con el género y el nivel socioeconómico.

Algunas necesidades de salud y áreas de intervención a afrontar desde la educación y promoción de salud se describen de manera resumida en la Tabla 1.

Tabla 1: Necesidades/áreas de intervención y su enfoque desde la promoción de la salud.

Necesidades	Áreas de intervención	Enfoque desde la promoción de salud
Problemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades crónicas - Discapacidades - Derechos y deberes de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención centrada en la calidad de vida - Educación de los pacientes afectados centrada en sus expectativas, creencias y valores dirigida a la asunción de decisiones responsables - Oferta de recursos y servicios
Estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Actividad física - Sexualidad - Tabaco y otras drogodependencias - Estrés 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover comportamientos saludables - Facilitar que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar - Modelos socioculturales favorables
Transiciones vitales	<ul style="list-style-type: none"> - Infancia y adolescencia - Inmigración - Cuidado de personas dependientes - Envejecimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer las condiciones para el desarrollo de la identidad personal y el proyecto de vida - Oferta de recursos y servicios - Modelos socioculturales favorables - Desarrollar habilidades personales y sociales: afrontamiento de problemas, manejo de emociones, comunicación.
Estrategias multisectoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Entornos saludables - Escenarios promotores de salud, equidad y desigualdades en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la coordinación intersectorial y el trabajo en red - Facilitar el acceso a las personas y grupos en situación de desigualdad

Fuente: Consejo interterritorial del sistema nacional de salud. Ministerio de sanidad y consumo. Formación en promoción y educación para la salud. Madrid, 2004.

La promoción de la salud representa una herramienta imprescindible para conseguir un nivel de salud asociado a una buena calidad de vida. Debe ir asociada a una concienciación de la ciudadanía que consiga su implicación individual y colectiva además de institucional para lograr la mejora de la salud pública.

La Promoción de la Salud se puede entender como un principio que persigue el compromiso de la población en su contexto de vida para conseguir su participación en la definición de problemas, en la toma de decisiones y en las actividades llevadas a cabo para conseguir modificar y mejorar los factores determinantes de la salud.

Es imprescindible la colaboración estrecha entre todos los sectores de la sociedad de manera que el entorno global contribuya a la salud.

La epidemiología es la ciencia centrada en el conocimiento de las enfermedades en cuanto a su incidencia, distribución y los factores que contribuyen a su desarrollo. Rich la describió en 1979 como la ciencia que estudia la dinámica de salud en las poblaciones.

Este conocimiento de los factores que favorecen que se pueda llegar a producir una determinada enfermedad, es lo que permite poder influir en evitarlos o minimizarlos.

Niveles de prevención en salud

Por prevención entendemos el conjunto de acciones contribuyentes a disminuir el riesgo de aparición de una determinada enfermedad o discapacidad. La OMS define diferentes niveles:

- **Prevención primaria:** son las medidas que evitan o retardan la aparición de la enfermedad, es decir, cuando ésta aún no existe. Actúan antes de que la interacción entre distintos factores sobre el individuo, den lugar a la aparición de la enfermedad. Las estrategias utilizadas incluyen la disminución de los factores de riesgo y el fomento de los factores protectores. Por ejemplo: campañas de vacunación, uso de medidas de protección adecuadas a distintas actividades (mascarillas para los mineros, pantallas para soldadores, casco para usuarios de moto, cinturón de seguridad en vehículos, etc.), educación en prevención de adicciones para los adolescentes, etc. También puede incluir medidas que actúen sobre el medio ambiente y en este caso hablaremos de protección de la salud (saneamiento ambiental, higiene alimentaria, tratamiento de aguas, etc.)
- **Prevención secundaria:** en este caso las medidas aplicadas van encaminadas a detectar la posible enfermedad en sus primeros estadios y de esta forma abordarla cuanto antes para conseguir mejores resultados con tratamientos efectivos ya en esa fase. Es decir, se trata de aplicar métodos diagnósticos aun antes de detectar las manifestaciones propias de la enfermedad que permitan ya iniciar el tratamiento. Ejemplos: cribados oncológicos (autoexploración mamaria, mamografía, sangre oculta en heces...), cribados COVID (test de antígenos rápidos, determinaciones de tensión arterial periódicas, revisiones médicas, etc.)
- **Prevención terciaria:** las medidas aplicadas tienen por objetivo el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad manifestada de forma que eviten la progresión de esta y las complicaciones e invalideces que puede provocar. Es decir, intentan mejorar la calidad de vida del individuo. Ejemplos: ejercicio en post IAM (infarto agudo de miocardio), no tabaco en enfermedades respiratorias crónicas, consejo dietético en personas obesas, etc.

3. Empoderar en salud ¿qué significa?

Según la OMS, el empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico o político que permite expresar a las personas, de manera individual o colectiva, sus necesidades o preocupaciones. De esta manera, cada individuo es

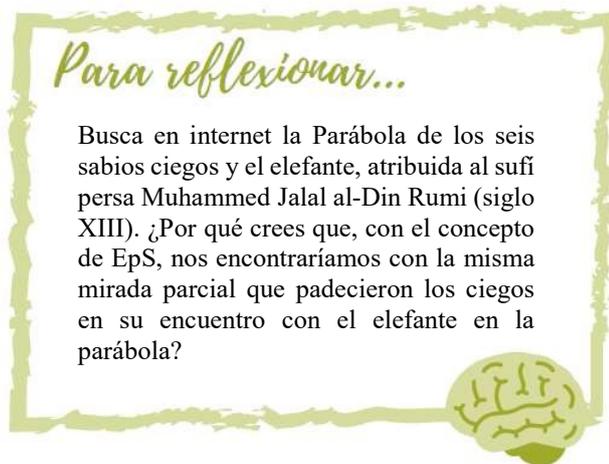
protagonista en la toma de decisiones y acciones que afectan a su salud, lo que le dará mayor control sobre sí mismo/a incluso ya en la Declaración de Yakarta (Organización Mundial de la Salud, 1997), antes mencionada, se trató el empoderamiento como concepto. En la Declaración se identifican cinco prioridades de la PS, entre las que se encuentra “incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos”.

El empoderamiento en salud, por tanto, ofrece la posibilidad de que cada uno de nosotros/a decida de qué manera logrará sus metas u objetivos, cómo lo va a hacer y hasta dónde se esforzará (World Health Organization, 1998). Para conseguir mayor proporcionalidad entre los esfuerzos individuales y los resultados de salud es necesario implicar disciplinas como la Promoción de la Salud (PS) y, en consecuencia, la Educación para la Salud (EpS).

Anteriormente ya se ha puesto de manifiesto que el concepto de salud va evolucionando a lo largo del tiempo y que es demasiado amplio como para que una única definición pueda satisfacer a toda la población. Además, también se ha tratado la PS y se ha visto que a través de esta se incide en aquellos determinantes que para las personas son condicionantes de su salud. Estos factores son múltiples e interrelacionados, lo que hace que la PS se centre en la modificación o adquisición de habilidades, capacidades y acciones que influyen sobre la salud.

De manera que, ahora es necesario hablar de la EpS como una herramienta básica y fundamental dentro de la PS. La EpS “tiene como principal objetivo, transmitir y reforzar hábitos de vida que permitan mejorar el estado de salud y disminuir la probabilidad de enfermar de los individuos de una población” (Gómez, Selva, Martínez, y Sáez, 2016, p.17).

Si a través de la PS y la EpS lo que se ofrece a los individuos es la adquisición de conocimientos, habilidades y comportamientos para que puedan decidir cómo personas autónomas sobre sí mismas, lo que se está consiguiendo es empoderar en salud.



De la misma manera que pasa con el concepto de salud, en el caso de la EpS, también existen innumerables definiciones que han ido siendo modificadas a lo largo del tiempo. No se trata de un concepto cerrado ni estático, sino que está en continua evolución y dinamismo, incluso Richards (1987) suscribe que “el término es susceptible de numerosas interpretaciones”.

Por estos motivos, en este capítulo se ofrecerán las bases para que cada uno/a pueda, a su juicio, dar su visión, perspectiva y reflexión individual, llegar a una definición útil y válida.

En 1975, el IV grupo de trabajo de la *Nacional Conference on Preventive Medicine* de Estados Unidos (Salleras, 1990) elaboró una serie de actividades de EpS que deberían conducir a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar y proteger su salud, incluyendo el uso más eficaz de los servicios sanitarios del país.
- Motivar a la población para que desee cambiar a prácticas y hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos y capacidades necesarias para adoptar y mantener unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida y unas conductas saludables.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de EpS de la comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos citados anteriormente.

La EpS es, por tanto, un proceso continuo, interactivo, y creativo que puede implicar al individuo, grupo o comunidad. Como el estado de salud es subjetivo y dependerá de múltiples factores o determinantes, la EpS debe conducir, desde un planteamiento educativo en busca de la motivación y participación, a producir cambios positivos en los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud y el medio ambiente o contexto. Esto conlleva una consecución de acciones que incrementan una mayor calidad de vida y nivel de salud.

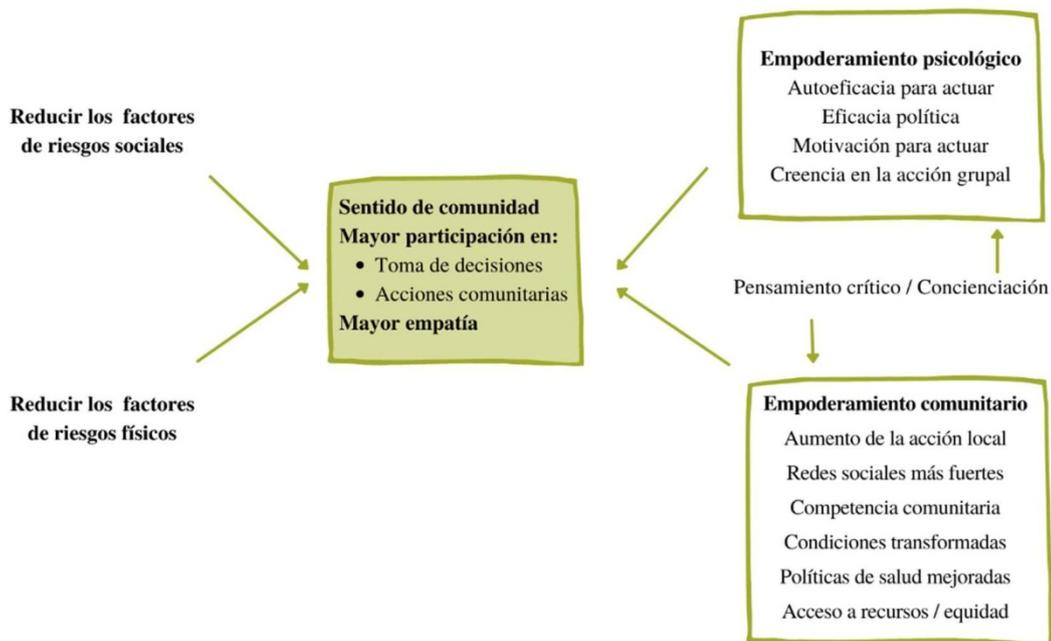
A continuación, se desarrollan alguno de estos conceptos:

- El proceso es dinámico y recíproco en el intercambio de información y comportamientos.
- Implica relaciones entre disciplinas, profesionales y contextos.
- No se trata de un proceso meramente comunicativo en el que se transmite de manera unidireccional cierta información, sino que debe ser un proceso intencional con un planteamiento educativo, de comunicación interpersonal que contemple:
 - Información. Educar no es informar y tampoco persuadir.
 - Desarrollo de actitudes positivas y promoción de hábitos y comportamientos saludables.
 - Concienciación de la realidad y entorno que nos rodea.
 - Adquisición de conocimientos, valores y habilidades para lograr un estilo de vida sano y políticas de salud pública.
- Implica responsabilidad y participación porque no debe imponerse. Los aspectos que se trabajen en la EpS deben ser hábitos que se adquieran de manera natural porque se tratan de una necesidad percibida del individuo, quien identifica sus propios problemas y prioriza sus recursos y/u objetivos.

De esta manera, la EpS no fomenta que se sigan comportamientos definidos por personas expertas, sino que se genere un empoderamiento en salud que permita a cada persona desarrollar capacidades que les guíen y motiven en la toma de decisiones conscientes, informadas y autónomas sobre su propia salud. La EpS, busca lograr que las personas asuman la salud como un valor básico y cotidiano y que tengan la responsabilidad de fomentarla, mantenerla y protegerla. En definitiva, hace posible y consciente a las personas, como individuos o comunidad, de que son responsables de su propia salud, de la mejora y promoción de esta.

