



Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Américas



Lecciones
de

15
estudios
de caso



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Este informe es fruto de una iniciativa de colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Agencia de Salud Pública de Canadá (ASPC), y fue contratado y financiado por la ASPC.



Facilitando el avance de la promoción de la salud en las Américas



Lecciones
de

15
estudios
de caso

Coordinación:

Sylvie Desjardins, *Agencia de Salud Pública de Canadá*

Revisión:

Marilyn Rice, *Organização Pan-Americana da Saúde*

Preparado por:

Maria Cristina Franceschini, *Organización Panamericana de la Salud*



Resumen ejecutivo

Los autores desean expresar su agradecimiento a las siguientes personas e instituciones que ayudaron a preparar los estudios de caso (en orden alfabético):



Brasil (Fortaleza): Maria Gabriela Curubeto Godoy



Brasil (Guarulhos): Douglas Brandalise, Emilia Broide, Jonas Dias, Paulo Fernando Capucci, Rosilda Mendes



Canadá: Katherine Minich, Suzanne Jackson



Costa Rica: Gerardo Galvis, Idalí Ledesman, Sandra Murillo, Xinia Bustamante, el equipo local de salud de la ciudad Neilly, Consejo de Seguridad Alimentaria de Corredores.



Guyana: Anthony Hunte, Dionne Broone, Juno Lawrence, Lucy Anderson, Lydia Indira Badal, Preeta Sajwack, Ministerio de Salud y Ministerio de Educación de Guyana



México: Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández, Sofía Cuevas



Paraguay: Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social



OPS/OMS: Sofialeticia Morales, Daniel Lee, Francisca Valenzuela



San Vicente y las Granadinas: Carrie Mathews, Juno Lawrence, Patsy Wyllie, Rosita Alexander-Snagg



Uruguay: Adriana Serra, Elena Garcia Martinez, Maria Isabel Ressio Charvet, Mariana Perera, Mario Gonzalez, Rosana Díaz Rus



Estados Unidos (Indiana): Alicia Chadwick, Helen W. Lands, Mary Beth Riner, Marty Rugh



Estados Unidos (Kansas): Jerry Schultz, Steve Fawcett, Vicki Collie-Akers



Resumen ejecutivo

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los países de las Américas, debido a las enormes variaciones sociales, económicas, políticas, climáticas y étnicas presentes en la región, es cómo reducir las desigualdades en el ámbito de la salud. A medida que el interés en la promoción de la salud (PS) ha crecido en todo el mundo, abordar su impacto en la salud de la población se ha convertido en una prioridad para muchos países. Como resultado de ello, se ha utilizado de forma creciente la PS como una estrategia central en iniciativas de desarrollo comunitario.

Desde 2007, el Grupo de Trabajo sobre la Eficacia de la Promoción de la Salud de la OPS ha elaborado la *Guía para documentar iniciativas de promoción de la salud* como recurso de apoyo a los países de las Américas en sus esfuerzos para documentar iniciativas de promoción de la salud. Este informe presenta un análisis de las principales lecciones aprendidas en 15 estudios de casos realizados con ayuda de la Guía. Identifica las características, problemáticas y temas que resultaron comunes en la implementación de programas e iniciativas de promoción de la salud realizados en distintos contextos sociales, culturales y económicos, con diferentes niveles de recursos y marcos político-administrativos complejos. El informe trata también de identificar y analizar los distintos mecanismos, procesos y herramientas utilizados en el marco de estas iniciativas para apoyar las



intervenciones de promoción de la salud. Se espera que este informe ayude a orientar las intervenciones futuras para implementar enfoques de promoción de la salud destinados a mejorar la calidad de vida de los habitantes de las Américas.

El examen de estos estudios de caso sugiere que no existe un conjunto único de características contextuales que sea absolutamente necesario para apoyar las intervenciones de PS. No obstante, ciertas características parecieron facilitar la concepción e implementación de estrategias (por ejemplo, trabajar con una comunidad organizada). El hecho de que no se dieran ciertos factores (como la existencia de un compromiso nacional o institucional con respecto a la promoción de la salud) podría verse compensado por la fuerte presencia de otros factores (como una participación pública continua y una amplia colaboración intersectorial a nivel local).

Los estudios de caso pusieron de relieve características clave del entorno político que desempeñaron un papel central en sus iniciativas. Entre ellas figuran: el tipo de liderazgo político existente en los principales niveles de gobierno; los sistemas y procesos políticos establecidos; las políticas clave (en el ámbito de la economía, educación, trabajo, vivienda, etc.); la existencia de iniciativas y marcos previos centrados en la promoción de la salud y sus temas conexos; la existencia de marcos políticos y jurídicos sólidos, sobre todo a nivel nacional; el nivel de fragmentación entre los proveedores de servicios y sectores; la escasa capacidad técnica en el campo de la PS del personal clave de las principales instituciones; la existencia de buenos modelos y experiencias; el nivel de organización y participación de la comunidad; la preexistencia de estructuras en la comunidad (como organizaciones comunitarias, comités, etc.); la existencia de redes nacionales sólidas; un contexto socioeconómico en evolución; políticas y estructuras institucionales; un cambio en las prioridades del gobierno y los organismos internacionales; las características de los países; la fortaleza y características de las redes sociales; las normas culturales y sociales; la presencia de personas

comprometidas y enérgicas; un compromiso pleno de las autoridades y responsables políticos locales; un crecimiento urbano rápido e imprevisto; la dependencia del sector público.

Los estudios de caso también pusieron claramente de relieve la importancia que reviste dar participación a las autoridades y responsables locales de elaborar políticas en las iniciativas de PS, aunque también demostraron la dificultad de mantener su responsabilización y participación a largo plazo. Otro elemento destacado fue el carácter fundamental de dar participación y empoderar a la comunidad a fin de planificar e implementar con éxito las iniciativas de PS, y asegurar su sostenibilidad. La participación facilitó un cambio de paradigma en la población (reconocimiento de los derechos a la salud y la calidad de vida; expectativas que pasaron de servicios de salud centrados en ofrecer tratamiento a modelos basados en la PS) y fomentó una mayor capacidad de análisis y diálogo críticos, mayor acceso a los servicios y eliminación de barreras.

La colaboración intersectorial que tuvo lugar a distintos niveles desempeñó un papel importante en todos los estudios de caso analizados. Se establecieron alianzas con una amplia gama de sectores y partes interesadas tales como gobiernos, proveedores de servicios de salud, ONG, organizaciones religiosas y comunitarias, entre otros. Asimismo se observaron algunas alianzas, aunque más débiles, con el sector privado. Algunos estudios de caso indicaron desafíos debidos a la estructura “compartmentalizada” de las organizaciones internacionales y de alto nivel de otro tipo, lo que dificultó responder a los problemas que estaban interrelacionados en el contexto comunitario. Los estudios de caso informaron asimismo de distintos intentos realizados para fortalecer y elaborar políticas públicas saludables con diferentes grados de éxito, mientras que otros dieron cuenta de los desafíos afrontados para elaborar políticas públicas saludables y sostenibles.

Entre los principales desafíos señalados figuran: las demoras causadas por las transiciones políticas y cambios constantes

de gobierno a distintos niveles; el alto índice de rotación del personal de instituciones clave; la falta de apoyo de partes interesadas fundamentales; la resistencia ofrecida por ciertas autoridades locales, personal de instituciones clave, gerentes de programas, consumidores y otros socios clave; la capacidad limitada para documentar, vigilar y evaluar las iniciativas de PS; el financiamiento limitado; las responsabilidades compartidas; y trabajar con instituciones con estructuras rígidas y burocráticas.

Entre las principales lecciones aprendidas gracias a estas experiencias se incluyen: la necesidad de establecer una coalición sólida entre todos los sectores de la sociedad para fortalecer y mantener las iniciativas de PS durante períodos de transición política; la importancia de trabajar con instituciones a fin de abrir vías de comunicación, examinar nuevos modos de colaboración intersectorial y regularizar procesos y metodologías en sus planes y programas de trabajo; la necesidad de mantener un liderazgo enérgico, constante y dinámico tanto de personas particulares como de instituciones a nivel local y nacional; la necesidad de promover la organización comunitaria, ofreciendo al mismo tiempo apoyo y orientación, y estableciendo vínculos con quienes realmente tienen autoridad decisoria en el gobierno local; la importancia de compartir responsabilidades a fin de establecer una colaboración intersectorial exitosa; las posibilidades de éxito de los procesos ascendentes a nivel local; la necesidad de invertir en la evaluación sistemática de las intervenciones de PS y promoverla; y la importancia de elaborar políticas que permitan mejorar la sostenibilidad e institucionalización de prácticas, métodos y estrategias de PS.

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

Acrónimos/Abreviaturas

ASPC	Agencia de Salud Pública de Canadá
DSS	Determinantes sociales de la salud
EPS	Escuelas Promotoras de la Salud
GdT	Grupo de Trabajo sobre la Evaluación de la Eficacia de la Promoción de la Salud de la OPS
MCS	Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables
MdE	Ministerio de Educación
MdS	Ministerio de Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PS	Promoción de la salud

Índice



Introduction	1
Presentación general de los estudios de caso	4
Principales componentes y mecanismos de la promoción de la salud	7
Principales desafíos y obstáculos para las intervenciones de PS	16
Principales lecciones	19
Conclusión	21
Referencias	23
Resúmenes breves de los estudios de caso	24



Introduction

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los países de las Américas debido a las enormes variaciones sociales, económicas, políticas, climáticas y étnicas presentes en la región es cómo reducir las desigualdades en el ámbito de la salud. Aunque durante los últimos años se han realizado importantes avances en numerosos países, las Américas sigue siendo una de las regiones con mayores desigualdades en cuanto a riqueza y salud.

A pesar de las pruebas que sugieren que las desigualdades en materia de salud son fruto de una distribución desigual de recursos, poder y oportunidades, la mayor parte de los recursos destinados a la salud en las Américas siguen invirtiéndose en los servicios de salud solamente. Las políticas e intervenciones en la región se han centrado tradicionalmente en prevenir y tratar las enfermedades, en lugar de promover factores que contribuyan a la salud y desarrollo, y a su mantenimiento. No obstante, a medida que el interés en la promoción de la salud (PS) ha crecido en todo el mundo, abordar su impacto en la salud de la población se ha convertido en una prioridad para muchos países. Como resultado de ello, la región de las Américas ha sido testigo en los últimos años de un incremento de las políticas y actividades que incorporan un enfoque de promoción de la salud y que reconocen, fortalecen y aprovechan las capacidades, activos y recursos de una población para mejorar su propia salud.



En las tres últimas décadas, la promoción de la salud se ha utilizado cada vez más como estrategia central en iniciativas de desarrollo comunitario, y gobiernos y organizaciones internacionales de todo el mundo han aumentado considerablemente sus inversiones en programas y políticas de promoción de la salud. El concepto de promoción de la salud ha evolucionado; mientras que en la década de 1970 estaba centrado en la prevención de enfermedades, ahora ha ampliado su dimensión a fin de incorporar a distintos sectores y partes interesadas, reforzar la necesidad de contar con políticas públicas saludables y crear entornos saludables. En los últimos años, se ha integrado el concepto de “determinantes sociales de la salud” (DSS) en la promoción de la salud, en respuesta a llamados mundiales que exigían cambios sociales, garantías más equitativas de salud y desarrollo, y la necesidad de invertir en el liderazgo y capacidades en materia de promoción de la salud, y fortalecerlos.

Al mismo tiempo, desde la década de 1980, los países de las Américas, sobre todo en las regiones de América Latina y el Caribe, han vivido importantes procesos de democratización y descentralización que han transformado considerablemente sus perfiles sociales, políticos, culturales y económicos. Estos procesos han dado lugar a una redistribución territorial del poder y los recursos mediante reformas político-administrativas y una mayor autonomía en materia de toma de decisiones y control de los recursos a nivel local. En consecuencia, se ha fortalecido enormemente el concepto de los gobiernos locales y regionales como facilitadores de la participación comunitaria y la movilización de recursos y capacidades locales. Para la década de 1990, la promoción de la salud se erigió como una importante estrategia en la región, con propuestas viables para responder a desafíos integrales de salud y desarrollo humano, teniendo en cuenta al mismo tiempo el complejo perfil de salud de sus distintos países.

Hoy en día, a pesar de que la promoción de la salud sea considerada como un enfoque exitoso para movilizar los esfuerzos

intersectoriales a fin de lograr metas de salud y mejorar la salud a nivel local, la base de datos y generalización de sus logros sigue sin estar clara. Los profesionales de la promoción de la salud han subrayado desde hace tiempo la necesidad de elaborar métodos, indicadores y marcos adecuados que permitan medir el cambio en contextos tan multifacéticos y en constante evolución, a fin de ayudar a los gobiernos, las autoridades decisorias y los responsables de elaborar políticas a comprender las ventajas de invertir en enfoques de promoción de la salud. Las intervenciones en el ámbito de la promoción de la salud suelen ser complejas, dependen del contexto, se producen a distintos niveles de toma de decisiones (local, subnacional y nacional) y en diversos entornos y grupos. Utilizan estrategias múltiples, a menudo son de amplio alcance, operan con plazos prorrogados, exigen numerosos recursos (Judd et al, 2001) y flexibilidad para adaptarse a un entorno en constante evolución. Las herramientas y metodologías de evaluación existentes no captan de forma adecuada los cambios en factores fundamentales de promoción de la salud, a menudo no se pueden aplicar en el contexto comunitario en que se llevan a cabo esas intervenciones y, en la mayoría de los casos, no permiten comprender mejor el efecto multiplicador de trabajar de forma coordinada con distintos niveles de toma de decisión e intervención.