Así, se está consiguiendo un empoderamiento en salud. A continuación, se plantean aquellos factores que envuelven y/o condicionan el empoderamiento en salud (Figura 2). Reducir los factores de riesgo a nivel social y físico, y, por el contrario, generar un empoderamiento psicológico (autocuidado, motivación, creencias de la comunidad, etc.) y un empoderamiento comunitario (aumentar las acciones locales, la competencia comunitaria, las políticas de salud, etc.) generará un pensamiento crítico/concienciación en el individuo o población. De esta manera, se consigue crear un sentimiento de comunidad, aumentar las acciones y la toma de decisiones, y aumentar la empatía, es decir, un mayor empoderamiento en salud.

Figura 2. Empoderamiento en Salud.



Fuente: Wallerstein N (1992).

Pero ¿a qué nivel de concreción se puede incidir con la EpS? De manera resumida, distinguiremos entre estos niveles o jerarquía de diferentes maneras de generar empoderamiento en salud. A continuación, se plantean estas actuaciones que nos

podemos imaginar como cajitas que podemos ir metiendo una dentro de otra (Gómez, Selva, Martínez, y Sáez, 2016):

- Tareas: se trata de una acción que podríamos encontrar dentro de una actividad. Por ejemplo, una charla o una técnica concreta.
 - Actividades: es el conjunto de acciones que nos ayudarán a alcanzar uno de los objetivos de un proyecto o programa. Por ejemplo, un seminario o intervención grupal.
 - Proyectos: es un plan de acción concreto que garantiza la consecución de los objetivos específicos a corto plazo (1-3 años).
 - Programas: es un conjunto de actividades integradas por un equipo coordinado que se llevan a cabo para lograr unos objetivos definidos. En este caso, el programa de EpS se dirige a una población y contexto concretos con la intención de mejorar el estado de salud. Suele ser a medio plazo (hasta unos 5 años) y puede estar formado por diferentes proyectos.
 - Planes de salud: es el conjunto de programas que deben aplicarse en un área y tiempo determinados en función de las políticas de salud. Es un instrumento de planificación y gestión que incluye varias instituciones y fija objetivos y metas a largo plazo (5-10 años).
 - Políticas de salud: establece las normas, objetivos y orientación que debe seguir una organización o institución dirigida al proceso de toma de decisiones en el sector sanitario.

Una vez terminado este primer capítulo del módulo “El empoderamiento comunitario para generar territorios”, habrás aprendido:

- La salud es un concepto subjetivo y dinámico que ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad. Si bien inicialmente la definición de salud iba ligada a la medicina, la filosofía, la magia y la religión, a partir del siglo XVIII-XIX la salud empieza a entenderse como un concepto estrechamente unido a la biología.
- A partir del siglo XX, la salud pasa a entenderse como una transición continua entre el estado de máxima salud y el de máxima enfermedad. Desde que la OMS definiera el concepto de salud en 1948, ha habido numerosas aportaciones a este concepto en el continuum salud/enfermedad incluyendo, además, otros conceptos estrechamente ligados a la salud como son la promoción y la prevención de esta.
- La salud no es un concepto estático, sino que se puede incidir sobre ella para mejorarla mediante actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud.
- La promoción de la salud no depende solo del sistema sanitario, sino que requiere una implicación individual y colectiva de los ciudadanos para desarrollar actividades en los entornos educativos, laborales y sociales.
- La prevención engloba acciones encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades, detectarlas precozmente o evitar las complicaciones e invalideces tras la aparición de una enfermedad.

- La Educación para la Salud es esencial para alcanzar una alfabetización, aprendizaje, habilidades, etc. que fomenten la adquisición de hábitos saludables y un empoderamiento de las personas y las comunidades.
- Según la OMS, “el empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades”.

Para saber más...



- Definición del concepto de salud:
<https://www.youtube.com/watch?v=8Lawnkm5vTU>
- Iniciativas de la OMS en relación con la salud (en inglés):
<https://www.who.int/initiatives>
- Definición del concepto de Educación para la Salud:
<https://youtu.be/qG0NLWOZqIU>
- Promoción y Educación para la Salud (Ministerio de Sanidad):
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm#1.1>
- Investigar la relación entre alfabetización, salud y el empoderamiento de la mujer (UNESCO):
<https://uil.unesco.org/es/alfabetizacion/mujeres/investigar-relacion-entre-alfabetizacion-salud-y-empoderamiento-mujer>
- De las batas a las botas: <https://vimeo.com/469537924>
- Determinantes sociales de la salud (médicos mundi):
<https://www.youtube.com/watch?v=sMB6h8PC2JE>
- ¿Qué es la Salud Pública? Canal medicina preventiva:
https://www.youtube.com/watch?v=7_KY68QjmJo

2. HACIA EL EMPODERAMIENTO COMUNITARIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Isabel del Arco
Universidad de Lleida

1. Definición de empoderamiento y empoderamiento comunitario

El término empoderamiento (empowerment) aparece en Gran Bretaña a mediados del XXVII para designar el poder o autoridad formal otorgada a un poder superior, pero no es hasta el siglo XIX cuando es entendido como un estado y una acción: el estado de tener poder y la acción de dar poder (Bracqué y Biewener, 2013). Así pues, se puede afirmar que existe una relación directa entre empoderamiento y poder.

En sentido general, hablar de empoderamiento de la comunidad hace referencia a la habilidad de las personas para comprender y controlar las fuerzas de cada individuo, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas (Zimmerman, 1988). Es decir, es el poder que cada sujeto ejerce sobre sus propias vidas y al mismo tiempo la capacidad para participar democráticamente en la vida de la comunidad, actuando de forma eficiente en lo público, accediendo a los recursos disponibles y generando cambios en el contexto común.

Otros autores como Rappaport (1984) define el empoderamiento como un proceso mediante el cual las personas, las organizaciones y las comunidades ganan control sobre sus vidas. Cornell Empowerment Group (1989) considera que se trata de un proceso intencional, sostenido en el tiempo, centrado en la comunidad y que implica un respeto mutuo, reflexión crítica, cuidado, participación grupal y acceso y control de los recursos.

Autores como Rappaport (1981, 1984) aseguran que al hablar de empoderamiento comunitario se habla de personas con necesidades y derechos, capaces de tomar el control de sus propias vidas. Lejos queda la concepción del sujeto como alguien con necesidades cuyos derechos solo puede defender un agente externo especializado. Las nuevas corrientes sobre empoderamiento parten de la creencia defendida por este autor, donde las personas, grupos locales u organizaciones son capaces de resolver sus problemas en mayor medida que los expertos externos, ya que conocen su propia realidad y la suma de varias personas implica la suma de diferentes soluciones. En este escenario, los expertos actúan como colaboradores, aportan escenarios de encuentros, hacen de mediadores entre los participantes para generar soluciones y a la vez aportan sus experiencias y aprenden de la experiencia de la comunidad a la que atienden.

Se trata, entonces, de que cada sujeto de la organización o comunidad desarrolle sus capacidades, actúen de forma comprometida y consciente para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y objetivos, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003; Silva y Martínez, 2004).

2. Niveles o dimensiones del empoderamiento

Rodríguez Beltrán (2009) habla de diferentes niveles o dimensiones de empoderamiento:

- Dimensión individual o personal que hace referencia al desarrollo del control personal y de la competencia para actuar. En esta dimensión se distingue el nivel personal y el nivel marcado por las relaciones más cercanas que influye en la autopercepción, capacidad individual, confianza en uno mismo y consecuentemente en las habilidades para negociar y tomar decisiones individuales y en el contexto más cercano. Así cuando se habla de empoderamiento individual se hace referencia a lo intrapersonal, que implica decisiones individuales e interpersonal cuando incorporan en las propias decisiones elementos del contexto inmediato, como por ejemplo la comunicación con sanitarios, personas de confianza, etc.
- Dimensión organizacional, que implica tener en cuenta los procesos para ejercer acciones y control sobre las organizaciones y a la vez cómo éstas influyen en el contexto social donde se incluyen, en las políticas que se desarrollan. Esta dimensión parte de la idea de la importancia de las estructuras organizativas conformadas en la sociedad sobre las decisiones sociopolíticas que se desarrollan. Así habrá que tener en cuenta factores como el liderazgo, la democratización, la inclusión, la cohesión, transparencia y rendición de cuentas, entre otros, cuando ponemos la mirada en el empoderamiento de las organizaciones.
- Dimensión comunitaria o colectiva, se refiere al proceso por el cual una comunidad gana poder y la posibilidad de generar cambios (Rodríguez-Beltrán, 2009). Desde esta dimensión se promueve la participación de todos los miembros de la comunidad y de las organizaciones con el objetivo de mejorar la calidad de vida comunitaria y la justicia social. Los individuos trabajan conjuntamente de forma cooperativa, lejos de la competitividad, para incluir la participación en las estructuras políticas y de decisión de la misma comunidad. La dimensión comunitaria supone la inclusión de las anteriores dimensiones con la finalidad de alcanzar un impacto mayor de forma colectiva que el derivado de forma individual o por separado.

Los resultados del empoderamiento en los diferentes niveles o dimensiones se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Comparación mediante los niveles de los procesos de potenciación y los resultados.

Niveles	Proceso de empoderamiento	Resultados
INDIVIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de habilidades • para la toma de decisiones • Manejo de recursos • trabajar con los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de control • Conciencia crítica • Comportamiento participativo
ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades en participar en la toma de decisiones • Responsabilidades • Compartidas • Liderazgo compartid 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia efectiva en manejo de recursos • Redes de trabajo: coaliciones entre organizaciones • Influencia política
COMUNITARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos de la comunidad Apertura de estructuras mediadoras • Tolerancia a la diversidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaliciones organizacionales • Liderazgo plural • Habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria

Fuente: Zimmerman, 2000.

En resumen, el empoderamiento se convierte en un instrumento para el cambio político y social y que incide en el desarrollo personal y colectivo (Rodríguez-Beltrán, 2009). Es más, Zimmerman (2000) considera que los diferentes niveles o dimensiones de empoderamiento son interdependientes y que si se incide fortaleciendo uno de ellos directamente se ven afectados los otros niveles.

3. Bases para estimular el empoderamiento

Otorgar poder, autoridad, es decir, empoderar a las personas, las convierte en activas y proactivas dentro de la misma organización o comunidad. Para empoderar, otorgar poder, autoridad y responsabilidad, Chiavenato (2009) establece cuáles son las bases (Figura 1):

Figura 1. Bases del empoderamiento



Fuente: Adaptación de Chiavenato, (2009, p.195).

- Poder: que implica confiar y dar autonomía a las personas delegando la autoridad
- Desarrollo de competencias y habilidades en las personas para que puedan tomar decisiones.
- Motivación a través del reconocimiento y la incentivación
- Liderazgo distribuido y transformacional, con metas claras y compartidas.

Los sujetos empoderados ayudan a incrementar la energía creativa e intelectual de la organización y comunidad para dar respuesta a los desafíos que se presentan. Todo ello se traduce en:

- Responsabilidad para alcanzar la excelencia de las tareas y la mejora continua.
- Orientación hacia unas metas y objetivos compartidos por la organización y la comunidad.
- Capacidad para desarrollar la actividad en equipo de forma colaborativa, que es la forma de asegurar mejores resultados.
- Mayor visibilidad y el reconocimiento a los esfuerzos realizados. Pedir la implicación de las personas hace que se sientan dueñas del proceso y de los resultados y al mismo tiempo se incrementa el sentido de pertenencia a la organización o a la comunidad.

- Responsabilidad para generar redes, interrelacionándose con otras personas, organizaciones y también expertos o líderes en los temas que se trabajan.

4. Empoderamiento de la comunidad para la promoción de la salud: estrategias

Cuando se pone el foco de atención en la salud y en su promoción, recordemos que ésta se contextualiza en situaciones sociales determinadas y en condiciones de vida específicas. Es decir, factores como la desigualdad social, económica, educativa y cultural se traduce en una desigualdad en salud.

El modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) plantea una serie de capas concéntricas, donde se describe los determinantes de las desigualdades en salud. Se indican las causas más generales que aparecen en las capas más externas, y que se engloban en las causas socioeconómicas, culturales y medioambientales. Para adentrarnos en causas más concretas, en el centro de las capas, donde aparecen los estilos de vida.

Según este modelo, se puede afirmar que los estilos de vida no dependen de la elección individual, es decir, que no los elegimos, sino que están relacionados con las circunstancias propias de la estructura social.

Es indudable la influencia del contexto en el que se desarrolla el individuo y por ello se puede afirmar que los estilos de vida se basan en patrones de comportamiento identificables y que surgen de la interrelación entre las características personales, las interacciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que se desarrolla la persona.

Figura 2: Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.



Fuente: Adaptado la ASPB de Dahlgren G; Whiteheadm. (1991)

Así, los estilos de vida están fuertemente relacionados con la pertenencia a una clase social u otra. En consecuencia, las personas que pertenecen a una clase social desfavorecida tienen menos capacidad de elección y ello les conduce a adoptar estilos de vida poco saludables derivados de factores estructurales (Jarvis y Wardle, 1999), factores ambientales y laborales y de los sistemas relacionales que se generan en el trabajo y en el contexto social donde se desarrollan (Peiró, Rodríguez, 2008; Meneghel, Salanova, Martínez, 2013). Sólo promoviendo otros patrones de conducta que lleven a un cambio de los estilos de vida de los individuos se puede llegar a una mejora de la salud.

Ante esta circunstancia, es necesario desarrollar políticas públicas que promuevan estilos de vida saludable a nivel individual, pero, además, ambientes favorables para el desarrollo de acciones comunitarias que generen contextos saludables.

Desde esta mirada, es importante resaltar el rol de las organizaciones, los sistemas y las comunidades para promocionar la salud individual y colectiva.

La OMS a través de la Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997) deja bien claro que una de las prioridades para la promoción de la salud consistirá en aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo, en concreto específica que:

- La promoción de la salud debe realizarse por y con la gente, y no debe ser impuesta. Es importante mejorar la capacidad de las personas, de las organizaciones y comunidades para ejercer influencia en aquellos determinantes de la salud.
- El empoderamiento comunitario para la promoción de la salud implica a priori una capacitación individual y comunitaria mediante educación práctica, liderazgo transformacional y acceso a los recursos.
- Hablar de empoderar a las personas es aceptar la participación en la toma de decisiones, gestión y evaluación. Es importante contar con herramientas y conocimientos esenciales que ayuden a provocar cambios.
- Además, este proceso debe apoyarse con la comunicación tradicional y con las nuevas tecnologías. La innovación será un motor efectivo en favor de la promoción de la salud.

Llegados a este punto queda claro que son necesarias diferentes formas de concebir las políticas sobre salud que deberán estar basadas en una participación de las personas, siendo protagonistas en la búsqueda de soluciones o alternativas que emanen

de abajo hacia arriba, lejos de dinámicas paternalistas que parten de una concepción vertical del poder desde los gobernantes a los gobernados.

La participación activa del sujeto, y de la comunidad en general, se entiende como un proceso permanente que va más allá de la planificación de las actuaciones y además se debe entender desde la diversidad de expresiones de los diferentes actores de la comunidad, que no se muestra como un todo homogéneo.

Para reflexionar...

- ¿Debemos responsabilizarnos y tomar decisiones que nos impliquen en la promoción de la salud? ¿O esperar a que el sistema de salud y los sanitarios tomen decisiones por nosotros?
- ¿Una comunidad implicada en la promoción de la salud, mejora la salud individual? ¿Cómo y por qué?



¿Cómo se llega al empoderamiento individual y colectivo? Es lo que interesa desarrollar y para ello se consideran como estrategias básicas:

- El fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas.
- Mejorar la organización y la estructura comunitaria.
- Impulsar la participación y la corresponsabilidad.
- Mejorar los recursos.



Fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas.

A nivel individual empoderarse implica tener poder para decidir y a la vez sentirse responsable y protagonista de la propia vida. Ello incide en el sentido de bienestar y de autoeficacia en todo aquello que se lleva a cabo, pero al mismo tiempo implica una alta carga de responsabilidad. A la hora de tomar una decisión, cada persona puede contar con situaciones u oportunidades substancialmente diferentes que influyen significativamente.

Desde el enfoque de las capacidades, concebido por Amartya Sen en los años 80 y promovido por el Programa de Naciones Unidas (PNUD, 2010, p.24) el desarrollo humano es entendido desde una perspectiva integral y donde lo individual y lo colectivo están interrelacionados:

“El desarrollo humano es la expansión de las libertades de las personas para llevar una vida prolongada, saludable y creativa; conseguir las metas que consideran valiosas y participar activamente en darle forma al desarrollo de manera equitativa y sostenible en un planeta compartido. Las personas son a la vez beneficiarias y agentes motivadores del desarrollo humano, como individuos y colectivamente”

El desarrollo humano, así entendido, se basa en tres elementos: el bienestar, el empoderamiento, la justicia y equidad y es a través de la generación de capacidades cómo se logra tal desarrollo fundamentado en el bienestar de las personas en un entorno natural, saludable y sostenible.

Sen (1993) establece que la calidad de vida y el bienestar de las personas y comunidades dependen prioritariamente del factor capacidad. El mismo autor determina que la capacidad es la oportunidad de seleccionar, son ámbitos de libertad y acción, para poder realizar unas u otras acciones para alcanzar el bienestar (Sen 1985, 1993). Este autor dibuja dos facetas de la libertad: la faceta de la oportunidad de lograr los objetivos marcados y la faceta del proceso o la capacidad real de conseguirlos. Nussbaum, (2012, p. 45), por su parte define capacidad como las opciones que una persona puede elegir para realizar acciones o alcanzar estados de existencia con los que conseguir el bienestar o afrontar un desastre.

El enfoque de las capacidades dibuja el concepto de bienestar humano lejos del enfoque utilitarista dominante en las economías modernas occidentales. El enfoque utilitarista parte del principio de la acción moral que es la maximización de la utilidad entendida como suma agregada de utilidades individuales. Este enfoque utilitarista se basa en un desconocimiento de lo que los sujetos valoran y desean teniendo en cuenta sus estilos de vida.

El enfoque de las capacidades, por el contrario, propone partir de la libertad que cualquier persona tiene para alcanzar la vida que valora, buscando el desarrollo humano y la justicia social. Desde esta perspectiva, cada persona deber ser considerada como única y digna de atención y donde el papel del Estado y las políticas sobre salud no se limiten a ofrecer un conjunto de bienes o mínimos de asistencia sanitaria, sino que debe encargarse de estudiar el conjunto de condiciones sociales, políticas, económicas, educativas y culturales que pueden promover o dificultar el desarrollo de las capacidades para llevar un estilo de vida saludable y consecuentemente el desarrollo humano.

El Estado y sus políticas no pueden actuar desde una acción paternalista, con un enfoque utilitarista, con la potestad de determinar lo que es bueno y conveniente para las personas y para la comunidad en general en relación con su salud, sino que deben entender al individuo como sujeto activo y con el derecho al ejercicio democrático participativo en la toma de decisiones sobre su propia salud.

Nussbaum (2012) concreta los elementos que define este enfoque sobre las capacidades resumiendo que:

- Entiende el desarrollo humano como una expansión de las capacidades en tanto que garantizan la libre elección de las personas para conseguir una mayor calidad de vida.
- Concibe cada persona como un fin en sí mismo: se trata de desarrollar las capacidades para cada sujeto y no solo en unos pocos que son los que actúan en nombre de los demás y del conjunto en general.
- Centrado en la elección y en la libertad. Las sociedades deben promover oportunidades que la persona tiene la opción de llevarlas o no a la práctica.
- Visión pluralista de los valores en tanto que lo que tienen una importancia central para unos puede ser cualitativa y cuantitativamente diferente para otros.
- Actúa sobre aquellas situaciones desigualdades e injusticias sociales, especialmente de aquellas que están arraigadas.
- Entiende que el Estado y las políticas que desarrolla tienen que preocuparse por la calidad de vida de las personas definida por las capacidades de éstas



El desarrollo de capacidades se produce en tres niveles o dimensiones: a nivel de las personas o dimensión individual, a nivel de las instituciones-organizaciones y a nivel del entorno-sociedad en su conjunto. Estas tres dimensiones o niveles de las capacidades interactúan entre sí, incidiendo unos en otros a través de relaciones complejas de codependencia.

Figura 3: Niveles de capacidades: enfoque sistémico.



Fuente: elaboración propia.

Desde este punto de vista, no sólo se debe hablar de capacidades individuales sino también de capacidades colectivas o comunitarias, ya que la construcción colectiva posibilita el desarrollo y por ende el bienestar y no va en detrimento de la persona. Así, se puede definir:

- Las capacidades individuales como contribuciones directas de las personas que forman parte de una organización y en un entorno determinado. Hay capacidades de las personas que pueden contribuir a la capacidad global como crear relaciones, confianza o competencias técnicas, logísticas y de gestión. A la vez el individuo puede convertirse en receptor o afectado por la capacidad colectiva.
- Capacidades colectivas son aquellas que permiten a una organización llevar a cabo sus funciones y alcanzar sus objetivos. Según Huisman & Ruijmschoot (2013) existen 5 capacidades centrales interrelacionadas que se encuentran, en mayor o menor medida, en todas las organizaciones o sistemas: (i) la capacidad para comprometerse y dedicarse a acciones de desarrollo, (ii) la capacidad para realizar tareas o funciones logísticas, ofrecer servicios y técnicas, (iii) la capacidad para relacionarse y conseguir apoyos y recursos, (iv) la capacidad para adaptarse y renovarse, y (v) la capacidad para equilibrar coherencia con diversidad. La delimitación de las cinco capacidades colectivas de cualquier organización es lo que constituye el Modelo de las 5C.

Definidas las capacidades individuales y colectivas y que ambas están interrelacionadas, pero que la suma de las primeras no conforma las segundas, es importante, ahora, establecer los mecanismos para su desarrollo y fortalecimiento.

En el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011) se habla del desarrollo y fortalecimiento de capacidades como el “proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las competencias necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo” (p.4). Este desarrollo de capacidades no es una intervención aislada que implica los siguientes pasos:

- Hacer que los interesados participen en el desarrollo de capacidades.
- Diagnosticar los activos y necesidades en materia de capacidades.
- Formular una respuesta para el desarrollo de capacidades.
- Implementar una respuesta para el desarrollo de capacidades.
- Evaluar el desarrollo de capacidades.

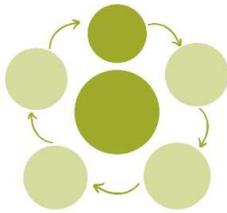
Estos pasos quedan reflejados en la figura 4.

Figura 4: Proceso del desarrollo de capacidades.



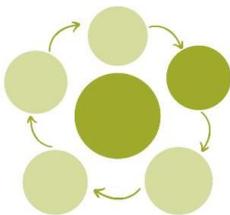
Fuente: Elaboración propia

PASO 1



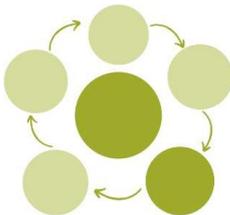
Involucrar a los actores en el proceso de desarrollo de capacidades: para que el proceso sea eficaz y sostenible en el tiempo debe estar impulsado desde el interior. Para ello es importante primeramente realizar un mapeo de los actores claves en el proceso y una diagnosis de las prioridades para el desarrollo de las capacidades. También en este primer momento hay que establecer consensos para asegurar el apoyo y adhesión de todos los participantes.

PASO 2



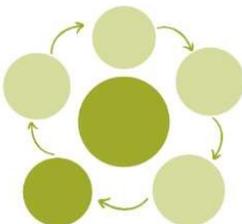
Diagnóstico de Capacidades: se trata de hacer un análisis de las capacidades deseadas en comparación con las capacidades existentes. Para realizar este diagnóstico se recopilan datos e informaciones sobre las capacidades deseadas y las que ya se poseen mediante técnicas como entrevistas o grupos de discusión, por ejemplo. De la comparación de los datos obtenidos entre las capacidades deseadas y las existentes se extraen las propuestas para el desarrollo de capacidades. Todo ello ayuda a profundizar en la participación en el proceso diagnóstico para orientar los pasos en la consecución de unos resultados que compartan todos los actores.

PASO 3



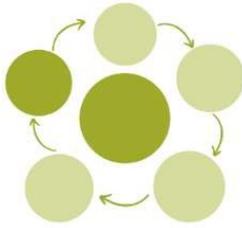
Formular una respuesta para el desarrollo de capacidades. Tras la diagnosis se deberá programar la respuesta para el desarrollo de capacidades. Es recomendable que la respuesta se sustente sobre las capacidades existentes, que involucre a varios niveles o dimensiones de las capacidades, que tengan resultados a corto o medio plazo y que además establecer un presupuesto para su desarrollo con el fin de garantizar que hay recursos para la aplicación de la respuesta. En este paso es importante formular los indicadores que establecen el avance en los resultados con la aplicación de la respuesta

PASO 4



Implementar una respuesta y a la vez llevar a cabo la vigilancia o seguimiento para determinar si se están consiguiendo resultados satisfactorios, siempre involucrando a los actores.

PASO 5



Evaluar el desarrollo de capacidades. Que da noticia de si se han logrado los objetivos marcados. Es importante que las conclusiones que se extraigan de la evaluación se incorporen al proceso de toma de decisiones o al diseño de políticas. Hay que tener en cuenta en los procesos evaluativos que la rendición de cuentas ayudará a que las organizaciones y las personas aprendan, se autorregulen ajustando comportamientos e interacciones. La rendición de cuentas permite una mayor transparencia y es un importante propulsor del desarrollo lejos de sospechas de generación de intereses de unos pocos sin considerar a todos los actores.