La base de datos relativa a la promoción de la salud pone excesivo énfasis en información relacionada con los resultados sobre el estado de salud y cambio individual de comportamiento, en detrimento de pruebas relacionadas con el fortalecimiento de capacidades, la participación y empoderamiento de la comunidad, y las ventajas de abordar con un enfoque intersectorial los determinantes sociales de la salud más amplios. Este fenómeno puede hacer que las partes interesadas extraigan conclusiones inadecuadas con relación a la promoción de la salud como un enfoque viable para mejorar la salud de la comunidad y la población, y a la elaboración de políticas y programas basados en datos que definen a las comunidades y personas en términos negativos, ignorando en gran medida los

factores de promoción de la salud positivos existentes (Morgan y Ziglio, 2007).

En un intento para responder a esas lagunas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) estableció en 1999 un Grupo de Trabajo (GdT) sobre la Evaluación de la Eficacia de la Promoción de la Salud, integrado por expertos en evaluación de instituciones líderes en las Américas que trabajan en cuestiones relacionadas con la promoción de la salud, la evaluación y el desarrollo local. El GdT estaba formado por personas procedentes de los sectores gubernamental, no gubernamental y universitario de diversos países del hemisferio, entre otros, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Ecuador y Estados Unidos. A lo largo de los años, el GdT ha elaborado diversos materiales para ayudar a orientar los esfuerzos de evaluación de la PS y contribuir a la elaboración de mejores políticas y programas en materia de PS.

Desde 2007, el GdT de la OPS ha elaborado y puesto a prueba sobre el terreno la *Guía para documentar iniciativas de promoción de la salud de la OPS* como recurso para apoyar a los países de las Américas en sus esfuerzos para documentar sus iniciativas de promoción de la salud. Se espera que documentar numerosas experiencias del mismo modo, recopilando el mismo tipo de información que no suele ser recogida, ofrecerá la oportunidad de formular declaraciones colectivas acerca de la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud. Los miembros del Grupo de Trabajo de la OPS han puesto a prueba la Guía sobre el terreno en una amplia gama de contextos en las Américas, incluidos países de habla española, inglesa y portuguesa. Se espera que la aplicación de la Guía permita ampliar la información disponible sobre el proceso y los resultados e impacto logrados mediante iniciativas de promoción de la salud en la región. La aplicación de la Guía puede ofrecer también la oportunidad de compartir experiencias y formular recomendaciones sobre la mejor manera de agregar y analizar información sobre la promoción de la salud a fin de aplicar los resultados para mejorar las políticas y programas de la región en el ámbito de la promoción de la salud.

Este informe presenta un análisis de las principales enseñanzas extraídas de 15 estudios de caso durante la puesta a prueba sobre el terreno de la *Guía para documentar iniciativas de promoción de la salud de la OPS*. Más concretamente, identifica las características, problemáticas y temas que resultaron comunes en la implementación de programas e iniciativas de promoción de la salud realizados en distintos contextos sociales, culturales y económicos, con diferentes niveles de recursos y marcos político-administrativos complejos. El informe trata también de identificar y analizar los distintos mecanismos, procesos y herramientas utilizados en el marco de estas iniciativas para apoyar las intervenciones de promoción de la salud. Se espera que este informe ayude a orientar las intervenciones futuras para implementar enfoques de promoción de la salud destinados a mejorar la calidad de vida de los habitantes de las Américas.

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso



Presentación general de los estudios de caso

Se seleccionó un conjunto de 15 estudios de caso de un total de 17 estudios de caso realizados durante este esfuerzo. La selección se basó en la exhaustividad y utilidad de los datos proporcionados por cada estudio de caso. Los 15 estudios de caso representan una combinación de experiencias de países de ingresos altos, medianos y bajos de las Américas con una variedad de contextos sociales, económicos, culturales y políticos (véase la Tabla 1). Los estudios de caso se implementaron a diferentes niveles, nacional o local, y tuvieron como destinatarios una amplia gama de grupos de población. La mayoría de los estudios de caso se llevaron a cabo utilizando como entorno la comunidad o municipio, aunque también se incluyeron casos centrados en escuelas y lugares de trabajo. Los informes sobre el origen de las iniciativas (esto es, las razones por las que se puso en marcha la iniciativa) también fueron variados, incluyéndose entre los motivos los siguientes:

- El interés político en la problemática en cuestión fruto de la demanda popular, una reelección o la presión ejercida por la comunidad y organizaciones internacionales. Éste fue el caso de Guarulhos, en Brasil, donde la gran demanda de servicios de salud por parte de la población hizo que los candidatos políticos que



buscaban su reelección prestaran una atención renovada a las cuestiones de salud.

- 🍏 Problemas que afectan a un grupo de población particular o un entorno específico. Entre los ejemplos figuran la violencia y obesidad entre los niños en edad escolar (México), y las disparidades de salud documentadas entre las minorías (Ciudad de Kansas, Misuri, Estados Unidos).
- 🍏 Disponibilidad de fondos (gubernamentales o de otras organizaciones) para elaborar iniciativas centradas en un problema o grupo de población particular. La invitación de una organización a presentar propuestas a fin de que las comunidades participaran en una iniciativa a escala nacional para responder a las disparidades en el ámbito de la salud impulsó el establecimiento de la Coalición contra las Enfermedades Crónicas de la Ciudad de Kansas en Estados Unidos.
- 🍏 La respuesta a un evento o iniciativa a nivel nacional o regional actuó de catalizador para medidas tales como la creación de comités nacionales o la adopción de un compromiso formal a escala nacional. Por ejemplo, en Paraguay, se puso en marcha una iniciativa basada en un acuerdo entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud (MdS) para fortalecer los marcos políticos y jurídicos relacionados con la promoción de la salud y la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCS). En Canadá, la iniciativa para trabajar con la población inuit tuvo su origen en el establecimiento de una Comisión sobre Pueblos Aborígenes.
- 🍏 Por iniciativa de una organización o líder comunitario para generar acción o responder a una necesidad no satisfecha. Así ocurrió en Uruguay, país en el que un activista comunitario catalizó la acción para implementar políticas y medidas destinadas a promover lugares de trabajo sin humo de tabaco, y en Indiana (Estados Unidos), donde un grupo de organizaciones comunitarias aunaron sus esfuerzos para generar acción a fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad.
- 🍏 En respuesta a una necesidad no satisfecha. En Fortaleza, Brasil, una serie de organizaciones comunitarias se aunaron para prestar servicios a familias en riesgo que no recibían atención pública para satisfacer sus necesidades.

No obstante, el análisis de los estudios de caso presentó una serie de limitaciones importantes. Estos estudios de caso representaban a menudo la perspectiva de una persona o grupo de personas de un sector (por ejemplo, el Ministerio de Salud) que aplicaron la Guía. Habría sido interesante incluir la perspectiva de otros actores que participaron en las iniciativas. El tono de los estudios de caso a menudo fue positivo, más que crítico, sin existir la oportunidad de determinar si existían, de haberlos, puntos de vista opuestos. Cada estudio de caso fue realizado por un autor diferente, con la consiguiente variación en el modo de presentación de la información. Por otra parte, algunos estudios de caso tuvieron la ventaja de contar para su realización con la ayuda de un facilitador que había sido capacitado en la utilización de la Guía de la OPS, mientras que otros no tuvieron a su disposición ningún tipo de orientación o apoyo.

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

Tabla 1. **Panorámica de los estudios de caso**

Nombre de la iniciativa		País	Nivel de implementación	Entorno	Población/ grupos destinatarios
Iniciativa Comunitaria de Salud Mental		Brasil (Fortaleza)	Local	Comunidad	Población general
Salud Participativa		Brasil (Guarulhos)	Local	Comunidad	Población general
Inuit/Tutavringar		Canadá	Local	Comunidad	Población inuit
Rostros, Voces y Lugares		Costa Rica (Cantón de Corredores)	Local	Municipality	Población general
Programa de Escuelas Promotoras de la Salud		Guyana	Nacional	Escuelas	Niños en edad escolar
Escuelas Promotoras de la Salud		México	Nacional y local	Escuelas	Niños en edad escolar
Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables		Paraguay	Nacional	Municipios	Población general
Programa Nacional de Bienestar		San Vicente y las Granadinas	Nacional	Comunidad	Población general
Programa de Ayuda a Domicilio para Ancianos		San Vicente y las Granadinas	Nacional	Comunidad	Ancianos
Detección Oportuna del Cáncer de Mama		Uruguay	Local	Comunidad	Mujeres
Promoción de la Salud Cardiovascular		Uruguay	Local	Comunidad	Población general
Iniciativa de Edificios Libres de Humo de Tabaco		Uruguay	Local	Lugares de trabajo	Personal y visitantes
Lugares de Trabajo Libres de Humo de Tabaco		Uruguay	Local	Lugares de trabajo	Personal y visitantes
Iniciativa para la Calidad de Vida de Crooked Creek		Estados Unidos (Indiana)	Local	Comunidad	Población general
Coalición contra las Enfermedades Crónicas de la Ciudad de Kansas		Estados Unidos (Kansas)	Local	Comunidad	Población de origen latino y africano



Principales componentes y mecanismos de la promoción de la salud

La importancia del contexto

Está ampliamente reconocido que el contexto es una dimensión fundamental de la práctica y evaluación de la promoción de la salud (Polonia, Frohlich, Cargo, 2008). Un contexto específico podría posibilitar una acción considerable en materia de promoción de la salud que en un contexto o momento diferente podría fracasar. No obstante, habida cuenta de las complejidades que entraña determinar y evaluar los factores contextuales, la concepción o evaluación de la mayoría de los programas de promoción de la salud no integran de forma sistemática o no tienen debidamente en cuenta dichos factores contextuales. Existen preguntas acerca de los marcos teóricos y metodológicos que se deberían utilizar para comprender la importancia del contexto en los programas y políticas de PS, y los profesionales en la materia declaran no tener el tiempo ni las competencias necesarias para documentarlos de forma empírica. Dada la importancia central del contexto para reenmarcar mejor los programas y políticas de PS, la Guía para documentar iniciativas de PS de la OPS centró su atención



principalmente en determinar los factores más importantes asociados con la implementación de los estudios de caso examinados durante este esfuerzo. Los estudios de caso describían una amplia gama de iniciativas a escala local, regional y nacional en un abanico de contextos políticos, sociales y económicos. En cada iniciativa, el contexto creó el escenario en el que se iniciaron y llevaron a cabo las medidas de PS. El éxito de las distintas herramientas y/o metodologías utilizadas en el marco de estas iniciativas dependió en gran medida de su contexto de implementación.

Los estudios de caso pusieron de relieve ciertas características clave del entorno político que desempeñaron un papel central en sus iniciativas. Entre ellas figuraban: el tipo de liderazgo político existente en los principales niveles de gobierno; los sistemas y procesos políticos establecidos; las políticas clave (en el ámbito de la economía, educación, trabajo, vivienda, etc.), y la existencia de iniciativas y marcos previos centrados en la promoción de la salud y sus temas conexos como los DSS, el trabajo intersectorial, etc. Por ejemplo, en Paraguay, los procesos de descentralización y la reestructuración de los servicios de salud a nivel nacional ofrecieron la oportunidad de emprender acciones para mejorar la salud a nivel local, lo que a su vez llevó a la puesta en marcha exitosa de la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables en municipios de todo el país. En Uruguay, un cambio de paradigma ocurrido dentro del sector de la salud para pasar de un enfoque orientado al tratamiento a la adopción de una perspectiva de promoción de la salud creó la oportunidad de establecer nuevos programas y políticas, lo que permitió aumentar el financiamiento y recursos disponibles, e impulsó acciones para llevar a cabo iniciativas de PS por todo el país.

Algunos otros factores micro y macrocontextuales descritos en los estudios de caso son:

- La existencia de marcos políticos y jurídicos sólidos, sobre todo a nivel nacional, facilitó enormemente la planificación, implementación y sostenibilidad de programas de PS. Así ocurrió, por ejemplo, en Paraguay,

donde la existencia de marcos, estrategias y normas operacionales bien definidos procedentes del Ministerio de Salud ayudó a orientar y facilitar la elaboración de actividades concretas y continuas a nivel local. En México, el hecho de que se integraran las iniciativas de MCS y Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) en las estrategias de salud pública de la Secretaría de Salud poniendo énfasis en los municipios como entorno estratégico para las acciones de PS, ayudó a que las iniciativas se centraran en grupos de población marginada y vulnerable, y a encauzar los recursos, conocimientos y servicios a esos grupos y lugares. Como resultado de ello, algunas de las escuelas que participaron en la iniciativa fueron certificadas como Escuelas Saludables en el marco del programa de la Secretaría de Salud, lo que fortaleció el vínculo entre los servicios de salud y las escuelas.

- El nivel de fragmentación entre los proveedores de servicio y sectores, junto con las escasas capacidades técnicas en PS del personal clave de las principales instituciones, fue un obstáculo importante en muchas de estas iniciativas, sobre todo a la hora de documentar y evaluar de forma adecuada sus esfuerzos.
- Fue importante contar con buenos modelos y experiencias en los que basar las iniciativas. La experiencia de Brasil demostró que trabajar con una comunidad que tenía experiencia en enfoques participativos facilitó enormemente la implementación de la iniciativa "Salud Participativa". El estudio de caso reveló que debido a su organización y a una cultura de empoderamiento y participación, la comunidad fue capaz de participar de forma plena y activa, y contribuir a todas las etapas de la iniciativa. En Paraguay, la existencia de una experiencia de PS bien documentada y exitosa en el municipio de Atyrá facilitó y fomentó su reproducción en otros municipios.
- El nivel de organización y compromiso de la comunidad fue fundamental a la hora de determinar la calidad de la participación en la iniciativa. En Costa Rica, iniciativas implementadas anteriormente para promover al desarrollo sostenible han contribuido a fortalecer la organización y empoderamiento comunitarios. Como resultado de ello, la comunidad conocía las herramientas de gestión y era capaz de organizar e implementar proyectos comunitarios. Además,

las estructuras que ya existían previamente en la comunidad (tales como organizaciones comunitarias, comités, etc.) fueron consideradas como un factor que facilitó la planificación e implementación de iniciativas de PS.

- La existencia de redes nacionales sólidas (como la de MCS) ofreció un apoyo y liderazgo importantes a iniciativas emprendidas a escala local. Así ocurrió en Paraguay, donde el establecimiento de una Red Nacional de MCS ayudó a orientar la elaboración de estrategias y planes de acción a nivel local.
- Un contexto socioeconómico en evolución puede afectar las iniciativas de PS en distintas etapas y exigir la revisión y adaptación constantes de estrategias, actividades y el uso de recursos. En Uruguay y Paraguay, por ejemplo, la reciente crisis económica provocó un aumento de la pobreza y el incremento de los servicios y programas ofrecidos por las iniciativas.
- Las políticas y estructuras institucionales repercutieron en la implementación de iniciativas de PS. En Guyana, las dificultades experimentadas para coordinar actividades entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación llevaron a la creación de una unidad de salud escolar encargada de coordinar actividades dentro de cada ministerio e intercambiar información con el otro ministerio a través de un pequeño comité.
- Las prioridades cambiantes de los gobiernos y otros organismos afectaron el acceso al financiamiento e influyeron en las políticas y programas nacionales y locales. Esta situación repercutió de forma negativa en la experiencia con la iniciativa de MCS en Paraguay, al reorientar los socios clave de la iniciativa sus acciones hacia otras cuestiones e iniciativas. En México, los socios nacionales que habían apoyado inicialmente la iniciativa limitaron su financiamiento destinado a iniciativas de PS en los años siguientes, lo que creó problemas de continuidad para las actividades y el apoyo al trabajo de los equipos de investigación participantes en la iniciativa. En Canadá, el cambio de gobierno hizo que surgieran preguntas acerca de la renovación de los fondos.
- Las características del país, su sociedad y su población, afectaron los programas de PS de forma diferente. Por ejemplo, en países

pequeños como San Vicente y las Granadinas, fue más fácil implementar programas puesto que era posible simplificar las actividades. Otros países como Canadá, señalaron dificultades para llegar a ciertos grupos de población como los Inuit que viven en lugares remotos y de difícil acceso. En Guyana, fue necesario prestar más atención a trabajar con regiones de acceso difícil y lugares remotos a los que el personal clave se mostró reacio a desplazarse por no existir en ellos alojamiento adecuado.

- La solidez y naturaleza de las redes sociales existentes contribuyó al éxito de algunas iniciativas. En México, el nivel de cohesión social observado en una comunidad particular fue descrito como el factor que determinó el éxito de la iniciativa implementada en un entorno escolar. Cuando se implementó esa misma iniciativa en escuelas de otras comunidades que presentaban menor cohesión, no se lograron los mismos resultados. En la Ciudad de Kansas, en Estados Unidos, la amplia red social de la persona contratada como gerente del programa ayudó a conectar la iniciativa con grupos y organizaciones locales activos que se convirtieron en uno de los elementos centrales de la estrategia implementada.
- Fue necesario tener en cuenta las normas culturales y sociales durante la planificación e implementación de las actividades. En San Vicente y las Granadinas, la iniciativa para mejorar la atención domiciliaria a ancianos se vio obligada a adaptar sus estrategias y actividades debido al hecho de que, por lo general, no se esperaba de los hombres que participaran en actividades como ayudar en la prestación de cuidados a ancianos.
- Algunos estudios de caso indicaron que dar participación a personas comprometidas y enérgicas fue un elemento decisivo. Estas personas fueron capaces de movilizar a socios y recursos, sensibilizar sobre cuestiones importantes y promover su causa, y mantener el impulso de la iniciativa en los momentos difíciles.
- Muchos de los estudios de caso pusieron de relieve la importancia de contar con el pleno compromiso de las autoridades y responsables políticos locales en iniciativas de PS. Su participación y compromiso fue un factor importante para determinar el éxito y sostenibilidad de varias de las iniciativas

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

examinadas en los estudios de caso. Este punto se analizará más en detalle en la siguiente sección.

- El crecimiento urbano rápido y no planificado relacionado con la migración desde las áreas rurales planteó un desafío constante en el estudio de caso de Fortaleza, en Brasil. Por lo general, la población que llegaba a los centros urbanos era pobre y más vulnerable a los problemas sociales (prostitución, tráfico de drogas, etc.) y otros problemas relacionados con la ruptura repentina en su modo de vida, valores y tradiciones.
- La dependencia del sector público creó una serie de desafíos y expectativas poco realistas en la población destinataria. En el caso de Fortaleza, Brasil, si bien los programas nacionales complementaron los ingresos de familias pobres muy necesitadas, el estudio de caso hizo hincapié en la importancia de fortalecer las capacidades de la población a fin de reducir su dependencia de dichos programas y posibilitar su reincorporación a las redes productivas.

El examen de estos estudios de caso sugiere que no existe un conjunto único de características contextuales que sea absolutamente necesario para apoyar las intervenciones de PS. No obstante, ciertas características parecen facilitar la creación e implementación de estrategias (por ejemplo, trabajar con una comunidad organizada). El hecho de que no se dieran ciertos factores (como la existencia de un compromiso nacional o institucional con respecto a la promoción de la salud) podría verse compensado por la fuerte presencia de otros factores (como una participación pública continua y una amplia colaboración intersectorial a nivel local).

Los estudios de caso también pusieron de relieve la existencia de graves dificultades para documentar los factores contextuales y una mala comprensión de la importancia del contexto y su impacto en iniciativas de PS. La falta de indicadores apropiados o de orientación sobre qué documentar en cuanto al contexto, también constituyó un obstáculo considerable. Debido en parte a estas dificultades, resultó imposible extraer conclusiones acerca de la influencia del contexto en las iniciativas y viceversa, y

comparar y analizar los factores contextuales entre los distintos estudios de caso.

La importancia del nivel local

Diversas experiencias de las dos últimas décadas en la región de las Américas demuestran que el nivel local, representado por los gobiernos regionales o locales, desempeña un papel fundamental en la implementación exitosa de intervenciones de PS, sobre todo cuando se movilizan y fortalecen otros activos presentes a nivel local (comunidad, personas, medio ambiente, etc.). Las autoridades locales tienen la responsabilidad de establecer políticas para un territorio y población específicos (OPS/OMS, 1999) y, por consiguiente, tienen una mayor capacidad de movilizar e integrar la acción de los distintos sectores y actores presentes a nivel local. Además, pueden otorgar prioridad a la salud en sus programas políticos, y cuentan con una posición estratégica para adaptar mejor los programas y políticas de salud al contexto social, cultural y étnico de sus comunidades.

Los gobiernos y comunidades locales en las Américas han demostrado de forma creciente una mayor motivación y compromiso social, político y técnico con iniciativas destinadas a promover el desarrollo local sostenible y mejorar las condiciones de vida de su población, sobre todo las que utilizan la capacidad, recursos y potencial comunitarios, fomentan la autosuficiencia, mejoran las capacidades para hacer frente a las dificultades y aumentan la autoestima de las personas y la comunidad. La experiencia indica que la descentralización del poder de decisión a nivel local y el reparto de poderes, responsabilidades, conocimientos y recursos para implementar y consolidar programas de PS, es una estrategia de salud pública eficaz y sostenible.

Los estudios de caso aquí presentados ponen fuertemente de relieve la importancia de involucrar a las autoridades y responsables políticos locales en todas las etapas de la iniciativa. Según la experiencia de Guarulhos,

en Brasil, la participación y compromiso del alcalde de la ciudad en todas las etapas de la iniciativa y en las reuniones regionales facilitó la transformación del “Proyecto de Salud Participativa” en una herramienta de gestión multidisciplinaria para la planificación y evaluación de la salud en el municipio. En esa misma experiencia, la participación activa de autoridades electas en foros públicos dio lugar a la elaboración de una serie de políticas públicas saludables. El proyecto tiene prioridad en el programa de salud pública del municipio y durante las asambleas públicas (consultas con la comunidad para definir prioridades), todo el personal, autoridades locales y miembros de los comités de salud municipales son dispensados de sus otras funciones a fin de poder participar plenamente en el proceso.

En Paraguay, la estrategia de MCS contribuyó a reposicionar a las autoridades locales en sus comunidades y conectarlas con iniciativas y organizaciones nacionales e internacionales (mediante la participación en reuniones y el intercambio de experiencias), aumentando su credibilidad entre la población y mejorando sus capacidades técnicas y de gestión. En Costa Rica, la participación activa de la comunidad en la iniciativa ha dado lugar a un mayor compromiso por parte del alcalde y el MdS con la iniciativa. Como resultado de ello, se ha creado una oficina dentro de la estructura del municipio a fin de administrar la iniciativa, estableciendo una relación directa entre los representantes comunitarios, las autoridades locales y la iniciativa. Los estudios de caso, sin embargo, pusieron de manifiesto la dificultad de mantener la responsabilización y participación de las autoridades locales a largo plazo.

Un hecho destacado en los estudios de caso fue la importancia de la participación de las autoridades locales o sus representantes en comités y reuniones, puesto que permitió establecer una conexión más estrecha entre el municipio y los problemas expresados por la comunidad, presionando esta última a las autoridades locales a realizar compromisos claros. En México, la iniciativa logró obtener el compromiso de las autoridades locales a fin de elaborar políticas y reglamentos para

controlar la venta de alimentos dentro de las escuelas y en sus proximidades. No obstante, en esa misma iniciativa se señalaron ciertas dificultades a la hora de involucrar a las autoridades a nivel estatal y hacerles asumir su parte de responsabilidad en el mantenimiento de esas políticas y reglamentos de cara al futuro.

Empoderamiento y participación de la comunidad

Todos los estudios de caso pusieron énfasis en el carácter fundamental de dar participación y empoderar a la comunidad a fin de planificar e implementar con éxito las iniciativas de PS y asegurar su sostenibilidad. Numerosos estudios de caso revelaron que la participación dio lugar a una responsabilidad compartida y un cambio de actitud en la comunidad que, en lugar de simplemente expresar sus exigencias, pasó a ejercer un mayor liderazgo y participar de forma más activa en la búsqueda de soluciones a las causas subyacentes, la promoción del desarrollo local y el establecimiento de políticas públicas. La participación facilitó un cambio de paradigma en la población (reconocimiento de los derechos a la salud y la calidad de vida; expectativas que pasaron de servicios de salud centrados en ofrecer tratamiento a modelos basados en la PS) y fomentó una mayor capacidad de análisis y diálogo críticos, mayor acceso a los servicios y eliminación de barreras.

La experiencia de Guarulhos, en Brasil, puso de manifiesto la importancia de utilizar diferentes enfoques participativos de forma simultánea (como la presupuestación participativa) y la creación de una base de datos que recoja lo que la población espera obtener como base para la planificación de las intervenciones en el ámbito de la salud. Según este estudio de caso, la participación “creó un proceso irreversible e independiente de empoderamiento que permitió proteger la independencia de la iniciativa de cambios políticos”. Los estudios de caso describieron que, con el tiempo, los Consejos de Gestión de

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

Salud establecidos en el marco de la iniciativa evolucionaron y pasaron de discutir quejas a debatir cuestiones relacionadas con políticas públicas saludables. Este hecho, a su vez, dio lugar a la adopción por parte de los Consejos de decisiones más enérgicas y autónomas. La apropiación popular de las cuestiones de salud promovió también un nuevo comportamiento entre la población, que pasó de simplemente exigir servicios a demostrar una mejor comprensión de cómo funcionan los sistemas y proponer ideas viables. Por ejemplo, la comunidad entiende ahora la lógica subyacente a la prestación de servicios en establecimientos de salud más pequeños, en lugar de centrar los esfuerzos en aumentar el número de grandes hospitales para atender a la población.

En Paraguay, trabajar en cooperación con la comunidad ayudó a identificar los problemas considerados más importantes por la población, lo que permitió cambiar la planificación de la iniciativa a fin de tener en cuenta esos problemas. A largo plazo, también ayudó a la comunidad a intervenir en la elaboración de políticas públicas que afectaban su calidad de vida. El estudio de caso describió un cambio percibido en la evolución de la participación, con un incremento del papel protagonista desempeñado por los miembros y organizaciones de la comunidad, que asumieron el liderazgo de diversas intervenciones. Se estableció un diálogo decisivo con actores locales para buscar soluciones adecuadas a los problemas críticos. La participación en la iniciativa también contribuyó al cambio de actitud de la población que pasó de esperar la intervención paternalista del estado a reconocer sus derechos a la salud y sus responsabilidades en la creación y mantenimiento de su propia salud.