Llegados a este punto y después de hacer un breve recorrido sobre lo que significa el desarrollo de capacidades sólo queda enumerar algunas técnicas básicas como pueden ser:

- Impulsar sesiones de escucha para identificar temas, recursos, barreras y posibles soluciones.
- Hacer encuestas para diagnosticar intereses, necesidades, demandas, etc.
- Identificar y generar un inventario de recursos individuales y comunitarios.
- Identificar objetivos y agentes de cambio.
- Establecer procedimientos para la selección de liderazgos
- Proporcionar formación y entrenamiento de habilidades de liderazgo.
- Transparencia en la información.
- Proporcionar asesoría técnica (que puede ser interna o externa a la comunidad) para el diseño de planes de acción.

Mejora de la organización y estructura comunitaria

Cuando se habla de empoderamiento y ponemos el foco de atención en las organizaciones y comunidades podemos distinguir entre aquellas potenciadoras que están centradas en los procesos de aquellas potenciadas que están centradas en los resultados.

Las organizaciones o comunidades potenciadoras son aquellas que proporcionan oportunidades a sus miembros, participando, para resolver situaciones o problemas que les afecta directa o indirectamente, dando una respuesta efectiva e incluso pudiendo ejercer influencia en las decisiones políticas.

Las organizaciones potenciadoras se caracterizan por compartir responsabilidades entre sus miembros, quienes forman parte activa en la toma de decisiones, consensuando acuerdos, haciendo el seguimiento, etc. Todo esto implica el saber participar, es decir, tener los conocimientos y habilidades necesarias para implicarse en los procesos de toma de decisiones de la organización.

En resumen, las características de una organización potenciadora son:

- Cultura de crecimiento y de construcción hacia la comunidad.
- Desempeño de distintos roles valorados socialmente.
- Ayuda mutua y cooperación: procesos centrales de relación grupal y de clima organizacional.
- Democracia participativa; liderazgo compartido.

La figura del líder es esencial y ha de estar formado en técnicas y habilidades para ayudar a los miembros de la organización a participar y a asumir las responsabilidades derivadas. Así se habla de un liderazgo compartido, consensuado y acordado entre los integrantes de la organización.

Para desarrollar el empoderamiento comunitario u organizacional no sólo se debe incidir internamente proporcionando oportunidades de participación, sino también implica establecer interrelaciones entre otras organizaciones y con el entorno inmediato. Trabajando con redes organizacionales es como se puede unir los esfuerzos y alcanzar resultados eficazmente. Compartir información, recursos, procesos, etc., amplía las posibilidades de éxito.

El trabajo en red es signo de fortalecimiento organizacional, pero para ello:

- Hay que tener en cuenta la participación de las personas, como sujetos individuales, y la participación de las instituciones u organizaciones entre sí. Siempre hay que partir de los intereses comunes
- Es importante el intercambio de recursos e información. Las redes se constituyen sobre la premisa de la confianza mutua que ayuda a desarrollar una cooperación continua, alejada de cooperaciones puntuales.
- Es importante consolidar el compromiso entre los actores (personas u organizaciones), ello llevará a la consecución de objetivos comunes.
- Las redes deben configurarse desde la articulación comunitaria. Pero a la vez hay que considerar que las redes son dinámicas: se fortalecen, se debilitan, se rompen, se reconstruyen, etc., cada decisión condiciona la estructura y a la vez futuras decisiones.
- La importancia de la horizontalidad por encima de la jerarquización, en la toma de decisiones y en el desarrollo del trabajo. Para generar y reforzar el empoderamiento hay que descartar los modelos tradicionales basados en la verticalidad en la gestión. Un liderazgo compartido otorga mayor flexibilidad y agilidad en todos los procesos y resultados mucho más eficientes reduciendo costes y tiempos y consolidando los efectos.

El trabajo en red ayuda a convertir a las organizaciones en organizaciones potenciadas, fortalecidas, con capacidad de generar respuestas eficaces, con capacidad de influir en el entorno movilizándolo los recursos, a veces limitados. De esta forma una comunidad fortalecida tiene las siguientes características según Ulloa (2000) que se reflejan en la Tabla 2.

Tabla 2: Características de una comunidad/organización fortalecida o potenciada

ELEMENTOS	IMPLICACIÓN
Sabe lo que tiene	Se reconoce a sí misma como actor social. Conoce y acepta los diferentes grupos de interés que hay en su seno. Sabe cuáles son sus fuerzas y sus puntos débiles, sobre las que profundiza constantemente. Conoce sus propios recursos, los ha detectado y valorado. Conoce también otros recursos, que pueden estar a su disposición, para ayudarle a alcanzar sus metas, explora la manera de acceder a éstos.
Sabe lo que quiere	Ha soñado, tiene expectativas de futuro. Reconoce oportunidades en el entorno que responden a su proyecto de transformación social. Tiene propuestas para superar sus principales carencias y estrategias planificadas para conseguir los objetivos.
Puede hacerlo	Cuenta con la capacidad suficiente para lograr lo que quiere, tiene y sabe cómo tener acceso a los recursos necesarios para iniciar su proyecto común. Dispone de información suficiente sobre la posición e intereses de otros actores en el escenario. Ha detectado las amenazas que pueden surgir en el entorno y tiene estrategias para reducirlas o evitarlas. Conoce y maneja las reglas de juego, es decir los aspectos legales que regulan las relaciones y acciones de los actores sociales.
Quiere lograrlo	La comunidad como colectivo ha priorizado el proyecto común de modo que cada uno de sus integrantes muestra una disposición positiva para contribuir a la causa común.
Lo está haciendo	Del proyecto comunitario se pasa a la acción. La comunidad pone en marcha sus planes de actuación, y hace ajustes según los resultados obtenidos. Hay una sensación de éxitos parciales. Reflexiona sobre lo que hace.
Lo comparte	Ejerce su voz. Comunica sus experiencias a los demás, con el fin de hacer partícipe a otros grupos sociales de sus logros y fracasos. Tiene un papel activo como agente generador de significados socialmente compartidos. Aporta una nueva manera de entender la realidad a partir del discurso social, un marco de referencia alternativo que ayuda a construir la realidad social.
Armonía y respeto por la diversidad	Todo lo que la comunidad decide y hace reconoce el derecho a ser distinto y a que los demás sean distintos. Es consciente de que en las diferencias está la gran oportunidad de aprender. Intenta entender a los demás (a otras organizaciones, comunidades) y exponer -sin tratar de imponer- su propia posición.
Armonía con la naturaleza	Todo lo que decide y hace la comunidad se basa en el respeto a la naturaleza, a su armonía y equilibrio. Intenta preservar el presente para el futuro y recuperar lo que se ha perdido.
Armonía de cada uno consigo mismo	Todo lo que decide y hace la comunidad, ayuda directa o indirectamente al desarrollo humano, a potenciar la armonía y bienestar consigo mismo.

Fuente: Ulloa (2000) en Musitu, G. & Buelga, S. (2004, p.19)

Algunas técnicas básicas para mejorar la estructura de las organizaciones o comunidades y convertirlas en potenciadoras y finalmente en potenciadas pueden ser:

- Proporcionar asesoramiento técnico que ayude al diseño de la planificación y a generar estructuras que faciliten el cambio.
- Potenciar la participación de personas u organizaciones claves, así como de personas afectadas por la situación a resolver.
- Proporcionar asistencia técnica para elaborar planes de viabilidad financiera y cómo acceder a diferentes recursos.

Impulsar la participación y la corresponsabilidad

La participación va más allá de la presencia, implica compartir decisiones que llegan a afectar a nuestras vidas y al desarrollo social, asumiendo cuotas de protagonismo a diferentes niveles: a nivel de análisis y diagnóstico, diseño, gestión, implementación de las decisiones, seguimiento y evaluación etc.

Desde la perspectiva comunitaria, que es la que nos ocupa aquí, se entiende la participación como “un derecho básico que se ejerce en el mayor número de escenarios vitales posibles asegurando a la ciudadanía la posibilidad de controlar las condiciones que gobiernan sus vidas” (Eisenstadt, 2000, p.7).

Hay que fomentar la participación ciudadana en diferentes organizaciones de la comunidad como pueden ser: asociaciones de vecinos, grupos cívicos, organizaciones de voluntarios, movimientos sociales, etc. La participación para la teoría del empoderamiento es el mecanismo básico de control y posibilidad de influir en el entorno y a la vez ayuda al sujeto a aprender y a poner en práctica y perfeccionar sus capacidades.

Zimmerman (2000) sostiene que promover la participación incide en el sentido de comunidad y pertenencia al grupo y ello repercute irremediabilmente en el bienestar de la persona, al sentirse reconocida y considerada, aumentando la autoestima, motivación y compromiso y corresponsabilidad con el grupo.

Algunas técnicas básicas para potenciar la participación son:

- Descentralizar los encuentros y las actividades a varios espacios y comunidades.
- Formación que ayude al desarrollo de las capacidades y en especial a la participación.
- Desarrollar campañas de marketing y de comunicación para que la información llegue a todos los miembros.
- Estimular la implicación de los miembros potencialmente opuestos al proyecto.
- Dar feedback sobre los cambios, resultados y niveles de satisfacción comunitaria.

Mejorar recursos

Un desarrollo del empoderamiento implica la utilización eficiente de los recursos. Hay que potenciar la utilización de los recursos disponibles posibilitando prácticas que permitan el acceso y uso.

A la hora de hablar de recursos y empoderamiento hay que tener en cuenta:

- Trabajar por la disponibilidad de los distintos recursos y como llegan a todos para poder atender a las necesidades y finalidades del individuo y de la comunidad/organización o grupo en un momento social y vital dado.
- Contar con los recursos personales, además de los materiales, para ganar en eficiencia.
- Trabajar por la equidad en la distribución de recursos para asegurar el acceso igualitario de todos los sujetos y así se gane en confianza y legitimidad moral de las actuaciones a realizar.
- Introducir las tecnologías como estrategia para ayudar en una mejor comunicación, aumentando el margen de interacción y la flexibilidad en el desarrollo de las propuestas.
- Desarrollar una visión amplia del concepto de recursos más allá de lo económico, teniendo en cuenta también el capital personal, el tiempo como recurso y las posibilidades del contexto/entorno.

3. COMUNIDADES Y ORGANIZACIONES SALUDABLES

Isabel del Arco
Paula Mullet
Universidad de Lleida

1. Definición y características de las Comunidades y Organizaciones Saludables

¿Qué es lo que define una comunidad saludable? O ¿Qué hace que una comunidad sea saludable? Comúnmente, se relaciona el concepto de comunidades saludables a la visión de calles con árboles, jardines limpios, muchos parques, espacios abiertos, grandes escuelas, transporte público, etc. Pero, si por ejemplo alguna calle no hay lugares limpios o seguros para vivir, entonces también ¿podríamos hablar de comunidad saludable?

Del mismo modo que en el cuerpo humano, una comunidad saludable es aquella en que todos los sistemas funcionan como deben y trabajan juntos para hacer que la comunidad funcione bien. En otras palabras, una comunidad saludable es aquella que asegura para todos los ciudadanos una calidad de vida decente, ya sea económica, física, ambiental, social y políticamente.

Las ciudades y comunidades saludables se basan en dos premisas básicas: visión global de la salud y compromiso con la promoción de salud. Por una parte, la visión global de la salud toma en cuenta todos los elementos de la vida comunitaria, tanto los que afectan al individuo como los de la comunidad. En el estatuto de Ottawa se establecieron los requisitos de la salud en la comunidad: paz, techo, educación, comida, ingreso, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social e igualdad.

Y, por otra, la promoción de la salud entendida desde una visión positiva, es decir, en lugar de solo hacer tratamiento y prevención, tomar acciones para mejorar y mantener la salud. Para ello, requiere el compromiso de todos los sectores de la comunidad mediante la construcción de una política pública saludable y creación de entornos favorables. Algunos ejemplos de entornos favorables podrían ser: espacio natural, construido, económico, laboral, de ocio, social, político, entre otros.

Un ejemplo concreto de entorno laboral saludable lo podríamos ver dentro de una organización saludable. Ambos conceptos evolucionan del mismo modo que lo hace el concepto de salud. El cual, como se ha visto en el primer capítulo, se entiende por salud un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de la enfermedad.

La concepción de entorno de trabajo saludable se ha transformado, dado que en un primer momento se focalizaba la atención sobre el ambiente físico del trabajo y, por lo tanto, solo se tenía en cuenta la seguridad ocupacional, así como los riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos (Organización Mundial de la Salud, 2010). Más adelante, se empezó a tener en cuenta los hábitos de salud, los factores psicosociales y la importancia de establecer relación con la comunidad de la organización, en conclusión, cualquier factor que pueda tener un efecto positivo en la salud de las personas.