En Guyana y Uruguay, las iniciativas permitieron reducir el aislamiento de ciertos grupos como los ancianos, alentando su participación e implicación activas. En Tala, Uruguay, este hecho dio lugar al auge de una serie de nuevos líderes comunitarios en distintos grupos de población. En Guarulhos, Brasil, la iniciativa ayudó a identificar y

formar a líderes dentro de la población y trabajadores de la salud, y, como resultado de ello, la mayoría de los nuevos líderes fueron elegidos para formar parte de los consejos y comités municipales o para asistir a eventos y conferencias oficiales.

La participación comunitaria fue también clave para movilizar y cambiar el papel de las mujeres en algunos de los países. En Costa Rica, las mujeres contribuyeron enormemente a sensibilizar y movilizar a los hombres y familias para que participaran de forma activa en el proceso de promoción de la salud. En México, un grupo de madres formó un comité de salud para hacer un seguimiento de los niños remitidos como pacientes al centro de salud comunitario, y se involucraron de forma activa en la difusión de información de salud en las escuelas. Los estudios de caso señalaron que la participación activa de las mujeres en estas iniciativas les permitió desarrollar un papel de liderazgo tradicionalmente desempeñado por los hombres; lograron de ese modo una mayor autosuficiencia e influencia en la comunidad. Gracias a estos procesos, las mujeres se transformaron en agentes de cambio en sus propias comunidades, convirtiéndose en un elemento integral para la sostenibilidad de las iniciativas.

Aunque la mayoría de los estudios de caso describieron el uso de enfoques participativos con distintos grados de implementación durante las diferentes etapas de las iniciativas, muchos de ellos señalaron dificultades para mantener la participación más allá de la etapa de planificación. Algunos estudios también indicaron dificultades para involucrar a los grupos de población más pobres y vulnerables que estaban “ocupados con su propia supervivencia”.

Colaboración intersectorial

La colaboración intersectorial que tuvo lugar a distintos niveles desempeñó un papel importante en todos los estudios de caso examinados. Se establecieron alianzas con una amplia gama de sectores y partes interesadas, entre otros, gobiernos, proveedores de

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

servicios de salud, ONG y organizaciones religiosas y comunitarias. Asimismo, se informó de la existencia de algunas alianzas, aunque más débiles, con el sector privado. La participación de grupos clave a menudo se produjo a través de juntas directivas o comités, y mediante la inclusión de representantes de las principales partes interesadas (iglesias, personal escolar, etc.).

El apoyo de la OPS/OMS y otros organismos internacionales a la iniciativa fue considerado como decisivo para catalizar y mantener la acción y participación de los socios. En Costa Rica, el apoyo de estas organizaciones a la iniciativa a nivel nacional ayudó a suscitar el interés de otras organizaciones e iniciativas, y a llamar la atención sobre los problemas en cuestión y municipios que formaban parte de la iniciativa de PS. No obstante, algunos estudios de caso indicaron desafíos debidos a la estructura “compartimentalizada” de las organizaciones internacionales y de alto nivel de otro tipo, lo que les dificultó responder a los problemas que estaban interrelacionados en el contexto comunitario.

La participación de las partes interesadas en los estudios de caso fue considerada como un elemento positivo aunque también, en ocasiones, como un desafío. Si bien fue habitual contar con la participación de distintos sectores en la etapa de planificación de las iniciativas, resultó difícil mantener su colaboración más allá de la fase inicial. Aparte de su contribución en las etapas iniciales de una iniciativa, era importante para los socios reevaluar y adaptar sus papeles continuamente, poder determinar las ventajas a corto, mediano y largo plazo relacionadas con su participación, y ser capaces de participar en las decisiones acerca de estrategias y posibilidades de intervención adecuadas. En Guyana, la falta de un acuerdo formal entre las partes interesadas pertinentes socavó la eficacia y sostenibilidad de su participación. Fue importante identificar responsabilidades específicas para cada parte interesada y establecer un programa y presupuesto intersectorial que incluyera los gastos reales y el valor agregado de

otros socios. En Guyana, la colaboración intersectorial se aseguró también mediante el establecimiento de Términos de Referencia y Memorandos de Entendimiento formales.

Contar con objetivos, una misión, una visión y resultados previstos bien definidos que establecieran un vínculo con los intereses y mandatos de cada socio facilitó su integración en la iniciativa y mejoró la funcionalidad de la colaboración intersectorial. La elaboración de un estudio preliminar que pusiera de relieve los indicadores pertinentes de los determinantes sociales y de salud (alfabetización, vivienda, agua, saneamiento, etc.) ayudó a captar el interés de una amplia gama de actores y a concientizar sobre el impacto que tienen en la salud las intervenciones de otros sectores. Asimismo, ayudó a dirigir e implementar acciones y estrategias de forma coordinada a fin de maximizar el uso de los recursos. En Tala, Uruguay, la colaboración intersectorial activa ayudó a elaborar una estrategia central que integró proyectos e iniciativas dirigidas por otros sectores participantes.

Muchos de los estudios de caso describieron el modo en que el sector de la salud asumió el liderazgo en la coordinación del trabajo. Los Ministerios de Salud y sus secretarías municipales desempeñaron un papel técnico y administrativo integrador, movilizándolo a socios y recursos, facilitando la participación comunitaria y desarrollando las capacidades y competencias de otras partes interesadas involucradas. Esta situación fue justificada en algunos casos por el hecho de que el sector de la salud podría proporcionar las razones teóricas y el marco que demostraban las influencias complejas en la salud de la población de una amplia gama de factores.

Un elemento importante en las iniciativas era que tuvieran en cuenta el tiempo, recursos, conocimientos y competencias necesarias para una colaboración intersectorial eficaz en la promoción de la salud. La resistencia por parte del personal de instituciones clave fue habitual y se debió principalmente a una falta de comprensión del concepto y las ventajas de la promoción de la salud y sus mecanismos centrales, tales como la

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

participación comunitaria. Las burocracias institucionales y estructuras rígidas limitaron el tipo de acciones que podrían emprenderse y restringieron la asignación de los recursos. No obstante, dedicándoseles el tiempo y atención necesarios, fue posible superar estas dificultades. En México, por ejemplo, la implementación de una iniciativa que propuso un enfoque holístico para las cuestiones de salud fue acogida con reticencia y requirió tiempo y esfuerzos de defensa de la iniciativa para que fuera aceptada. No obstante, permitió abrir nuevas líneas de investigación relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables dentro de la institución encargada de la iniciativa, lo que a su vez dio lugar a la creación de un grupo de investigación más amplio dentro de la institución para investigar otras cuestiones relacionadas.

Políticas públicas saludables

Las iniciativas de PS analizadas en este documento dieron cuenta de diversos intentos para fortalecer y crear políticas públicas saludables con distintos grados de éxito. En Guyana, por ejemplo, se elaboraron políticas a nivel nacional para apoyar la promoción de la salud en las escuelas, incluidas, entre otras, políticas relacionadas con la salud escolar, la nutrición y el VIH/SIDA. Las necesidades del Programa de Detección de Problemas de la Vista, uno de los diversos programas establecidos en el marco de la iniciativa, dieron lugar a la creación de un puesto en el Ministerio de Educación para ampliar y mejorar los servicios de salud ofrecidos a las escuelas en Guyana. La iniciativa también llevó a la creación de una Unidad de Salud Escolar dentro del MdS y el MdE para apoyar la elaboración de protocolos a fin de asegurar el cumplimiento de las actividades. Cada ministerio debía proporcionar fondos para su área de responsabilidad (presupuestos de programas cruzados). La experiencia de México permitió promover legislación sobre espacios con prohibición de fumar y ha establecido un vínculo con secretarías de salud municipales para elaborar una política

que reglamente la venta de alimentos en las escuelas y sus proximidades. No obstante, esta última iniciativa ha tropezado con numerosos obstáculos. En Rivera, Uruguay, gracias a la iniciativa de un organizador comunitario, se creó un grupo de trabajo para elaborar una política de ambientes laborales libres de humo de tabaco en la Intendencia Municipal de la ciudad. La política fue aprobada e implementada, lo que convirtió al municipio de Rivera en el primero 100% libre de humo de tabaco del país.

Otros estudios de caso informaron de los desafíos encontrados para elaborar políticas públicas saludables y sostenibles. La experiencia de Paraguay describió que, aunque la iniciativa pudo influir en cierto modo en las políticas a nivel local, carecía de sostenibilidad debido a los constantes cambios políticos y estructurales en las principales instituciones públicas, lo que a su vez provocó demoras o la terminación de iniciativas y procesos. Costa Rica describió una experiencia similar e hizo hincapié en la necesidad de elaborar un marco jurídico para la promoción de la salud en el Ministerio de Salud y de Educación que fuera independiente de los cambios continuos en el escenario político y que garantizara el compromiso de otros sectores para colaborar en los esfuerzos de PS.

Sostenibilidad

En los estudios de caso se describieron una serie de cuestiones que facilitaron o dificultaron la sostenibilidad de las iniciativas:

- 🍌 En la experiencia de Guarulhos, Brasil, se puso énfasis en la importancia de la participación y empoderamiento comunitarios eficaces como mecanismo central para promover la sostenibilidad. De acuerdo con ese estudio de caso, gracias a la participación activa de la comunidad, “el proyecto adquirió un carácter irreversible y permanente en la esfera social”, y como resultado de ello, logró asegurar su “independencia de cualquier estrategia, política o gestión gubernamental”.
- 🍌 Las experiencias en Brasil (Guarulhos), Guyana y Estados Unidos (Indiana) indicaron la importancia de crear estructuras permanentes (unidades dentro de las instituciones, dotación

de puestos de personal, etc.) relacionadas con el proyecto para ayudar a garantizar su continuación, institucionalización y sostenibilidad. En el caso de Indiana, Estados Unidos, por ejemplo, la coalición inicial establecida para promover la acción comunitaria se transformó posteriormente en una corporación de desarrollo sin fines de lucro, capaz de atraer recursos públicos para viviendas asequibles en la comunidad de Crooked Creek.

- 🍏 En Paraguay, el compromiso de la comunidad y del personal técnico de la iniciativa fueron señalados como factores que tuvieron un efecto positivo en la sostenibilidad. No obstante, ese compromiso se vio eclipsado por la falta de apoyo político de los niveles superiores.
- 🍏 Contar con una base amplia y sólida de socios involucrados en la iniciativa a nivel local y nacional también mejoró la sostenibilidad y continuidad de las actividades durante períodos de transición política.

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso



Principales desafíos y obstáculos para las intervenciones de PS

Uno de los principales desafíos a los que se enfrentaron las iniciativas de PS analizadas fue la demora y ruptura causadas por los períodos de transición política (elecciones) y los cambios constantes de gobierno a distintos niveles. Estos períodos de transición causaron importantes demoras debido a la necesidad de reorientar a nuevas autoridades y miembros clave del personal, garantizar su apoyo a las iniciativas y reconfirmar las alianzas y compromisos realizados por las administraciones anteriores. Esos períodos de transición política también provocaron incertidumbre entre otros socios clave acerca de la continuidad y apoyo a la iniciativa.

El alto índice de rotación de personal en instituciones clave dificultó la continuidad de las actividades y la eficacia de la colaboración intersectorial. Estos cambios exigieron la reestructuración de los planes de trabajo y causaron demoras al ser necesario integrar a nuevas personas en las iniciativas y ponerlas al día de sus actividades y socios. Paraguay señaló graves demoras causadas por los cambios de personal en instituciones públicas clave debido al retiro o rotación de los empleados. En Guyana, un cambio en el punto central de la iniciativa en el MdS hizo que el cargo permaneciera vacante durante un largo período de tiempo y que esa institución se



retirara temporalmente de las actividades. No obstante, tal como se observa en el estudio de caso en Kansas, Estados Unidos, los cambios del personal clave también pueden ser positivos y dar lugar a una mayor participación de los comités y ofrecer una orientación renovada a la iniciativa y su personal.

La falta de apoyo de partes interesadas fundamentales tales como las autoridades municipales o personal clave de instituciones públicas puede impedir o aislar el avance de la iniciativa. En México, la falta de vínculos entre la Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud y otras organizaciones o actores comunitarios constituyó una grave limitación, puesto que creó dificultades para promover cambios ambientales de mayor alcance fuera del entorno escolar. Como resultado de ello, el estudio de caso señaló que los nuevos conocimientos y competencias enseñados en las escuelas no llevaron a una mejora de los comportamientos fuera de las escuelas. En Costa Rica, la inconstancia en la participación de algunas instituciones hizo que las personas e instituciones desarrollaran un bajo nivel de compromiso y que se efectuara un escaso seguimiento de las actividades en la comunidad.