Actualmente, según la OMS (2010) se entiende por entorno de trabajo saludable aquel:

“Lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los individuos y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Esto permite al líder y los integrantes tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices.” (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 14)

Si analizamos la definición detalladamente, encontramos tres elementos claro que se deben tener en cuenta en un entorno de trabajo saludable:

- La salud de las personas va más allá de la ausencia de afectación física.
- La salud de la organización y la de sus miembros están estrechamente vinculadas.
- En un entorno de trabajo saludable debe incluir protección y promoción de la salud.

Así pues, los entornos de trabajo saludable son la cúspide de una organización saludable, no obstante, hay una pequeña diferencia. Mientras que el entorno saludable tiene como énfasis el bienestar físico y mental de la persona, la organización saludable se considera aquella que “supedita la salud y el bienestar de los individuos a la manera en que la organización opera para lograr sus objetivos estratégicos”(Organización Mundial de la Salud, 2010, p.14).

El concepto de organización saludable procede de la fusión de: psicología de la salud ocupacional y la psicología positiva. La primera procura mejorar la calidad de la vida laboral, protegiendo y promoviendo seguridad, salud y bienestar de los miembros de la organización (Salanova et al., 2014). Mientras que la psicología positiva pretende estudiar cuál es el funcionamiento óptimo para el ser humano. A partir de la asociación de ambas ideas aparece la psicología de la salud organizacional positiva (Díaz Chica y Rodríguez Ledo, 2015).

En otras palabras, una organización saludable “es la que va más allá de cumplir las medidas de seguridad y prevención establecidas, permite a sus componentes conciliar la vida laboral y familiar, promueve horarios razonables, apuesta por una cultura de vida sana en cuanto a deporte y alimentación, fomenta el respeto, etc.” (Masa et al., 2017, p.22).

En la misma línea, AENOR (Asociación Española de Normalización y Certificación) institución española que contribuye a la certificación de calidad de las organizaciones, ha diseñado un modelo de gestión de organización saludable para cuyas organizaciones que quieran promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los miembros y la sostenibilidad del ambiente de trabajo.

Su metodología y la aplicación de buenas prácticas giran en torno a cuatro elementos clave (AENOR, 2014):

- Ambiente físico (agentes químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, etc.)
- Ambiente psicosocial (cultura institucional, estilo de mando y control, conciliación, acoso, etc.)

- Recursos de salud (inactividad física, alimentación adecuada, consumo de sustancias nocivas, salud mental, etc.)
- Participación de la organización en la comunidad (familias de los trabajadores, traslado de los conocimientos a la comunidad, aspectos ambientales, etc.).

Chirinos (et al., 2020) destacan que las organizaciones saludables no se limitan a satisfacer las necesidades básicas de los individuos, sino que tienen en cuenta un enfoque integral e incorporan otros aspectos como: el bienestar laboral, estrés, salud emocional y relaciones interpersonales.

Algunas de las características que definen a las organizaciones saludables son (Chirinos et al., 2020):

- La salud se considera como eje central.
- La salud de las personas es un objetivo en sí mismo y no un medio para alcanzar otro objetivo.
- Consiguen un ambiente de trabajo sano y seguro, con menos accidentes.
- Desarrollan un ambiente social de trabajo inspirador.
- Los integrantes se sienten vitales, enérgicos, motivados y fuertemente involucrados en su trabajo.
- Obtienen productos, servicios y resultados saludables, en general de excelente calidad.
- Establecen buenas relaciones con el entorno organizacional, con una imagen positiva y responsabilidad social corporativa.

No obstante, no todas las organizaciones consiguen ser saludables con ambientes de trabajo positivo y un clima adecuado. Pues hay que tener en cuenta ambientes inestables y poco saludables, las cuales se conocen por organizaciones tóxicas.

En dicho caso, presentan una serie de características como:

- Fallos en las comunicaciones.
- Relaciones interpersonales frías o conflictivas.
- Errores en el diseño de puestos, conflictos, ambigüedades.
- Falta de información, ausencia de feedback sobre el desempeño laboral de la tarea.
- Falta de identificación con la organización.

2. Liderazgo y compromiso organizacional en las OS

Liderazgo transformacional

Es bien sabido que para implementar un proyecto de prácticas saludables en una organización es importante el compromiso y la participación de todos los miembros. Por lo que, los líderes deberán desde un inicio aprobar la idea y predicar con el ejemplo. Pero, sobre todo, para que cualquier programa funcione, debe haber un buen liderazgo.

Dado que según Chirinos (et al., 2020) consideran que el éxito de las organizaciones dependen de la capacidad que tenga el líder de reconocer e interpretar los

cambios constantes de su entorno con los que poder proponer estrategias para convertir la institución en organización saludable.

Por consiguiente, los mismos autores consideran que es primordial que los líderes desempeñen las siguientes funciones: manejar y controlar las emociones, equilibrar el ambiente laboral, motivar a los miembros de la organización, apoyar la resolución de conflictos, promover la interacción interpersonal(Chirinos et al., 2020).

Recientemente, se habla del modelo de liderazgo transaccional y transformacional, el segundo se ha convertido en uno de los principales paradigmas en el ámbito organizacional, puesto que se considera más adecuado socialmente.

Por una parte, el liderazgo transaccional (Tabla 1) está basado en los modelos tradicionales, se fundamenta en el intercambio o transacción, en este caso, el líder utiliza el poder, recompensado o sancionando a los miembros de la organización en función de su rendimiento. Así pues, no va más allá de las tareas y se limita a mantener el flujo normal de las operaciones en la organización.(Arévalo y Grado, 2015)

Por otra parte, según Varela (2010) el liderazgo transformacional está centrado en el papel del líder como un agente de cambio, que promueve el compromiso y motiva al equipo; concentrándose en las cualidades intangibles, buscando generar relaciones y dotar significación a las actividades realizadas; también se fundamenta en los valores, creencias y cualidades personales tanto del propio líder como de los seguidores (citado por Arévalo y Grado, 2015).

Este estilo de liderazgo proporciona mejores resultados organizativos, gracias al carisma, inspiración y búsqueda del interés de la organización. Una de sus características principales es su aproximación personal a los componentes, considerándolos como una persona y no como herramienta.

Algunas de las ventajas que presenta este modelo son: el líder como modelo a seguir, colaboración cooperativa en la que se desarrollan habilidades socio-personales, mejores resultados y beneficios para la organización.

Finalmente, hay que considerar que el estilo de liderazgo debe ser flexible y adaptable a los requerimientos situacionales y necesidades de la organización.

Tabla 1. El cambio organizacional en relación con la perspectiva del liderazgo transaccional y transformacional.

Cambio organizacional	
Transaccional	Transformacional
Énfasis en el rol del líder	Énfasis en el liderazgo (proceso)
Proceso planificado e intencional	Considera procesos espontáneos y dirigidos
Organización deliberada para el logro de objetivos	Auto-organización para la adaptación
Evitar la incertidumbre	Aceptar la incertidumbre
Micro-nivel	Macro-nivel
Estructura rígida y estable	Sistema flexible y cambiante
Poder centralizado	Poder distribuido
Influencia lineal vertical	Influencia difusa y en múltiples sentidos
Gestiona la diversidad	Potencia la diversidad
Negocia la generación e innovación	Favorece ambientes propicios para la innovación

Fuente: Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional(Torres y Barbosa Ramírez, 2013, p.160).

Además, el liderazgo transformacional incluye cinco estilos de liderazgo orientados al cambio que son imprescindibles cuando se afronta una transformación importante en la organización.

Él (Carlos Pastor, 2018) nos detalla en qué consiste los cinco estilos:

- Pensamiento sistémico: para desarrollar este estilo se requiere curiosidad, flexibilidad cognitiva, claridad en el análisis, apertura de miras para saber que hay muchas soluciones posibles a los problemas y, sobre todo, pensamiento a largo plazo.
- Auténtico: este estilo sienta las bases de confianza y seguridad para acometer el cambio. Para ello, se necesita un buen autoconocimiento personal y la capacidad de desarrollar relaciones de honestidad con los demás.
- Inspiracional: conseguir que la gente afectada se comprometa con la nueva visión en la organización. Por lo que establece un sentido de propósito compartido con todo el equipo que moviliza a la gente y focaliza los esfuerzos en los nuevos objetivos.
- Innovador: establece metas retadoras, promueve la creatividad y el pensamiento crítico, sabe delegar, asume riesgos, teniendo en cuenta que se pueden producir errores.
- Desarrollador y coaching: promueve las competencias necesarias en las personas para poder alcanzar la nueva visión de la organización. Para ello, establece relaciones cercanas, se interesa por los miembros y muestra curiosidad para entender su personalidad, actitudes, aptitudes y metas interactúan y afectan al rendimiento.

Se puede concluir que el rol que desempeña el líder transformacional dentro de las organizaciones es fundamental para la obtención de resultados positivos. Dado que empodera a los colaboradores, da un sentido de pertenencia e identificación con la organización, motiva a sus seguidores en el proceso y desarrolla una labor eficiente para alcanzar los objetivos trazados (Bracho y García, 2013).

Participación y compromiso organizacional

La participación constituye un principio de calidad en las organizaciones saludables. El término implica mejorar la comunicación entre todos los miembros, mejorar las competencias personales, motivación, compromiso interno, satisfacción y mejora continua.

En algunos estudios se ha encontrado relaciones positivas entre empoderamiento, autonomía y compromiso, los cuales conducen a una proactividad de los individuos, motivación creciente y orientación positiva hacia el rol de la tarea a desarrollar. Concretamente, se considera que el empowerment determina de manera directa al compromiso organizacional (Ríos Manríquez et al., 2010).

El compromiso organizacional se define como el grado en el que un colaborador se identifica con la organización y desea seguir participando activamente en ella. Así pues, el compromiso se puede relacionar con los objetivos y valores que persigue la organización para cumplir su misión y visión. Cabe añadir que el compromiso de los trabajadores es fundamental para contar con un recurso humano de alto rendimiento cuyo

objetivo es llevar a la organización hacia el éxito para poder conseguir resultados saludables y sostenibles, ya sea para bien individual o colectivo (Obando et al., 2020).

Hasta el momento se han adoptado tres perspectivas diferentes relacionadas con el compromiso organizacional: perspectiva psicológica, perspectiva de intercambio y perspectiva de atribución.

Ríos Manríquez et al., (2010, pp. 103-104) nos proponen una descripción de cada una de las perspectivas:

- Perspectiva psicológica (compromiso afectivo): relacionada con la identificación con objetivos y valores de la organización, deseo de contribuir para que la organización alcance sus metas y objetivos y deseo de ser parte de la organización.
- Perspectiva de intercambio (compromiso continuo): sugiere que el compromiso organizacional es el resultado de una transacción de incentivos y contribuciones entre la organización y el colaborador.
- Perspectiva de atribución (compromiso normativo): en este sentido el compromiso se define como una obligación que el colaborador adquiere como resultado de realizar actos voluntarios, explícitos e irrevocables. En este caso, el colaborador apoyará la organización en cualquier circunstancia.

Finalmente, se concluye que para poder crear una organización saludable es necesario que sus miembros estén activamente implicados en la participación y configuración de las prácticas organizacionales (Díaz Bretones y Jáimez Román, 2011).

3. OS y cómo implementar programas para promocionar la salud

¿Cómo pueden conseguir las organizaciones saludables sus objetivos? Salanova (2008) nos propone un modelo heurístico de organización saludable integrado por tres dimensiones: prácticas saludables para gestionar las tareas, miembros y resultados saludables (citado por Díaz Chica y Rodríguez Ledo, 2015). En la Tabla 2, se muestran detalladamente cada una de las dimensiones, los indicadores y algunas líneas de actuación asociadas a este planteamiento.

Tabla 2. Dimensiones del modelo heurístico de organización saludable

Dimensiones	Indicadores de cada dimensión y líneas de actuación
Prácticas saludables para gestionar las tareas	Recursos estructurales que estimulan la conexión con la tarea: <ul style="list-style-type: none"> • Claridad de las tareas y el rol. • Autonomía. • Variedad de tareas. • Existencia de información y feedback. • Formación en competencias.
	Recursos estructurales que favorecen la conexión con la organización: <ul style="list-style-type: none"> • Socialización de los nuevos miembros. • Formación en competencias y crecimiento personal. • Conciliación vida personal. • Canales de comunicación abiertos. • Estilo de liderazgo que beneficie el clima social.
	Recursos sociales que fomentan la conexión de los colaboradores con todos los públicos internos y externos de la entidad.
Integrantes saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Alta autoeficacia • Esperanza • Optimismo elevado • Resiliencia • Vinculación con la organización
Resultados saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Productos y servicios de excelencia • Relaciones positivas con el entorno y la comunidad

Fuente: Adaptación de Organizaciones saludables: Modelos de actuación y beneficios asociados. (Díaz Chica y Rodríguez Ledo, 2015)

De acuerdo con el planteamiento anterior, las organizaciones saludables son aquellas encargadas de estimular el bienestar de sus integrantes. Consecuentemente, el estado positivo de los colaboradores se encuentra estrictamente relacionada con la calidad de los productos y servicios que se derivan, así como las relaciones positivas que se establecen en el entorno más cercano y la sociedad en general.

Gracias a la Declaración de Luxemburgo y la publicación del documento Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS (2010), las organizaciones se han atrevido a impulsar proyectos de organizaciones saludables dirigidos a sus miembros. A continuación, se detallan las acciones que propone la OMS para implementar un programa saludable:

Figura 1. Acciones para implementar programa saludable en las OS



Fuente: Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS
(Organización Mundial de la Salud, 2010)

- **Movilizar:** lograr el compromiso de todas las partes involucradas y de los líderes de la empresa.
- **Reunir:** al equipo que trabajará en implementar el cambio.
- **Evaluar:** la situación en la que se encuentra la empresa en el momento actual y valorar el futuro deseable.
- **Priorizar:** con la información recogida, se establecen las prioridades. (¿Qué es más importante? ¿Qué situación se puede resolver fácilmente? Etc.)
- **Planear:** desarrollar un plan de salud adaptado a las necesidades de la organización.
- **Hacer:** implementar las acciones diseñadas del programa.
- **Evaluación:** analizar el que está funcionando y el que no, a través de indicadores/ observaciones/ cuestionarios, etc.
- **Mejorar:** recopilar los datos de la evaluación y llevar a cabo los cambios pertinentes para cumplir con los objetivos del plan.

Finalmente, se debe tener en cuenta que en todo este proceso es necesaria el compromiso y corresponsabilidad de todos los miembros de la organización.

4. Caja de herramientas para el empoderamiento comunitario en una OS

A la hora de establecer las herramientas que ayuden a la promoción de la salud desde el empoderamiento tendremos en cuenta las diferentes etapas a seguir en el proceso comunitario.



1 CONOCER-SE CONECTAR

Conocerse-Conectar: es la primera fase para poner en marcha un proceso comunitario. Para ello es importante generar un grupo promotor (GP), constituido por personal técnico sanitario del contexto y que realizarán una primera aproximación sobre temas de la salud de la comunidad en cuestión. Seguidamente se tiene que realizar un mapa de los servicios, instituciones, agentes o grupos sociales que inciden sobre los temas de salud. La idea es generar una red local para la salud (RLS) que a través de reuniones de coordinación consolide el compromiso y colaboración para la promoción de la salud y el bienestar de la comunidad. El GP ha de actuar bajo el principio de inclusión, garantizando la información y la participación en cualquier momento tanto en la RLS como en el mismo GP. Una herramienta básica en este momento es la generación de canales de comunicación fluidos y ágiles en el tiempo. La construcción de la RLS ayudará a:

- Promover la comunicación al diversificar los diferentes interlocutores.
- A impulsar líderes en la misma comunidad.
- A identificar, de forma compartida, las fortalezas, necesidades y debilidades de la misma comunidad.
- A construir propuestas basadas en la equidad y el cambio social.

2

**ELABORAR EL DIAGNÓSTICO
COMUNITARIO**

Elaborar el diagnóstico comunitario: en esta fase de diagnóstico será importante tener datos para contextualizar a la comunidad e identificar las necesidades y recursos. Esta fase de diagnóstico implicará la participación de los miembros de la comunidad. Los datos pueden surgir de fuentes secundarias. Encuestas municipales, de los servicios de salud, etc. pero para profundizar en las necesidades y recursos se puede utilizar como herramientas entrevistas individuales o grupales, foros públicos o reuniones comunitarias abiertas que faciliten la posibilidad a diferentes personas de ofrecer sus puntos de vista acerca de las cuestiones a debatir e incluso hacer llegar propuestas. Los DAFOS son también un instrumento que puede ayudar a dibujar las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de la comunidad en temas de salud.

En esta fase es importante delimitar los activos para la salud, entendidos como cualquier recurso que potencie la capacidad de las personas y de la comunidad en general para mantener la salud y el bienestar (Morgan y otros, 2010) (Hernan y otros, 2013). Estos activos para la salud pueden ser: personas, organizaciones, empresas, asociaciones que aportan su experiencia y conocimientos y habilidades para promocionar la salud. También son activos para la salud los espacios físicos, espacios verdes, edificios, instalaciones, etc. Los activos culturales como disponer de locales o instituciones para desarrollar la creatividad: teatros, conservatorios, etc.

El GP deberá impulsar el realizar un mapeo de todos estos activos y estimular a través de las herramientas mencionadas anteriormente la participación en esta fase de diagnóstico de los miembros de la comunidad. Para ello se pueden generar diferentes grupos sectoriales que ayuden a captar toda la información necesaria, llegando de forma más efectiva a todos.

3

PRIORIZAR

El diagnóstico nos aportará mucha información que ayudará a priorizar las estrategias de intervención. En la RLS se debe hacer de forma compartida y consensuada este diagnóstico. Una herramienta para ordenar la información es estructurarla según el siguiente esquema:

- Análisis de la información básica estructural de la comunidad que hace referencia a cuestiones como demografía, características del territorio, economía, historia reciente, asociacionismo, etc. Es decir, aquellos datos

generales que de forma directa o indirecta repercuten en la vida de la comunidad y en su salud y bienestar.

- Análisis de los datos por sectores: que pueden ser el sector educativo, sector asistencial, sector cultural, etc. Esto permite tener una mirada desde cada sector que ayude a determinar qué se puede mejorar en cada uno de ellos y qué puede hacer cada sector para la promoción de la salud.
- Análisis de los datos por franjas poblacionales como son la infancia, juventud, adultos, mayores. Se trata de organizar la información para determinar la afectación sobre la salud de los miembros de la comunidad según los ejes básicos de desigualdad como son el género, nivel socioeconómico, país de origen, discapacidad, etc.
- Análisis por temas o problemas transversales: donde se trabajarán temas concretos como fracaso escolar, delincuencia, toxicomanías, etc.

Esta herramienta (Tabla 3) de organización de la información permitirá hacer un diagnóstico con la participación de los miembros de la RLS.

Tabla 3. Herramienta para priorizar/ ayudar a la participación

Herramienta para priorizar/ayudar a la participación

Recursos existentes y si son suficientes	Lo que no existe y es necesario	Elementos que son negativos e insuficientes e insatisfactorios	Aspectos urgentes	Priorización según criterios basados en la importancia del problema (extensión, gravedad, repercusión social...) y en la capacidad real de intervención
--	---------------------------------	--	-------------------	---

Esta tabla ayudará a organizar las aportaciones de la participación de los miembros de la comunidad. En esta fase se pueden emplear diferentes técnicas de participación: grupos de discusión, reuniones abiertas, etc. a través de la RLS y para priorizar es muy común la utilización del método Hanlon que se basa en los indicadores: A: magnitud del problema; B: severidad del problema; C: eficacia de la solución (o bien la resolución del problema) y D: factibilidad de programa o de la intervención. De esta forma se establece el Índice de Hanlon = (A+B) CXD (Hanlon, 1984).

4 ACTUAR

Se trata de diseñar la intervención con la participación de los miembros de la comunidad. Es una gran oportunidad para consolidar la RLS y generar grupos de trabajo que diseñen propuestas con objetivos claros y que sean prácticas. Hay que recordar que estas intervenciones para la promoción de la salud pretenden generar cambios en las personas, en la comunidad y en el entorno que favorezcan la salud. Como la perspectiva de trabajo es desde el empoderamiento comunitario, estas intervenciones han de estar diseñadas desde las tres dimensiones del empoderamiento: el individual y personal, organizativo y comunitario.

Se deberán poner en marcha asegurando la participación de todos los actores en la ejecución y también en el seguimiento de estas actuaciones.

Herramientas para asegurar esta participación pueden ser el desarrollo de escala de indicadores donde se analice si la iniciativa ha llegado a aquellos que más lo necesitaban, si se ha fomentado la implicación a todos los niveles, cuál ha sido el apoyo de responsables políticos, etc.

5

EVALUAR EL PROCESO

Además de hacer un seguimiento de las intervenciones y evaluar los resultados obtenidos de las mismas, es importante evaluar también el trabajo realizado por la RLS, los procedimientos establecidos, la participación e iniciativas generadas, la continuidad y sostenibilidad en el tiempo del trabajo realizado, etc. El empoderamiento de todos los miembros de la comunidad debe llegar hasta esta última fase, haciéndolos corresponsables de los procesos de evaluación.

En esta fase de evaluación hay que centrarse en tres ejes claves:

- Aquellas cuestiones que elevan la autonomía de la comunidad, la propia autogestión y la capacidad creativa para dar respuesta a diferentes situaciones.
- La calidad de las relaciones y coordinación entre los diferentes grupos y protagonistas que de una forma u otra participan.
- La capacidad de llegar al conjunto de la población y permitir una acción inclusiva.

Herramientas básicas para fomentar la participación en esta fase pasan por la generación de indicadores y criterios de evaluación que pueden surgir de la RLS con las aportaciones de los diferentes sectores o sujetos.

Hasta ahora hemos visto como los entornos comunitarios y sus condiciones pueden tener un impacto favorable en la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores. Además de reconocer que la salud del trabajador es directamente proporcional a la productividad y efectividad de las empresas/organizaciones.

No obstante, es importante evaluar la protección, promoción de la salud, seguridad y bienestar en el espacio de trabajo, para poder seleccionar mejor el qué funciona del que no.

Para ello, podemos utilizar herramientas para comparar nuestros resultados con otras investigaciones. Un ejemplo de ello es la Colaboración Cochrane la cual es una organización internacional, no lucrativa e independiente, establecida para asegurar que la información actual y detallada acerca de los efectos de intervenciones en material de salud (Organización Mundial de la Salud, 2010).



Para saber más...

- Asturias Actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción. Observatorio de Salud de Asturias. 2012. Disponible en <http://goo.gl/uK2osR>
- Benito, A. (2016). Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
- Conselleria de Salut. Generalitat Valenciana (2019). Caja de herramientas: Guías XarxaSalut. http://www.alianzasaludcomunitaria.org/wp-content/uploads/2019/02/XarxaSalut_3.pdf
- Colaboración Cochrane : <https://www.cochrane.org/es/evidence>
- Lectura Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Capítulo 9, pp. 101 -106.

4. PRÁCTICAS DE REFERENCIA DE EMPODERAMIENTO COMUNITARIO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Anabel Ramos-Pla
Óscar Flores
Universidad de Lleida

1. Conceptualización: ¿qué entendemos por prácticas de referencia?

En los capítulos anteriores hemos recorrido un interesante camino que nos ha permitido aprender y profundizar acerca de la promoción de la salud, el empoderamiento comunitario y las comunidades y organizaciones saludables. En este cuarto y último apartado vamos a redondear esta guía con el concepto de prácticas de referencia de promoción de la salud en la comunidad, que vendría a ser la aplicación práctica de todo lo explicado anteriormente.

De lo que se trata es de comprender que no podemos desarrollar comunidades ni territorios saludables sin conocer prácticas participativas que nos permitan aterrizar los conceptos y aplicarlos en diferentes situaciones, para fomentar “un modelo de cooperación al desarrollo que fomente la participación activa de todos los actores, trabajando desde las necesidades detectadas y sentidas por la propia contraparte para promover un auténtico proceso de desarrollo sostenido” (Morón et al., 2017, p. 450).

En este sentido, nos mostraríamos de acuerdo con Espinosa (2001), cuando afirma que la construcción de capital social en las grandes áreas urbanas debe basarse en las iniciativas participativas, y que el deterioro de éstas correlaciona con las tasas de homicidios y traumas: “La exclusión social, la inequidad y la opresión evitan la cohesión social y son responsables de la reducción de capital social” (p. 48).