Los estudios de caso pusieron de relieve la resistencia ejercida por autoridades locales, personal de instituciones clave, gerentes de programa, consumidores y otros socios clave. En la experiencia de Guarulhos, Brasil, la mayoría de los obstáculos se dieron a nivel interno, entre los usuarios y gerentes de programas. En la experiencia de Kansas, Estados Unidos, se señaló un alto nivel de resistencia a la participación en el programa de los indios americanos, que eran uno de los grupos de población beneficiarios. En la mayoría de los casos, esa resistencia estaba relacionada con una falta de comprensión de la promoción de la salud y sus ventajas, escepticismo acerca de los enfoques participativos y una comprensión limitada de la relación entre las acciones de otros sectores y la salud. La elaboración de un estudio preliminar para poner de relieve los determinantes de la salud más pertinentes (vivienda, alfabetización, etc.) se señaló como una herramienta útil a fin de vincular los

mandatos de sectores y autoridades locales con las cuestiones abordadas por la iniciativa. Asimismo, se puso también de relieve la promoción activa de la integración cultural entre grupos raciales, étnicos y de diferentes edades como elemento central para reducir la resistencia entre grupos clave de beneficiarios.

Un gran número de casos indicaron dificultades a la hora de documentar, controlar y evaluar las iniciativas de PS. La capacidad técnica para documentar las intervenciones de PS era limitada, sobre todo respecto a las cuestiones relativas a los contextos; en otros estudios de caso se señaló el desafío de reconstruir cambios ocurridos con el paso del tiempo debido a los cambios/indisponibilidad de los actores participantes en la iniciativa, y se puso de relieve la necesidad de planificar y empezar a documentar las iniciativas de PS desde el principio, de modo que se tengan en cuenta todos los elementos de la PS. Las iniciativas que documentaron y evaluaron en cierta medida sus esfuerzos plantearon preguntas acerca de cómo correlacionar adecuadamente la contribución de la iniciativa a los cambios observados en la comunidad, organizaciones, comportamientos y resultados en el ámbito de la salud.

Las limitaciones financieras parecieron constituir un importante obstáculo en la mayoría de las iniciativas; era necesario buscar fondos continuamente. No obstante, las iniciativas dieron cuenta de una ausencia general de competencias para redactar solicitudes de subvención y recaudar fondos. Encontrar fondos suficientes y mantener la operatividad de los programas es una inquietud constante. Algunas iniciativas señalaron que a medida que las comunidades y grupos comprendieron sus derechos, recibieron influencia externa y tomaron conciencia de las posibilidades futuras o de sus problemas actuales, las demandas y expectativas en cuanto a servicios y programas aumentaron y resultó más difícil responder a todas las necesidades expresadas (como incrementar la frecuencia de evaluaciones o servicios de salud, educación continua permanente, etc.). El uso de minisubvenciones exigió también cumplir con complicados requisitos gubernamentales y de gestión

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

financiera interna, lo que provocó tensiones en las relaciones entre las organizaciones participantes.

Todos los países indicaron que el proceso de PS era largo y tomaba mucho tiempo. Exigía reunir y garantizar la aceptación por parte de personas de distintos orígenes y sectores, y con diversos intereses, que aportaban su propia gama de perspectivas y paradigmas. A menudo representaban instituciones y organizaciones con estructuras y culturas de trabajo rígidas y burocráticas. Respetar el tiempo necesario para lograr esta aceptación en las instituciones públicas y entre su personal fue fundamental para establecer programas que respondieran a las expectativas de las comunidades, aprovechando de forma óptima los recursos disponibles, adoptando enfoques que se adaptaban mejor a las prácticas de promoción de la salud y mejorando la motivación personal entre el personal público y otras partes interesadas. La experiencia de México describió la necesidad de trabajar con personal clave de sus instituciones a fin de lograr la aceptación de enfoques holísticos de promoción de la salud, en lugar de centrarse de forma aislada en cuestiones específicas (tabaco, nutrición, etc.).

Repartir de forma adecuada las responsabilidades, poder y funciones de dirección entre todos los socios también creó conflictos en algunos casos de estudios. En Kansas, Estados Unidos, las responsabilidades en cuanto a la dirección no fueron distribuidas más allá del personal clave, lo que dificultó la plena participación de otros miembros de la coalición. En otros casos, la gestión conjunta de los recursos generó conflictos debido a la poca confianza y credibilidad existentes entre los socios involucrados.

Trabajar con instituciones con estructuras rígidas y burocráticas fue también señalado como un gran desafío para los participantes en iniciativas de PS. Entre las principales quejas destacaron la falta de apoyo institucional o una excesiva burocracia, la falta de coordinación entre las instituciones del sector público, las directrices rígidas relativas al uso de fondos y conflictos entre los distintos actores participantes.





Principales lecciones

Estas experiencias demuestran que el carácter transitorio de los contextos políticos locales y nacionales puede socavar los programas y políticas públicas, sobre todo cuando se producen cambios de partido político. Este hecho pone de relieve la necesidad de establecer una coalición sólida entre todos los sectores de la sociedad para fortalecer y mantener las iniciativas de PS durante esos períodos de transición.

A pesar de las dificultades de trabajar con instituciones con estructuras burocráticas y rígidas, las experiencias sugirieron que dicha colaboración ha ayudado a abrir vías de comunicación con otros niveles y sectores, ha permitido mejorar el clima organizacional y ha abierto un espacio para examinar nuevos modos de colaboración intersectorial. Trabajar con instituciones también ofreció la oportunidad de regularizar procesos y metodologías en sus planes de trabajo, programas, etc. El gran alcance de la estructura y vínculos de las instituciones con otros grupos y entidades podría promover y apoyar la implementación de actividades de promoción de la salud, su evaluación y la asignación de recursos a esas prioridades.

Un determinante común de éxito en estas experiencias de PS fue la existencia de un liderazgo sólido, continuo y dinámico para hacer avanzar el proceso. La participación y compromiso activos de personas e instituciones tanto a nivel local como nacional fueron esenciales para asegurar el



éxito de las iniciativas de PS, como también lo fue el trabajo de colaboración entre esas instituciones. El papel desempeñado por redes nacionales y regionales puede ser un elemento positivo en esos esfuerzos, dadas sus posibles conexiones de amplio alcance con municipios, instituciones y partes interesadas clave de un país o región.

La organización y participación comunitarias son fundamentales pero no se producen de forma natural, sino que es necesario apoyarlas y orientarlas, y establecer vínculos con quienes tienen el verdadero poder de tomar decisiones en el gobierno local. En casos en los que los grupos comunitarios no están plenamente dotados de las habilidades y competencias para participar de forma eficaz en iniciativas de PS, se deben establecer sistemas para desarrollar sus capacidades a fin de asegurar que puedan desempeñar un papel valioso. Invertir tiempo y recursos para organizar la comunidad (establecer un grupo comunitario, asociaciones sin fines de lucro, etc.) puede contribuir de forma importante a movilizar los recursos, atraer nuevos socios y crear nuevas conexiones con otras organizaciones locales, regionales y nacionales. Asimismo, ayuda a dar mayor visibilidad a la comunidad o municipio, lo que a su vez puede incrementar el protagonismo y recursos.

El éxito de la colaboración intersectorial exige un reparto del poder. Un modelo común de participación intersectorial consistía en convocar un grupo o foro comunitario multisectorial para definir las prioridades de salud locales e intervenir al respecto. La creación de comités, juntas u otras entidades a fin de formalizar e institucionalizar el reparto de poder resultó útil. Este tipo de entidades deberían existir desde el principio de la iniciativa. Dada la importancia que otorga la PS a los DSS, las estrategias intersectoriales cuentan con mejores probabilidades de tener éxito cuando se llevan a cabo dentro de culturas, organizaciones y gobiernos con una tradición o experiencia de trabajo en colaboración. En algunos países, la complejidad de las estructuras y burocracia gubernamentales, así como la existencia de un entorno político complejo, constituyeron un

obstáculo para la elaboración de estrategias exitosas y una planificación más integral a niveles superiores. La participación pública, el empoderamiento de grupos marginados a nivel local y el establecimiento de alianzas sólidas con organizaciones no gubernamentales facilitaron la colaboración intersectorial, posiblemente debido a una menor probabilidad de que esos grupos aportaran una perspectiva sectorial a los problemas en cuestión.

Si bien las acciones de PS pueden iniciarse siguiendo un enfoque descendente, ese tipo de planteamientos tienen una capacidad limitada de influir en los DSS clave si las iniciativas no cuentan con el apoyo de procesos ascendentes integrales a nivel local. Las iniciativas en las que las partes interesadas de la comunidad comparten el control del proceso y son capaces de participar de forma constructiva en dicho proceso, demostraron tener muchas más posibilidades de éxito.

Los estudios de caso aquí analizados mostraron una falta relativa de evaluación sistemática de las intervenciones de PS. Al mismo tiempo, prácticamente todos los estudios de caso dieron cuenta de resultados positivos que se consideraron atribuibles a sus iniciativas de PS. La experiencia indica que las iniciativas deben definir desde el principio cómo se documentará y evaluará cada etapa, y cómo se analizarán los datos, lo cual incluye definir el modo en que se integrarán y controlarán los mecanismos e indicadores centrales de la PS. Consignar los éxitos y logros de las iniciativas aumenta la credibilidad y el acceso a los responsables de tomar decisiones.

La formulación y adopción de políticas puede mejorar de forma significativa la sostenibilidad e institucionalización de prácticas, métodos y estrategias de PS. Para ello se requiere intensificar los esfuerzos a fin de comprender, defender y promover las ventajas y eficacia de las intervenciones de PS como medio para mejorar la salud de la población.



Conclusión

Durante las últimas décadas se han realizado importantes avances en las Américas en el ámbito de la promoción de la salud. La amplitud y variedad de los 15 estudios de caso llevados a cabo en diferentes culturas, países y niveles de desarrollo ponen de manifiesto la importancia creciente que se otorga a la PS en la región. El interés en evaluar su eficacia y comprender los factores que afectan, tanto positiva como negativamente, los avances de la promoción de la salud en la región, ha crecido considerablemente en los últimos años. El análisis de los 15 estudios de caso constituye un paso más en los esfuerzos para saber más sobre el modo en que la PS se ha llevado a cabo en los países de las Américas, y comprender algunas de las implicaciones y los desafíos prácticos planteados por las numerosas formas en que se han estructurado y organizado las iniciativas de PS.

Las experiencias descritas en este informe pusieron de relieve algunos de los distintos retos planteados por la complejidad y carácter multidimensional de los contextos locales y nacionales en que se implementó la PS. Se identificaron factores que repercutieron en el éxito de las iniciativas en todos los niveles de realidad (individual, comunitario, organizacional, político, económico, etc.). Estos factores estaban estrechamente interrelacionados y ejercieron, en formas sumamente complejas, una influencia mutua.

El análisis concuerda con uno de los supuestos clave de los profesionales e investigadores



en el campo de la PS, a saber, el contexto sociocultural, político y económico más amplio para la toma de decisiones influye de forma considerable en el modo en enmarcar las cuestiones y de utilizar los enfoques intersectoriales para responder a esas cuestiones.

La diversidad de los contextos representados en los estudios de caso hizo que cada iniciativa se planteara la PS de forma diferente. Si bien la existencia de un entorno propicio en el que planificar e implementar políticas y programas fue útil, las intervenciones de PS tuvieron cierto éxito incluso en entornos inestables y que ofrecían menos apoyo a este tipo de trabajo. Aunque los factores contextuales pueden representar a menudo un obstáculo, también pueden estimular nuevas oportunidades innovadoras.

Todos los estudios de caso indicaron que el proceso de participar en iniciativas de PS fue altamente motivador y revitalizante, y que suscitó el interés y una reflexión profunda sobre las cuestiones prioritarias. Las experiencias fortalecieron las capacidades de los participantes, generaron un compromiso con los principios de promoción de la salud, reforzaron las alianzas entre las principales partes interesadas y pusieron de relieve las posibilidades que ofrece la promoción de la salud como enfoque viable para mejorar la salud y calidad de vida de la población de los países de las Américas.

No obstante, debido a las complejidades inherentes de elaborar una base de datos sobre la eficacia de estas iniciativas, es fundamental crear oportunidades para aprender de forma recíproca, intercambiar experiencias e identificar de forma proactiva y difundir pruebas y “buenas prácticas”, teniendo en cuenta la complejidad de las comunidades y los procesos de toma de decisión. Ésta sería una herramienta valiosa para ayudar a las entidades financiadoras, responsables de elaborar políticas, profesionales en la materia y comunidades a vincular el éxito de programas y políticas específicos con cuestiones contextuales, económicas, medioambientales y sociales de índole más amplia. Asimismo, puede facilitar

la elaboración de estrategias racionales para la promoción de la salud que puedan ser comprendidas por los responsables de formular políticas y tomar decisiones, y aplicadas a políticas e intervenciones a nivel nacional y local. A fin de que esto ocurra, es importante precisar la definición de éxito y eficacia en las iniciativas de promoción de la salud, y redefinir los criterios para evaluar los datos generados en estos esfuerzos a fin de mejorar los programas y políticas destinados a mejorar la salud comunitaria y reducir las desigualdades en el ámbito de la salud.



Referencias

Judd J, Frankish CJ, Moulton G (2001). Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach. *Health Promotion International* Vol. 16 No. 4.

Morgan A, Ziglio E (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education Supplement* 2, 2007.

Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) (1999). *Planificación Local Participativa: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC.

Poland B, Frohlich K, Cargo M (2008). Context as a Fundamental Dimension of Health Promotion Program Evaluation. In: Potvin L and McQueen D (Eds), *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas*. USA.