De manera genérica, podemos decir que una buena práctica puede definirse como una técnica o método que, a través de la experiencia y la investigación, ha demostrado de forma fehaciente que conduce al resultado deseado.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud describe una buena práctica en salud como el conocimiento de lo que funciona en situaciones y contextos específicos, sin utilizar recursos excesivos para conseguir los resultados deseados, y que pueden ser utilizados para desarrollar e implementar soluciones adaptadas a problemas de salud similares en otras situaciones y contextos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

De acuerdo con la OMS, el término “buena práctica” no se refiere a un estado de perfección ni a los únicos elementos que pueden contribuir al éxito en una intervención. Los resultados pueden ser parciales y pueden estar relacionados solamente con uno o más componentes de la práctica considerada. De hecho, documentar y aplicar lecciones aprendidas acerca de lo que funciona y lo que no funciona (y por qué no funciona) son



partes integrantes de una buena práctica, debido a que los mismos tipos de errores pueden ser evitados en otros programas o proyectos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2017, p.7) propone los siguientes criterios para identificar buenas prácticas:

- Eficacia: la práctica debe funcionar y lograr resultados que sean medibles.
- Eficiencia: la práctica propuesta debe producir resultados con un nivel razonable de recursos y tiempo.
- Relevancia: la práctica propuesta debe abordar los problemas de salud prioritarios.
- Solidez ética: la práctica debe respetar las normas éticas vigentes para tratar con las poblaciones humanas.
- Sostenibilidad: la práctica propuesta, tal y como se lleve a cabo, debe poder aplicarse durante un largo periodo con los recursos existentes.
- Posibilidad de duplicación: la práctica propuesta, tal y como se lleve a cabo, debe poder reproducirse en otros lugares del país o de la región.
- Participación de las asociaciones: la práctica propuesta debe implicar una colaboración satisfactoria entre varias partes interesadas.
- Participación de la comunidad: la práctica propuesta debe implicar la participación de las comunidades afectadas.
- Compromiso político: la práctica propuesta debe contar con el apoyo de las autoridades nacionales o locales pertinentes.

La Dirección General para la Salud y la Seguridad Alimentaria de la Unión Europea define una buena práctica como:

“Una intervención aplicada en un entorno real y que ha sido evaluada favorablemente en términos de adecuación (ética y pruebas) y equidad, así como de eficacia y eficiencia en relación con el proceso y los resultados. Otros criterios son importantes para el éxito de la transferencia de la práctica, como la definición clara del contexto, la sostenibilidad, la intersectorialidad y la participación de las partes interesadas.” (Comisión Europea, 2011, p.4).

Para desarrollar buenas prácticas en promoción de la salud, la misma Dirección General para la Salud y la Seguridad Alimentaria de la Unión Europea (Comisión Europea, 2011) sugiere incorporar los siguientes criterios:

- Relevancia: se refiere al contexto político/estratégico de la práctica o intervención, que debe explicarse y considerarse claramente.
- Características de la intervención: evalúa la existencia de un análisis de la situación (por ejemplo, análisis del problema, evaluación de las necesidades antes de iniciar la práctica) de la población destinataria, objetivos establecidos; una metodología coherente y bien documentada, etc.
- Basado en la evidencia y la teoría: la excelencia científica u otras pruebas se utilizaron, analizaron y difundieron de forma consciente, explícita y reflexiva.
- Aspectos éticos: ser respetuoso con los valores éticos y garantizar la salvaguarda de la dignidad.
- Eficacia y eficiencia de la intervención: este criterio define el grado de éxito de la intervención para producir un resultado deseado de forma óptima.

- **Equidad:** este criterio considera que la práctica debe tener en cuenta las necesidades de la población a la hora de asignar los recursos e identificar y reducir las desigualdades sanitarias.
- **Transferibilidad:** este criterio mide hasta qué punto los resultados de la implementación están sistematizados y documentados, lo que hace posible su transferencia a otros contextos/establecimientos/países o su ampliación a una población/contexto geográfico más amplio.
- **Sostenibilidad:** este criterio evalúa la capacidad de la práctica para mantenerse a largo plazo con los recursos disponibles, adaptándose a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el que se desarrolla.
- **Participación:** este criterio evalúa la inclusión de las partes interesadas a lo largo de todo el ciclo de vida del proceso y la capacidad de la práctica para fomentar la colaboración entre los diferentes sectores implicados.
- **Colaboración intersectorial:** este criterio evalúa la capacidad de la práctica para fomentar la colaboración entre los diferentes sectores (por ejemplo, sanitario, social, educativo) implicados en el ámbito de interés (por ejemplo, promoción de la salud, prevención y gestión de enfermedades, etc.).

2. LiVES: Herramienta para identificar prácticas de referencia

Después de definir qué es una práctica de referencia en relación con el empoderamiento en salud, es necesario tener una herramienta para identificarlas. Por ello, se presenta la LiVES (Lista de Verificación de prácticas en Empoderamiento en Salud) para identificar prácticas de referencia sobre empoderamiento en salud. La identificación de los indicadores y la suma de las puntuaciones obtenidas permitirá al usuario saber si la práctica analizada es realmente de empoderamiento en salud.

LiVES está diseñada para ser aplicada tanto en proyectos como en acciones sociales, sanitarias educativas, etc. Los resultados obtenidos de la aplicación de esta herramienta permitirán conocer en qué medida el proyecto o las acciones desarrolladas facilitan el empoderamiento comunitario en el ámbito de salud.

Construcción del instrumento LiVES.

LiVES es una lista de verificación diseñada a partir de la adaptación de la “Rúbrica para la valoración del plan de actuación del programa para la innovación educativa sobre hábitos de vida saludable” (Junta de Andalucía, 2020) y la “Rúbrica analítica socioformativa para evaluar promoción de salud bucal” (Valdéz-Penagos et al., 2020). A partir del análisis y valoración de los dos instrumentos mencionados, los autores diseñaron el instrumento LiVES. Posteriormente, fue sometido a una validación de contenido por un comité formado por 10 jueces expertos. Los criterios que siguieron los jueces para validar la herramienta fueron (Galicia Alarcón et al., 2017): coherencia (el indicador tiene relación con la dimensión que mide), univocidad (el indicador permite o no- ser interpretado de un único modo), pertenencia (adecuación del indicador al objetivo del estudio) importancia o relevancia (el indicador es importante y, por lo tanto, debe ser incluido).

Debido a que el objetivo de la herramienta LiVES es identificar prácticas de referencia sobre empoderamiento en salud, se delimitaron cinco dimensiones teniendo en cuenta los principios de promoción de salud (Valdéz-Penagos et al., 2020), de las cuales se desprenden una serie de once indicadores en total:

- A. Políticas de empoderamiento en salud: Hace referencia al acceso de grupos vulnerables a las prácticas, así como la existencia de trabajo interdisciplinar por parte de los profesionales participantes. Los indicadores que forman parte de esta dimensión son:
 - i. ¿Los grupos vulnerables pueden acceder a las actividades?: Se debe marcar si la práctica de referencia va dirigida a todo el sector poblacional, inclusive los grupos vulnerables (inmigración, personas con recursos socioeconómicos bajos, etc.)
 - ii. ¿Las actividades requieren un trabajo interdisciplinar? Se debe analizar si solo participan agentes de un solo sector (por ejemplo, salud) o de diferentes ámbitos (salud y educación, por ejemplo).
- B. Ambientes favorables: Relacionado con la promoción y la creación o mejora de las infraestructuras sobre el empoderamiento en salud. Los indicadores que forman parte de esta dimensión son:
 - i. ¿Las actividades buscan una promoción del empoderamiento en salud? Se debe identificar que la práctica relacione la promoción del empoderamiento con la salud; no solo uno de los dos elementos (empoderamiento o salud).
 - ii. ¿Las actividades buscan la creación o mejora de infraestructuras para mejorar y fomentar el empoderamiento en salud? Marcar si las actividades de la práctica de referencia mejoran las infraestructuras comunitarias para mejorar el empoderamiento en salud de los participantes.
- C. Reforzamiento comunitario: Hace énfasis en la participación comunitaria en la creación y desarrollo de la práctica de referencia. El indicador que forma parte de esta dimensión es: ¿Las actividades potencian la participación de la comunidad para su empoderamiento en salud? Señalar si los participantes de la práctica de referencia intervienen de forma activa en las actividades.
- D. Desarrollo de capacidades: Alude a la involucración de los participantes en la creación de objetivos y la toma de decisiones. También se relaciona con el desarrollo del asertividad y la gestión emocional de los participantes para fomentar el empoderamiento en salud. Los indicadores que forman parte de esta dimensión son:
 - i. ¿Los participantes participan en la creación de objetivos de las actividades? Determinar si los objetivos son creados de forma colaborativa con los participantes o los redactan únicamente los profesionales de la práctica.
 - ii. ¿Los participantes toman decisiones relacionadas con el empoderamiento en salud? Identificar si se fomenta que los participantes tomen decisiones o son los propios agentes profesionales quienes las tomen, o bien, no se tome ninguna decisión.

- iii. ¿Las actividades contribuyen al desarrollo de la asertividad de los participantes? Como característica intrínseca del empoderamiento, marcar si las actividades de la práctica de referencia fomentan la asertividad (entendida como la habilidad que permite la comunicación satisfactoria de opiniones, deseos, sentimientos y negación a peticiones, García-Arista & Reyes-Lagunes, 2017) de los participantes.
 - iv. ¿Las actividades fomentan la gestión emocional de los participantes para favorecer su empoderamiento en salud? Como característica intrínseca del empoderamiento, marcar si las actividades de la práctica de referencia fomentan la gestión emocional (entendida como la capacidad de manejar emociones de forma adecuada, Bisquerra & Pérez, 2007) de los participantes.
- E. Evaluación e informe de referencia: Hace referencia a la finalización de la práctica, ya que se debe valorar si se evalúan las actividades desarrolladas y los participantes conocen el informe de resultados obtenidos. Los indicadores que forman parte de esta dimensión son:
- i. ¿Se evalúan y analizan las actividades de la práctica de referencia? Identificar si al finalizar la práctica se evalúan los resultados de la misma.
 - ii. ¿Se mantiene informada a la población de los resultados obtenidos de la intervención sobre empoderamiento en salud? Analizar si los resultados obtenidos de la evaluación se transmiten a la población participante de la práctica de referencia.

Todos los indicadores se contestan como una lista de chequeo o verificación: sí o no.

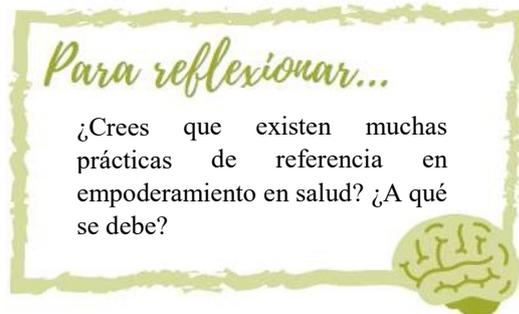
Aplicación de la herramienta

Algunas consideraciones previas para comprender y aplicar la herramienta son las siguientes:

- Teniendo en cuenta que el objetivo principal de la herramienta es identificar prácticas de referencia en empoderamiento en salud, también permite la reflexión, el aprendizaje y la orientación de los proyectos e intervenciones socioeducativas o sociosanitarias, no comparar proyectos ni intervenciones.
- Pretende determinar cómo se está trabajando el empoderamiento en salud, y promover la reflexión y la consolidación de buenas prácticas.
- LiVES está pensada para que se pueda evaluar el trabajo a favor del empoderamiento en salud en los diferentes sectores poblacionales.
- Puede ser utilizada para el análisis y evaluación del empoderamiento en salud a nivel colectivo.
- En el proceso de aplicación, se debe seleccionar el escenario que corresponda más a la situación con la que se identifican. La ubicación en cada escenario es necesariamente aproximativa.
- Es una herramienta que tanto puede ser autoaplicada como aplicada por agentes externos. En el caso de ser aplicada por un equipo externo, se

recomienda que se haga con un proceso de reflexión conjunto por parte de los profesionales que lo integran.

En el momento que se identifica la práctica de referencia a analizar, se debe recopilar toda la información posible para contestar con la máxima objetividad. Seguidamente, se responde cada uno de los indicadores (sí o no) y en cuanto se finaliza, se deben sumar los puntos obtenidos, teniendo en cuenta que “sí” equivale a 1 punto y “no” son 0 puntos. Por lo tanto, la máxima puntuación a obtener son 11 puntos, equivalente a la



práctica de referencia en salud por excelencia. Sin embargo, después de sumar el puntaje obtenido y para poder definir si realmente la experiencia analizada es una práctica de referencia en empoderamiento en salud, se debe tener en cuenta la leyenda de la Tabla 1:

Tabla 1. Leyenda de puntuación de la LiVES en empoderamiento en salud.

Puntuación total	Color	Práctica de referencia
0-3	Rojo	No
4-7	Ámbar/Naranja	No
8-11	Verde	Sí

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, el sistema de evaluación o puntuación de referencias sigue el patrón del semáforo, en el que cada uno de los puntos corresponde a uno de los colores: rojo, ámbar/naranja, verde (Carpio et al., 2019). Así, las prácticas de referencia en empoderamiento en salud corresponderían al verde (puntuaciones de entre 8 y 11 puntos).

Para seleccionar las prácticas de referencia se utilizarán los criterios de exclusión. Es decir, si no se cumplen un mínimo de cumplimiento de 8 indicadores, la práctica no se considerará de referencia. Además, la puntuación de éxito de la práctica de referencia en empoderamiento en salud (entre 8 y 11 puntos) sigue los siguientes criterios (Comisión Europea, 2020): efectividad y eficiencia de la intervención y equidad. En la tabla 2 se muestra la herramienta LiVES.

Tabla 2. Herramienta LiVES para identificar prácticas de referencia sobre empoderamiento en salud.

Dimensiones	Indicadores
1. Políticas de empoderamiento en salud	1.1. ¿Los grupos vulnerables pueden acceder a las actividades? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.2. ¿Las actividades requieren un trabajo interdisciplinar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Ambientes favorables	1.3. ¿Las actividades buscan una promoción del empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.4. ¿Las actividades buscan la creación o mejora de infraestructuras para mejorar y fomentar el empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Reforzamiento comunitario	1.5. ¿Las actividades potencian la participación de la comunidad para su empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Desarrollo de capacidades	1.6. ¿Los participantes participan en la creación de objetivos de las actividades? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.7. ¿Los participantes toman decisiones relacionadas con el empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.8. ¿Las actividades contribuyen al desarrollo del asertividad de los participantes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.9. ¿Las actividades fomentan la gestión emocional de los participantes para favorecer su empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Evaluación e informe de la práctica de referencia	1.10. ¿Se evalúan y analizan las actividades de la práctica de referencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	1.11. ¿Se mantiene informada a la población de los resultados obtenidos de la intervención sobre empoderamiento en salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fuente: Elaboración propia

¡Recuerda!

Una práctica de referencia es una intervención real, que ha sido evaluada favorablemente, que funciona en situaciones y contextos específicos, y que puede ser adaptada para implementarse en otras situaciones y contextos.

La herramienta LiVES de empoderamiento en salud permite identificar prácticas de referencia reales sobre empoderamiento en salud.

LiVES es una herramienta que tanto puede ser autoaplicada como aplicada por agentes externos.



3. Prácticas de referencia transfronterizas

Mediante la herramienta LIVES para identificar prácticas de referencia sobre empoderamiento en salud, se han identificado las siguientes actuaciones transfronterizas:

Programa de promoción de envejecimiento saludable en el ámbito residencial			
Actores	Personas mayores de residencias geriátricas y centros de día de la Región sanitaria de Barcelona y sus profesionales.	Gestores	Generalitat de Catalunya
		Colaboradores	PINSAP (Plan Interdepartamental de Salud Pública) y PAAS (Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable).
Fecha de inicio	2014	Activo o inactivo	Se implementa cada 3 años.
Palabras clave	Envejecimiento saludable, ámbito residencial, promoción salud.		
RESUMEN			
<p>Este programa tiene por objetivo impulsar políticas de promoción de envejecimiento saludable en el ámbito de centros residenciales de atención continuada y centros de día. Algunas de sus actuaciones han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración cuestionario sobre alimentación y actividad física saludable, teniendo en cuenta las recomendaciones del Departament de Salut. - Diseño de recomendaciones de mejora en función de los resultados, además de enviar informes personalizados a las personas encuestadas. - Formación a profesionales de los centros residenciales sobre alimentación saludable, actividad física, modelo de atención centrada en la persona y cultura del envejecimiento. 			
Enlace	<p>GENCAT. (2020). Programa de promoció de l'envelliment saludable en l'àmbit residencial. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/envelliment_saludable/ambit-residencial/</p> <p>GENCAT. (2014). Bases per a la promoció de l'envelliment saludable. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/publicacio_formacio_recerca/publicacions/guies/promocio_envelliment_saludable.pdf</p>		
Puntuación obtenida	10 puntos (sobre 11)		

Para conocer más prácticas de referencia transfronterizas, pueden acceder al Observatorio de la Cátedra de Desarrollo de Organizaciones y Territorios Saludables (DOTS-Udl): <https://catedradots.com/observatori>

Para saber más...



- ¿Qué es el empoderamiento en salud?
https://www.youtube.com/watch?v=zx9_AX_9xhc
- El empoderamiento del paciente gracias a la salud digital:
<https://www.youtube.com/watch?v=WwEZrOnnuUQ>

GLOSARIO

ACCIÓN COMUNITARIA PARA LA SALUD: Esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

CALIDAD DE VIDA: Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normales y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

EMPLOYER BRANDING: Técnica de marketing dirigida a transmitir dentro y fuera de la organización, los valores y características que la definen. Las distintas acciones llevadas a cabo permiten obtener ventaja competitiva a la hora de contratar a los mejores profesionales.

EMPODERAMIENTO PARA LA SALUD: Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

EMPRESA SALUDABLE: Es aquella que se preocupa para mejorar la salud de sus trabajadores, haciendo más saludable tanto el ámbito de trabajo como los hábitos de sus empleados dentro y fuera del entorno laboral.

EMPRESA: Es una compañía, negocio, firma, institución u organización diseñada para proporcionar bienes y/o servicios de los consumidores.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: Proceso en que la gente puede incrementar su control sobre su salud. Se puede llevar a cabo a partir de acciones como la educación para la salud y cambiar factores de riesgo conductuales (falta de ejercicio, fumar, malos hábitos alimentarios, entre otros.)

PROTECCIÓN A LA SALUD: Medidas que se tienen en cuenta en un espacio de trabajo para proteger a los trabajadores de enfermedades o daños debidos a la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales.

PSICOLOGIA DE LA SALUD ORGANIZACIONAL POSITIVA: Estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y los grupos en las organizaciones, de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de las organizaciones saludables. (Salanova et al., 2014)

STAKEHOLDERS (Partes interesadas): Término que se utilizó por primera vez por Stanford Research (1963). Se denomina stakeholders aquellos grupos de personas que apoyan a las empresas u organizaciones y, por lo tanto, sin ellos, estas dejarían de existir. Tradicionalmente, se referían a los inversionistas, socios, proveedores. Actualmente, se incluye a la familia, la comunidad y otros sectores de la sociedad como salud, educación, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AENOR. (2014). Modelo de empresa saludable = Healthy workplaces model.
- Arévalo, V. A. y Grado, A. T. (2015). *Liderazgo transaccional vs Liderazgo transformacional*. *Reidocrea*, 4(4), 24-27.
<http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/>
- Bacqué, M.H. & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. París: La Découverte.
- Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82
- Bracho, O. y García, J. (2013). Algunas consideraciones teóricas sobre el liderazgo transformacional. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 15(2), 165-177.
- Carpio, T. Betancourt, S., Espinoza, L. & Cazho, L. (2019). Relación del conocimiento “Semáforo nutricional” en el estado nutricional de adolescentes ecuatorianos [conferencia]. *VI Congreso Internacional de la Ciencia, Tecnología, Emprendimiento e Innovación*, Riobamba, Ecuador.
- Carlos Pastor, J. (2018). Liderando el cambio: los cinco estilos de líder transformacional. *Harvard Deusto Business Review*, 284, 6-21.
- Chirinos, Y., Coromoto, D. y Barbera, N. (2020). Influencia del liderazgo resonante en el desempeño laboral para crear organizaciones saludables. *Tendencias en la Investigación Universitaria*, IX, 132-178.
- Chiavenato, I. (2009). *Gestión del talento humano*. Mc graw hill.
- Cornell Empowerment Group. (1989). Empowerment and family support. *Networking Bulletin*, 1, 1-23
- Comisión Europea. (2011). *Criteria to select best practices in Health Promotion and Disease Prevention and Management in Europe*.
https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/major_chronic_diseases/docs/sgpp_bestpracticescriteria_en.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.
- Díaz Bretones, F. y Jáimez Román, M. J. (2011). *Organizaciones saludables: más allá de la prevención de riesgos laborales*.
- Díaz Chica, Ó. y Rodríguez Ledo, C. (2015). Organizaciones saludables: Modelos de actuación y beneficios asociados. *Anuari de Psicologia*, 2(2), 77-89.
<https://doi.org/10.7203/anuari.psicologia.16.2.77>
- Eisenstadt, S. N. (2000). *Os régimes democráticos: fragilidade, continuidade e transformabilidade*. Lisbon: Celta

- Espinosa, 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)*, 40-56.
- Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. & Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura, 9(2)*, 1-12. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- García-Arista, A. & Reyes-Lagunes, L. I. (2017). Construcción y validación de una escala de asertividad en la relación paciente-médico. *Acta de Investigación Psicológica, 7*, 2793-2801. <https://doi.org/10.1016/j.aippr.2017.11.008>
- Huisman, Peter and Ruijmschoot, Lieke (2013). “Using the Five Capabilities (5C) model: making a virtue of necessity”. *Development in Practice, Volume 23, Number 2*, 299-311.
- Jarvis, MJ y Wardle, J. (1999). Patrones sociales de los comportamientos de salud individuales: el caso del tabaquismo. *Determinantes sociales de la salud, 2* , 224-37.
- Junta de Andalucía (2020). *Programa para la innovación educativa, hábitos de vida saludable. Rúbrica para valoración del plan de actuación.* <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/7aa2269d-83ef-42bf-9360-5a0369ff949e/R%C3%BAbrica%20para%20la%20valoraci%C3%B3n%20del%20Plan%20de%20Actuaci%C3%B3n>
- Masa, C., El Puente Salud Mental Díez Loisele, D., El Puente Salud Mental Gómez Martín, M., Hernández León, S., Molinos Zumel, N., El Puente Salud Mental En colaboración con, R., Alonso, A., Sampedro, B., Bazaco, B., Fernández, C., Murcia, M., Carrasco, R., Edición, C., Valladolid, F., Puente, E. y Castro Barba, P. (2017). *Buenas prácticas: Promoción de la salud mental en entornos laborales.*
- Meneghel, I., Martínez, I. M., & Salanova, M. (2013). El camino de la Resiliencia Organizacional-Una revisión teórica. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, vol. 31, n. 2, pág. 13-24
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria.* Buenos Aires: Paidós.
- Morón, J. A.; López Noguero, F.; Cobos, D. (2017). El uso de las Redes Sociales en la educación y promoción de la salud. Una experiencia de empoderamiento social en Nicaragua. Profesorado, *Revista de Currículum y Formación del Profesorado, 21(4)*, 439-457.
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación (empoderamiento). *Introducción a la psicología comunitaria, 10*, 167-193.
- Nussbaum, Martha C. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano.* Editorial Paidós.

- Peiró, J. M., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 68-82.
- PNUD (2010). Informe sobre desarrollo humano 2009: *Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos*, Nueva York, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/Palgrave Macmillan.
- PNUD (2011): Desarrollo de capacidades: texto básico del PNUD. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Dirección de Políticas de Desarrollo. Grupo de Desarrollo de la Capacidad. Nueva York,
- Obando, M., Caraguay, C. y Rea, M. (2020). El empoderamiento del personal como herramienta para fortalecer el compromiso organizacional. *Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 4(32), 81-88.
<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss32.2020pp81-88>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte*.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Guide for Documenting and Sharing «best practices» in health programmes. *Regional Office for Africa*.
https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Guide_for_documenting_and_Sharing_Best_Practice_-_english_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *A Guide to Identifying and Documenting Best Practices in Family Planning Programmes*. Geneva: World Health Organization.
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/best-practices-fp-programs/en/
- Ríos Manríquez, M., Téllez Ramírez, M. del R. y Ferrer Guerra, J. (2010). *El empowerment como predictor del compromiso organizacional en las Pymes*.
- Rappaport, J. (1981). *In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention*. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-21. [[Links](#)]
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rodríguez-Beltrán, M. (2009). *Empoderamiento y promoción de la salud*. *Red de Salud*.
<https://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
- Salanova, M., Martínez, I. y Llorens, S. (2014). Una mirada más positiva a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis. *Papeles de Psicólogo*, 35(1), 22-30.
- Sen, A. (1985). *El bienestar, la condición de ser agente y la libertad*, en Sen, A., *Bienestar*, SEN, A (2003) Closing the Gap. Access, Inclusion and
- Sen, A. (1993). Capability and Well-Being, en Nussbaum, M y A. Sen, *The Quality of Life*, Clarendon Press, Oxford.

- Silva, C., & Martínez, M. L. (2004). Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. *Psykhé* (Santiago), 13(2), 29-39.
- Torres, F. C. y Barbosa Ramírez, D. (2013). Del liderazgo transaccional al liderazgo transformacional: implicaciones para el cambio organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 39, 152-164.
- Váldez-Penagos, R. G., Juárez-Hernández, L. & Tobón, S. (2020). Diseño de una rúbrica analítica socio-formativa para evaluar la promoción de la salud bucal. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(3), 1-18.
- World Health Organization. (1998). Promoción de la Salud: Glosario.
- Zimmerman, M., Rappaport, J. (1988) "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment" en *American Journal of Community Psychology*, 16.
- Zimmerman, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport & Seidman, E. (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. Nueva York: Kluwer Academic Plenum. (p.43-64).



Universitat de Lleida
Càtedra Desenvolupament
d'Organitzacions i Territoris
Saludables (DOTS)



Diputació de Lleida