Resúmenes breves de los estudios de caso



Lecciones
de

15
estudios
de caso





Caso 1

: Medidas de colaboración para lograr cambios en las comunidades y reducir los riesgos de enfermedades crónicas y disparidades de salud en la ciudad de Kansas, Misuri (Estados Unidos)

En 2000 se formó la Coalición contra Enfermedades Crónicas de la Ciudad de Kansas, Misuri, en respuesta a dos hechos: 1) la invitación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades a presentar propuestas para la campaña Enfoques Raciales y Étnicos para la Salud Comunitaria 2010 (REACH, en inglés) y 2) las evaluaciones sobre la salud de las minorías publicadas por dos organizaciones que señalaban considerables disparidades en la salud de los habitantes afroamericanos y latinoamericanos de la ciudad de Kansas.

Esta área urbana se caracterizaba por altos niveles de pobreza y pocas oportunidades para adoptar hábitos saludables. La Coalición está formada por organizaciones médicas, comunitarias y vecinales, grupos religiosos, comercios y habitantes de la ciudad de Kansas. Con el tiempo, la Coalición pasó a incluir a comunidades indígenas

entre sus grupos de población destinatarios, aunque los intentos para llegar a ellos nunca dieron fruto.

La misión de la Coalición es mejorar los resultados de salud relativos a la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, promoviendo el acceso a servicios de salud de calidad, ambientes saludables y estilos de vida sanos, mediante la prestación de servicios preventivos y asistenciales comunitarios integrales, asequibles y adaptados a las diferencias culturales.

La Coalición propone cinco fases interrelacionadas: a) planificación concertada y desarrollo de capacidades; b) medidas e intervenciones específicas; c) cambios en el sistema y la comunidad; d) cambio generalizado de comportamientos; e) mejora de los resultados para la salud de la comunidad.

La Coalición elaboró un plan global que proponía 86 cambios en la comunidad. A través del programa "Elige Seis" también ofreció recursos a colaboradores clave para apoyar la implementación de seis puntos del plan de acción (por ejemplo, seis programas, prácticas o políticas nuevas o modificadas). Los recursos incluían subvenciones, apoyo técnico y materiales para el programa.

La Coalición contribuyó al logro de unos 675 cambios en la comunidad entre 2001 y 2007, como por ejemplo: la modificación de las horas de apertura de clínicas para aumentar

el acceso, la adopción de líneas directrices de cuidados clínicos, la inclusión de información sobre la salud en los boletines informativos de los vecindarios, el uso de las instalaciones de iglesias para actividades físicas y la creación de clubes de caminatas o senderismo. Los resultados de una evaluación participativa sugieren que la Coalición fue un catalizador eficaz para lograr cambios ambientales a fin de reducir las desigualdades en los niveles de salud relacionadas con la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Algunos de los puntos fuertes más importantes de la Coalición fueron la amplia red social de contactos con que contaba el primer director del proyecto y el establecimiento de relaciones con un gran número de organizaciones comunitarias. Sin embargo, ciertos retos experimentados a la hora de implementar pequeñas subvenciones, que incluyeron unos requisitos gubernamentales y una administración presupuestaria interna complejos, crearon tensión en las relaciones establecidas con estas organizaciones. Otro de los obstáculos fue la participación y colaboración limitadas de la colectividad latinoamericana (una de las comunidades destinatarias).

Entre 2001 y 2007, la Coalición recibió generosas subvenciones como parte de la Iniciativa REACH 2010 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Una nueva subvención de cinco años recibida en 2008 prevé la

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

continuidad de esta iniciativa exitosa y posibilita esfuerzos más sostenidos a fin de reducir las disparidades en materia de salud. La modificación principal que se precisa hacer es elaborar una estrategia eficaz para incorporar a la comunidad latinoamericana en la iniciativa.



Caso 2

Ayuda a Domicilio para Ancianos San Vicente y las Granadinas

En agosto de 2002 se puso en marcha el programa de Ayuda a Domicilio para Ancianos, una iniciativa del gobierno de San Vicente y las Granadinas implementada por el Ministerio de Desarrollo Social para mejorar la atención a los ancianos. Los beneficiarios eran personas mayores de 60 años, aisladas y confinadas en sus casas o con necesidades particulares. El programa contaba con 92 proveedores de cuidados domiciliarios, 2 supervisores y un encargado de casos, y recibió apoyo de una iglesia local.

La misión de la iniciativa era ofrecer a los ancianos un ambiente favorable y un sentimiento de pertenencia a la comunidad, además de fomentar su autoestima y atender a sus necesidades básicas de salud y socioemocionales. La iniciativa proponía una estrategia holística, por un

lado prestando cuidados asistenciales a los ancianos, y por otro, informando a los cuidadores sobre el estilo de vida de los ancianos y capacitándolos para atenderlos. Los servicios a los beneficiarios eran gratuitos.

La Cruz Roja de San Vicente y las Granadinas impartió cursos de capacitación en primeros auxilios a los cuidadores a domicilio. Las enfermeras ofrecieron cuidados de enfermería generales y supervisaron a los aprendices durante la formación. El Ministerio de Salud envió representantes para ayudar en el programa de formación. Gracias a la participación y apoyo de todos los ministerios, los servicios son ofrecidos en todas las áreas del país.

Actualmente, 450 ancianos se benefician de esta iniciativa, que se considera como una medida eficaz de reducción de costos ya que sería más oneroso para el gobierno prestar esos cuidados en un establecimiento residencial. Los indicadores sociales han cambiado; la ayuda familiar y comunitaria para los ancianos también ha mejorado: los ancianos expresaron sentimientos de bienestar y seguridad, mientras que sus familiares declararon sentirse más tranquilos al saber que están bien atendidos.

En los distritos ha aumentado el uso de las instalaciones médicas. Los ancianos han comenzado a prestar más atención a sus hábitos alimentarios. Los encargados de formular políticas ahora comprenden mejor la

posición de los ancianos en la sociedad. Los programas de formación también han sido una fuente de empleo para los proveedores de cuidados.

Sin embargo, faltó la participación de hombres en el proyecto como proveedores de cuidados, los recursos económicos y humanos fueron limitados, los materiales y equipos fueron insuficientes y faltó apoyo del sector privado. Asegurar que los legítimos beneficiarios tuvieran acceso al programa ha sido un reto continuo, al igual que limitar la interferencia política a un mínimo. La iniciativa no tenía documentación oficial ni sistema de evaluación.

La iniciativa contribuyó a lograr cambios positivos para la comunidad de ancianos del país. Dado que se encuentra en la fase de implementación y mantenimiento, deben hacerse evaluaciones continuas. Asimismo, es necesario considerar nuevas fuentes de financiamiento para sostener la iniciativa que, hasta ahora, ha dependido exclusivamente del gobierno.



Caso 3

Programa Nacional de Bienestar San Vicente y las Granadinas

En 2006, el Departamento de Educación Física y Deporte del Ministerio de



Desarrollo Social de San Vicente y las Granadinas puso en marcha en Programa Nacional de Bienestar, que fue implementado a través de instituciones y grupos comunitarios. Entre las organizaciones e instituciones participantes se hallaban el Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Hogares para Ancianos (Thompson Home, Golden Age Homes), el Penitenciario de Su Majestad y otros grupos comunitarios de varios distritos. La iniciativa estaba destinada a la población en general y, en particular, a personas relacionadas con las organizaciones e instituciones participantes.

Dado que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema importante y urgente en San Vicente y las Granadinas, siendo responsables del 80% de las muertes en el país, la finalidad de la iniciativa era concientizar a los participantes sobre estilos de vida saludables y los beneficios de participar de manera regular en actividades físicas. Uno de los objetivos principales era modificar la creencia de que la salud es importante solamente cuando uno está enfermo y convencer a la población para adoptar una actitud más proactiva respecto a su salud.

Aunque no se hizo un seguimiento oficial ni se utilizó un sistema de evaluación, la ampliación del programa a otras comunidades ha sido una indicación positiva de que se lograrán cambios. Las comunidades manifestaron ser más conscientes de la

importancia de la actividad física y expresaron interés en participar en el programa. Asimismo, aumentó la utilización de recursos de la comunidad (por ejemplo, los centros comunitarios y sitios recreativos) y las instalaciones médicas en los distritos. El aumento de la actividad física de la población puso de relieve uno de los cambios positivos de comportamiento fruto del programa.

El estudio de caso puso de manifiesto algunos retos, como la falta de participación de hombres en el proyecto, la escasez de recursos humanos y económicos, materiales y equipo, y la falta de apoyo del sector privado. Además, el cambio en el emplazamiento de ciertas actividades dificultó la participación de algunos participantes. Será necesario conseguir un financiamiento adecuado de otras fuentes.



Caso 4

Inuit Tutarvingat (Centro Inuit en la ONSA) *Ottawa, Ontario, Canadá*

La Iniciativa Inuit Tutarvingat se puso en marcha en 2000 en respuesta a la Comisión Real Canadiense sobre Pueblos Aborígenes. Las organizaciones participantes incluyeron el Centro Métis, el Centro de las Primeras Naciones y el Sector de Comunicaciones. La iniciativa

tenía como objetivo beneficiar a la población inuit, que presenta los índices de salud más bajos de Canadá. Los responsables de formular políticas, trabajadores gubernamentales y la población general son el público destinatario de la iniciativa.

El principal propósito de la iniciativa es promover prácticas que permitan a la población inuit recuperar un estilo de vida saludable y mejorar su nivel de salud mediante la realización de estudios de investigación y difusión de sus resultados, actividades de educación y concientización, el desarrollo de recursos humanos y el intercambio de información sobre políticas y prácticas de salud específicas para la población inuit. La iniciativa se propone lograr cambios en múltiples niveles: a escala personal y en organizaciones, comunidades y la sociedad.

La iniciativa tiene 5 objetivos: 1) mejorar y promover la salud de la población inuit mediante actividades basadas en el conocimiento; 2) promover la comprensión de los problemas de salud que afectan a la población inuit; 3) facilitar y promover la investigación, y establecer relaciones de colaboración en ese campo; 4) fomentar la participación de la población inuit en la prestación de servicios de salud; 5) reafirmar y proteger las prácticas tradicionales de curación inuit.

Lograr cambios en la población inuit ha sido difícil puesto que la población está dispersa

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

sobre un vasto territorio. Además, dado que no existe un sistema formal de seguimiento o evaluación, es difícil cuantificar los cambios y resultados. La escasez de los datos étnicos que se recogen hace difícil determinar en qué medida se beneficia la población inuit en general. Algunos productos y recursos se destinan a grupos específicos, pero su aceptación y efectos se desconocen. Sin embargo, los cambios a nivel de la organización han facilitado al personal la búsqueda de pequeñas subvenciones.

La iniciativa se ha topado con diversos obstáculos, entre ellos, la dificultad para retener al personal inuit, desafíos relativos a las causas primeras de los problemas de salud de la población y cambios de gobierno que pusieron en cuestión la continuidad del financiamiento.

Aunque no se ha determinado la eficacia de la iniciativa debido a la falta de evaluación y seguimiento oficiales, parece ir por buen camino. Según la iniciativa, los comunicados están llegando a su público destinatario, el Centro está ganando visibilidad y se han obtenido recursos y establecido relaciones de colaboración. Sin embargo, la iniciativa debe centrar sus esfuerzos en un menor número de problemas con proyectos más largos y globales, consolidar las relaciones de colaboración con los sectores de la salud y la educación, y elaborar documentación sobre los objetivos. Asimismo, es necesario establecer y mejorar

un sistema para evaluar y hacer un seguimiento del rendimiento de la iniciativa.



Caso 5

Iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud Guyana

La iniciativa Escuelas Promotoras de la Salud se puso en marcha en 2002 en Guyana para responder a los crecientes problemas sociales y de salud relacionados con los estilos de vida y comportamiento en el país. Las principales organizaciones al frente de la iniciativa fueron el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación de Guyana, y la Organización Panamericana de la Salud (oficina de Guyana). Entre las organizaciones participantes se incluyeron el Consejo Caribeño para Ciegos, el Ministerio de Servicios Humanos y Seguridad Social, la Clínica Dental Cheddie Jagan, el Centro de Rehabilitación Ptolemy Reid, Money Gram, el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Cultura, Juventud y Deporte, Organizaciones de Servicios Benévolos, el Programa de Avance Económico de Linden (LEAP, en inglés), el Cuerpo de Paz, la Cruz Roja de Guyana, la red nacional de mujeres y organizaciones de mujeres Women Across Difference, el Banco Mundial y la Iglesia Anglicana de St. Sidwells.

La iniciativa fue implementada en guarderías infantiles y escuelas primarias y secundarias, así como en las comunidades respectivas en las que estaban situadas las escuelas. El público destinatario incluyó las asociaciones de padres y maestros, los comités asesores para el progreso de la comunidad y niños en edad escolar de todos los grados.

La iniciativa tiene por objetivo crear ambientes de cooperación que promuevan cambios positivos mediante actividades de educación y adquisición de competencias en los distintos grupos destinatarios. La misión es "crear y sostener la capacidad de las comunidades escolares de integrar la salud en todos los aspectos de la vida escolar y mejorar la salud de los estudiantes, maestros, padres, tutores y otros miembros de la comunidad escolar. La iniciativa está facilitando una colaboración más eficaz entre los servicios de salud primaria y las escuelas, mejorando su capacidad de detectar las necesidades de asistencia y ofrecer con rapidez dicha asistencia médica a niños y jóvenes, frenando y previniendo de ese modo la adopción de hábitos dañinos para la salud como el tabaquismo, el consumo de alcohol y narcóticos, prácticas sexuales tempranas y/o peligrosas, y embarazos precoces no deseados. La OPS y el Ministerio de Salud ofrecieron ayuda técnica. La asociación de padres y maestros aportó los recursos humanos y varias



organizaciones internacionales ofrecieron el financiamiento.

Según la iniciativa, no es posible describir los logros y/o resultados de Escuelas Promotoras de la Salud debido a la falta de un sistema formal de evaluación o seguimiento que permita recopilar de manera periódica los datos necesarios para respaldar cualquier afirmación. Sin embargo, las comunidades participantes han señalado que se han producido ciertos cambios en el comportamiento de padres e hijos.

Los retos variaron según las diferentes etapas de la iniciativa. En la etapa de planificación, hubo una falta de acuerdos oficiales entre las partes interesadas pertinentes, y se careció del financiamiento adecuado y de personal capacitado. Durante la etapa de implementación, no existían sistemas oficiales de seguimiento para controlar los progresos realizados, ni estrategias eficaces para asegurar una buena comunicación con el público y entre las partes interesadas con relación a la iniciativa.

La iniciativa se mantendrá gracias al apoyo de las Unidades de Salud Escolar dependientes de los Ministerios de Salud y Educación. Ambas unidades tienen la responsabilidad de coordinar las actividades dentro de cada ministerio y compartir esa información con el otro ministerio a través de un pequeño comité.



Caso 6

Iniciativa para la Calidad de Vida de Crooked Creek – Un proyecto de desarrollo comunitario en Indianápolis, Indiana (Estados Unidos)

Autores: Alicia Chadwick, Corporación de Desarrollo Comunitario del Noroeste de Crooked Creek; Helen W. Lands, Centro Vecinal de Fay Biccard Glick en Crooked Creek; Mary Beth Riner, Escuela de Enfermería de la Universidad de Indiana, y Marty Rugh, St. Vincent Health.

El objetivo de la iniciativa era mejorar la calidad de vida de los residentes de un vecindario geográficamente definido de una gran ciudad de la región del centro-oeste de Estados Unidos. Una junta consultiva supervisó la realización de una evaluación global a cargo de estudiantes de enfermería que se utilizó para elaborar una propuesta de financiamiento para un grupo asesor nombrado por el alcalde de la ciudad. Usando el modelo Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de la OPS, varios sectores de la comunidad aunaron sus esfuerzos para examinar las condiciones que promueven la salud y el bienestar. Entre las organizaciones participantes se incluían un hospital, una

agencia de servicios sociales, una agencia de promoción de viviendas y una universidad.

La Iniciativa para la Calidad de Vida de Crooked Creek se proponía mejorar la calidad de vida de los residentes de Crooked Creek mediante la revitalización de los entornos construidos (edificios comerciales y comunitarios, viviendas, carreteras, aceras, etc.), el establecimiento de nuevas relaciones de colaboración entre organizaciones de los sectores de la salud, educación y servicios sociales, y la participación de los residentes en el mejoramiento de la comunidad. Entre las iniciativas emprendidas para lograr estos objetivos cabe señalar: inversiones en un programa de viviendas para residentes de bajos y medianos ingresos; la construcción de un Pabellón Familiar para responder a las necesidades cívicas, sociales, intergeneracionales, culturales y recreativas de los residentes y las familias de Crooked Creek, y la creación de un Programa de Salud Escolar para estudiantes locales.

Se construyó el Pabellón Familiar Fay Biccard Glick, que actualmente proporciona un excelente espacio para encuentros comunitarios, actividades juveniles, familiares y recreativas, y locales asequibles para recepciones de bodas, reuniones familiares, ceremonias de graduación, días de puertas abiertas y servicios religiosos. El Programa de Salud Escolar amplió el ámbito de prestación

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

de servicios de salud más allá de los muros tradicionales del hospital y forma parte ahora de una visión más global para contribuir al fomento de comunidades saludables. Los consejos escolares han adoptado políticas escolares más saludables y son capaces de abordar problemas crónicos como el asma, la obesidad y el ausentismo. Las inversiones en viviendas permitieron terminar tres residencias colectivas para doce residentes con discapacidades (la más reciente de ellas construida con métodos ecológicos), y efectuar costosas reparaciones en las casas de 33 propietarios ancianos, además de asesorar a unos 60 posibles compradores de casas sobre el proceso de adquisición y dar ayuda financiera a 12 vecinos de Crooked Creek para la entrega inicial de su primera casa.

El proyecto de Pabellón Familiar se topó con varias dificultades: el contratista original abandonó la obra a medio camino, causando un retraso de ocho meses y costos de construcción superiores a los presupuestados inicialmente. Fue necesario contratar a otro contratista y obtener fondos suplementarios para completar la obra. El Programa de Salud Escolar resultó ser más complejo cuando los socios del programa se dieron cuenta de que había que adaptar las intervenciones al carácter único de cada una de las escuelas para responder a las necesidades de su población estudiantil particular. El programa de inversiones en viviendas concluyó que los

proyectos eran sostenibles solamente si la organización continuaba obteniendo fondos del sector público y privado para financiar los proyectos.

Entre las lecciones aprendidas gracias a la implementación de la iniciativa destacan: 1) Las organizaciones individuales se fortalecen al establecer relaciones de colaboración; una organización nueva y sin experiencia se beneficia al asociarse con una organización consolidada, lo que a su vez puede incitar a otras organizaciones a apoyarla también. Por su parte, las organizaciones ya establecidas se benefician de la energía y aspectos empresariales del establecimiento de nuevas organizaciones. 2) Tener un buen plan con datos precisos es fundamental para obtener financiamiento y apoyo. 3) Los encargados de implementar la iniciativa deben asegurar que la dirección (altos directivos y miembros del consejo) participen y se mantengan informados constantemente a fin de asegurar la sostenibilidad de la iniciativa a largo plazo. De no ser así, se corre el riesgo de que la iniciativa sea reemplazada por un nuevo programa, lo que no significa necesariamente que sea mejor.



Caso 7

La salud participativa: la experiencia de Guarulhos, São Paulo, Brasil

Autores: Rosilda Mendes, Paulo Fernando Capucci, Douglas Brandalise, Emilia Broide.

La iniciativa se lleva a cabo en Guarulhos, São Paulo, como una de las estrategias para responder a los problemas relacionados con la salud y las condiciones de vida, y tiene como objetivo promover y mejorar la participación popular y establecer una vía de comunicación que permita incluir en la elaboración de políticas de salud las necesidades expresadas por la población. El proyecto prioritario Salud Participativa funciona mediante la promoción de foros locales abiertos al público que se celebran cada dos años. Entre 2005 y 2007 se celebraron un total de 37 foros en los que participaron 5.700 representantes de comunidades locales, profesionales de la salud, gerentes de salud, ONG, iglesias, etc.

El principal objetivo de la iniciativa es aumentar el control por parte de la población de sus servicios de salud y la gestión de las políticas públicas relacionadas con la salud, y ayudar a determinar el estado de



salud prevalente en áreas específicas al menor nivel posible de división del espacio urbano local. La iniciativa se puso en marcha en 2005 con foros de Salud Participativa celebrados en veintidós áreas de la ciudad, junto con Foros Presupuestarios Participativos. En 2007, se celebraron Sesiones Plenarias de Salud Participativa en cada uno de los Distritos de Salud que se habían organizado como base para la gestión de la salud. Desde las primeras Sesiones Plenarias, se ha elegido a unos 1.300 representantes para integrar Consejos de Salud locales para las 65 Unidades Básicas de Salud, hospitales y centros de salud especializados del municipio. Para finales de 2009, se celebrarán 14 Foros.

Los Consejos de Salud locales han ampliado su ámbito de acción de modo que han pasado de intervenir en cuestiones de salud locales a abordar cuestiones sociales de mayor alcance. Así pues, las intervenciones están orientadas ahora a los problemas cotidianos locales que sufren las comunidades. El Proyecto ha dado lugar a un cambio en la política de salud y ámbitos relacionados de la administración municipal. Se ha reconocido públicamente que el hecho de que la orientación de las discusiones se centre en la política de salud pública es fruto de la iniciativa. Se han registrado mejoras en las Unidades Básicas de Salud en cuanto a la calidad de la atención médica ofrecida. Además, se han realizado importantes avances en la identificación de necesidades de salud más

específicas expresadas por la población. El hecho de que el público se haya hecho con el control de las cuestiones de salud ha creado una nueva tendencia en la población, que en lugar de simplemente formular quejas populares, se esfuerza por elaborar propuestas específicas para que se realicen cambios en el sector de la salud y se obtenga mayor apoyo del mismo. El público entiende ahora, por ejemplo, la lógica de invertir en la atención de salud primaria a través de Unidades Básicas de Salud, en lugar de aumentar el número de grandes hospitales. Se han producido cambios positivos relacionados con el establecimiento de mecanismos de participación en los que participan numerosos actores locales. No obstante, se ha dado entre los Consejos la tendencia a un cierto exclusivismo que ha dificultado el logro de una participación social más plena.

Entre las lecciones aprendidas en esta experiencia figuran la necesidad de garantizar el apoyo del gobierno local a fin de incrementar con éxito la participación social y mejorar la planificación de actividades a fin de garantizar la sostenibilidad del proyecto. La presupuestación, un elemento central para apoyar las actividades permanentes necesarias para el proyecto, es bastante compleja y requiere la participación de numerosos actores. Lo más importante para el proyecto es que no debería mantenerse al margen de las actividades y política locales. Por consiguiente, debe ser abierto y no imponérsele límites preestablecidos.



Caso 8

Iniciativa de Escuelas Saludables en los Departamentos de Asunción, Central, Misiones, Itapúa y Cordillera. Paraguay

Autor(es): Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La iniciativa de Escuelas Saludables comenzó en Paraguay en la década de 1990, impulsada por el Ministerio de Salud con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Su objetivo era promover la salud en el entorno escolar y el desarrollo integral de los niños y niñas dentro de la comunidad educativa.

En el año 2000 se puso en marcha un proyecto piloto en 17 escuelas distribuidas por áreas urbanas, periurbanas y rurales de los Departamentos Central, Cordillera y Misiones. En cada escuela seleccionada se creó un Comité de Gestión integrado por autoridades escolares, padres, estudiantes y representantes de organizaciones e institucionales locales. Las 17 escuelas centraron su intervención en cuatro áreas: atención de salud primaria, infraestructura, capacitación y proyectos participativos. Aunque este esfuerzo empezó

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

inicialmente con gran impulso, no fue posible mantenerlo con el tiempo. No obstante, el proyecto creó un terreno fértil que permitió mantener una serie de iniciativas en el marco de Escuelas Saludables y, en ocasiones, sirvió de elemento catalizador para poner en marcha nuevos procesos.

En octubre de 2008 las autoridades del nuevo gobierno relanzaron la iniciativa Escuelas Saludables, en el marco de un proyecto conjunto entre los Ministerios de Salud y de Educación. Se llevó a cabo una evaluación de datos para analizar conjuntamente y lograr un consenso sobre los criterios de acreditación. Se establecieron alianzas de cooperación estratégica con organizaciones tales como el programa VIDA (de prevención de enfermedades cardiovasculares) y con organismos internacionales como UNICEF, PNUD y FNUAP. Las acciones emprendidas en esta etapa han otorgado importancia al interés profundo y constante de todas las partes interesadas. Conviene señalar que el Ministerio de Educación y Cultura ha modificado el programa de estudios de educación secundaria técnica en el ámbito de la salud a fin de reorientarlo hacia la promoción de la salud, contribuyendo de ese modo al proceso de implementación de las iniciativas de Escuelas Saludables.

Uno de los retos de esta iniciativa ha sido que numerosas experiencias en el ámbito de la salud escolar se

describen a sí mismas como una iniciativa de Escuelas Saludables o Escuelas Promotoras de la Salud, a pesar de que no se hayan establecido criterios uniformes para esta designación. Estas experiencias son promovidas por distintos sectores: el municipio, distritos de salud, el gobierno local y la comunidad educativa. El objetivo actual es unificar la Estrategia mediante la elaboración de criterios de acreditación que orienten a las instituciones en la formulación de líneas de acción, junto con un sistema de seguimiento. La meta actual es elaborar una estrategia unificada en 40 escuelas seleccionadas de 5 regiones. Se establecerán unas condiciones de base, junto con un sistema para recopilar y analizar datos de forma continua y sistemática.

Entre las dificultades encontradas destacan: (1) los recursos limitados y la dispersión de esfuerzos de la Dirección General de Promoción de la Salud, lo que entorpeció el mantenimiento del proceso, y (2) la falta de coordinación dentro de los programas del Ministerio de Salud, que dificultó una acción integrada basada en objetivos comunes.

Entre las lecciones aprendidas se incluyeron: la necesidad de recopilar y analizar datos de forma sistemática, difundir información entre las principales partes interesadas de manera que se puedan evaluar los resultados, y empoderar a la comunidad (gobiernos locales y otros actores sociales) a fin de evitar

que los procesos no obtengan resultados concluyentes.

Facilitar la interpretación colectiva del concepto de Escuelas Saludables ayudará a los actores sociales a identificar los factores de protección y fomentar respuestas eficaces. Son las instituciones gubernamentales quienes deben asumir principalmente la responsabilidad y vincular los esfuerzos con los de otras instituciones que operan en esta área. La estrategia de Escuelas Saludables crea una oportunidad para transformar el entorno escolar en un espacio que fomente la producción social de salud.



Caso 9

Promoción de entornos y estilos de vida saludables en escuelas primarias de cuatro estados mexicanos *México*

Autores: Luz Arenas Monreal, Pastor Bonilla Fernández, Cristina Caballero García, Elba Abril, Héctor Hernández P., Sofía Cuevas B.

En 2006, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México puso en marcha el proyecto *Promoción de Espacios Saludables en Escuelas de Nivel Primario* en cuatro estados mexicanos, en colaboración con los



Servicios de Salud de los estados de Guerrero y Jalisco, el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo y escuelas públicas de los estados de Morelos, Jalisco, Guerrero, y Sonora. Este proyecto fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Utilizó un enfoque integrado para mejorar el entorno físico, emocional y social de los niños en edad escolar y abordó problemas que afectan a este grupo de población como el sobrepeso, la obesidad, las adicciones, la degradación medioambiental y la violencia familiar y social.

En un primer momento se organizaron grupos de reflexión con profesores de cuatro Estados para ayudar a identificar los determinantes de la salud (condiciones de vivienda, trabajo y educación; entorno físico; factores psicosociales; redes de apoyo social y familiar; etc.) que afectaban a la población en las áreas en las que se realizaría la iniciativa. Las principales características observadas entre las familias de los niños en edad escolar fueron: baja clase social, bajo nivel educativo de los padres, pobreza y migración a Estados Unidos. Durante la primera fase se recopilaban datos de medición preliminar como el peso/edad, peso/altura, edad/altura, prevalencia de caries y tabaquismo, obteniéndose los siguientes resultados: coexistencia de malnutrición y sobrepeso u obesidad en niños de todas las escuelas participantes, alta prevalencia de caries y un porcentaje importante de niños que

actualmente fuman y/o consumen bebidas alcohólicas.

Durante la segunda fase se realizaron intervenciones educativas sobre temas tales como la autoestima y la cultura de paz, la protección y cuidado del medio ambiente, la prevención del tabaquismo y la nutrición e higiene. Como resultado de ello, se observó una mejora del nivel de conocimientos relacionados con una alimentación sana y una higiene adecuada, así como una mejora de las competencias relacionadas con la separación de desechos y el cuidado de los recursos naturales. Los profesores señalaron un descenso de la violencia y un mayor uso de medios más pacíficos para resolver los conflictos entre los escolares. Se crearon dos comités de salud: uno de niños y otro de padres. Se establecieron vínculos entre las escuelas y los centros locales de salud para facilitar el acceso de los niños a los servicios de salud.

Los niños mostraron dificultades para aplicar fuera del entorno escolar lo que habían aprendido gracias a la iniciativa, lo que puso de relieve las limitaciones de iniciativas centradas exclusivamente en las escuelas que no incluyen a la comunidad en su conjunto. Hubo dificultades también para influir en los organismos responsables de elaborar las políticas públicas (venta de alimentos sanos en las escuelas y sus proximidades) en los Estados de Guerrero y Morelos. En los Estados de Jalisco y Sonora, donde ya

existían reglamentos sobre la venta de alimentos en las escuelas, la iniciativa logró sensibilizar a las familias acerca del consumo de alimentos sanos.

Este proyecto contribuyó a la inclusión de enfoques de promoción de la salud más integrados en las iniciativas emprendidas por el INSP, como por ejemplo promover el establecimiento de un grupo de estudio sobre la Promoción de Estilos de Vida Saludables.



Caso 10

El Movimiento de Salud Mental Comunitaria de Bom Jardim, Fortaleza Brasil

El Movimiento de Salud Mental Comunitaria de Bom Jardim, en Fortaleza, Brasil, se propone ofrecer servicios a las personas con distintos tipos de enfermedades mentales a fin de mejorar su integración en la comunidad y promover el empoderamiento a nivel individual, de grupo y social. Se ha implementado en 22 centros comunitarios de 5 vecindarios situados en el área del "Gran Bom Jardim" del municipio de Fortaleza. La iniciativa centra sus esfuerzos en las familias de riesgo vulnerables que viven en una pobreza extrema. Este grupo de población se caracteriza por un bajo nivel educativo, desempleo, falta

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

de oportunidades y baja autoestima.

La iniciativa comenzó cuando dirigentes y misioneros de iglesias locales que trabajaban en la región formaron un grupo de voluntarios para ofrecer refugio y orientación a la población que en ese momento no tenía acceso a servicios de salud mental. En un principio, los esfuerzos para hacer participar al gobierno local fueron inútiles. No obstante, con el cambio de gobierno en 2005, la iniciativa adquirió mayor reconocimiento e impulso, lo que permitió establecer una serie de alianzas y aumentar el flujo de recursos para ampliar las intervenciones y servicios. Entre las partes interesadas que participan actualmente en la iniciativa figuran los departamentos de salud locales y estatales, la población indígena, universidades locales, el sector privado, las ONG que trabajan con jóvenes delincuentes y el Programa PETI (Programa para Erradicar el Trabajo Infantil).

La iniciativa combinó diversas estrategias para lograr sus objetivos. Se establecieron grupos de terapia comunitaria, así como otros grupos destinados a facilitar procesos terapéuticos personales dentro de acciones colectivas (bio-danza, terapia a través del arte, grupos de fomento de la autoestima, etc.). Se ofrecieron talleres y sesiones de masoterapia, reiki y técnicas de respiración y relajación. Se organizaron eventos teatrales y musicales en lugares públicos a fin de facilitar una apropiación por

parte de la comunidad de lugares que habían estado dominados por el tráfico de drogas y la violencia. Se ofrecieron gratuitamente a todos los miembros de la comunidad actividades culturales y artísticas como clases de música, lengua, pintura y teatro. Se estableció un jardín y una farmacia comunitarios, y se ofreció formación profesional a los jóvenes. Por último, se llevaron a cabo esfuerzos para integrar a las personas con enfermedades mentales en estas actividades a fin de apoyar un proceso para disminuir el estigma asociado con los problemas de salud mental y apoyar la desinstitucionalización de estos pacientes.

Se han señalado resultados positivos fruto de esta iniciativa. La actitud general de la comunidad respecto a cómo tratar a los grupos de población subatendidos ha cambiado de una perspectiva personal a una perspectiva colectiva y social. La identidad de la comunidad ha mejorado de tal modo que los habitantes de Bom Jardim se muestran orgullosos de su vecindario, mientras que antes de la iniciativa lo describían como feo y violento. Se ha establecido una red para ayudar a los miembros de la comunidad a cuidarse mejor a sí mismos. Se han creado nuevos vínculos con otras partes interesadas que trabajan en la comunidad y con el sector privado. Los jóvenes de la comunidad afirman sentirse más motivados para lograr un nivel de estudios superior y el estigma asociado

con los problemas psicológicos ha disminuido. Además, la iniciativa ha recibido reconocimiento nacional y diversos galardones nacionales y regionales.

Entre los desafíos encontrados en la implementación de la iniciativa se incluyen los cambios de gobierno que provocaron demoras e incertidumbre acerca de la continuidad de la iniciativa, las dificultades para mantener y aumentar los recursos a medida que la iniciativa se ampliaba, y la resistencia de otras instituciones a colaborar con las actividades de la iniciativa.

Las enfermedades mentales llevan asociado un importante estigma social, sobre todo cuando se trata de grupos de población pobres y con acceso a escasos servicios. Esta experiencia demostró la viabilidad de empoderar, mejorar el capital social y ampliar las actividades terapéuticas y educativas para estos grupos de población. Asimismo, promovió una nueva forma, inclusiva y transformadora, de considerar las cuestiones relacionadas con la salud mental.



Caso 11

Iniciativa Rostros, Voces y Lugares en el municipio de Corredores, Costa Rica

La iniciativa Rostros, Voces y Lugares (RVL) en Corredores, Costa Rica, comenzó en 2006 en el marco de una iniciativa de alcance más amplio iniciada en 1998 con el objetivo de mejorar la seguridad alimentaria y nutrición en la región. En Corredores, la iniciativa centró sus esfuerzos también en los ámbitos del agua y saneamiento. En ella participaron el Ministerio de Salud, el gobierno municipal, escuelas locales, el mercado Paso Canoas, la Asociación de Acueductos Rurales, INCAP/OPS, servicios locales de salud, grupos comunitarios y el Comité de Seguridad Alimentaria local. Se estableció una oficina de RVL en el municipio a fin de facilitar las actividades de coordinación, implementación y seguimiento. La organización comunitaria existente permitió un mayor compromiso de todos los actores participantes para trabajar en colaboración.

La iniciativa trabajó con mujeres, población indígena y niños en el marco de diversos proyectos como el cultivo de alimentos y la elaboración de pan. Se hizo participar a niños de escuelas en el diseño e implementación de programas de reciclaje en sus escuelas. Se estableció

un jardín comunitario en dos comunidades indígenas con producción de alimentos para fines de abastecimiento de la población y venta. Se ofreció formación y recursos a las personas que trabajaban en la eliminación de desechos sólidos (guantes, atuendo apropiado), y se estableció un comité local de eliminación de desechos sólidos para mejorar la capacidad y dotar de mayor dignidad a este importante trabajo, lo cual contribuyó al desarrollo local y la sostenibilidad medioambiental.

La iniciativa promovió una mayor sensibilización sobre cuestiones relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición, no sólo a nivel de los hogares individuales, sino también a escala comunitaria. Los índices de mortalidad infantil han disminuido en Corredores desde el inicio de esta iniciativa, lo que se atribuyó a la mayor sensibilización y educación de la población. Todas las madres reciben actualmente atención prenatal independientemente de su situación social. Se observó también un mayor nivel de empoderamiento comunitario, demostrando los miembros de la comunidad más confianza para identificar los problemas y examinar soluciones de forma conjunta. Los profesionales de la salud también indicaron sentirse más motivados para trabajar en la comunidad.

Trabajar en el marco de la iniciativa RVL ayudó a atraer atención nacional a esta región del país, lo que dio lugar a un incremento del

compromiso y los recursos disponibles para trabajar con estas comunidades y grupos de población vulnerables. Los esfuerzos realizados para resolver problemas relacionados con la seguridad alimentaria, el agua y el saneamiento ayudaron también a identificar otros problemas importantes para la comunidad como la degradación medioambiental y la violencia intrafamiliar, y tener una influencia en los mismos. Como resultado de ello, la orientación de la iniciativa cambió para centrar su atención en los determinantes de la salud, aunando los esfuerzos de diversas instituciones y sectores, y poniendo de relieve sus papeles para lograr el bienestar de la comunidad.

La ausencia de una buena gestión a nivel nacional y en algunas de las instituciones participantes fue uno de los desafíos importantes señalados. La falta de seguimiento por parte del personal técnico a nivel nacional, debido principalmente a la ubicación remota del municipio, creó varias dificultades. El alto nivel de abandono escolar por parte de los niños para trabajar en los campos también dificultó el éxito de la iniciativa, a pesar de que los directores de las escuelas hicieron algunos esfuerzos para asegurar que los niños siguieran asistiendo a la escuela.

Gracias a su planteamiento de abordar distintos determinantes de la salud, esta iniciativa mejoró de forma exitosa la calidad

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso



de vida de la comunidad habilitando a las mujeres a ser más independientes y a desempeñar un papel más proactivo a escala individual, familiar y comunitaria, mejorando el acceso a los alimentos y la calidad de los mismos, e incrementando los ingresos familiares. La iniciativa ayudó a fortalecer la cohesión social y la capacidad de la comunidad de organizarse y participar activamente en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas. Esta experiencia pone de relieve la importancia de no limitarse a identificar los problemas que afectan a una comunidad, sino también comprender sus causas subyacentes y la capacidad de la población para tomar decisiones y actuar tanto a nivel individual como colectivo.



Caso 12

Detección precoz del cáncer de mama mediante servicios móviles de mamografía *Uruguay*

La iniciativa de Unidades Móviles de Mamografía, que forma parte del Programa de Detección Oportuna del Cáncer de Mama coordinado por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, se inició en 2003 en cuatro municipios del estado de Colonia en Uruguay, a saber, Juan Lacaze, Colonia Valdense, Nueva Helvencia

y Rosario. Su objetivo era mejorar la detección precoz de tumores malignos y mejorar el cuidado de la salud propia y las autoexploraciones mamarias en las mujeres de estos municipios. Antes de ponerse en marcha esta iniciativa, las mujeres residentes en esta área remota del país no tenían acceso a servicios mamográficos, lo que las obligaba a desplazarse a la capital del estado para recibir esos servicios. Esta situación afectaba de forma desproporcionada a las mujeres de los sectores más pobres de la comunidad.

Diversas partes interesadas locales participaron en la etapa de planificación de la iniciativa mediante el establecimiento de un Comité Local en cada uno de los municipios seleccionados. Este Comité Local recaudó fondos para sufragar los costos de desplazamiento de la clínica móvil a las comunidades y pagar los servicios de los profesionales de la salud de la clínica. Los miembros de la comunidad se ofrecieron también a transportar hasta la clínica a las mujeres que no podían desplazarse por sus propios medios, ya fuera por razones de distancia o por sufrir alguna discapacidad física. Debido a la disponibilidad limitada de los servicios móviles en cada comunidad, los esfuerzos se centraron principalmente en las mujeres de 40 ó más años de los vecindarios más pobres y sin acceso regular a servicios de salud.

De las cerca de 10.500 mujeres mayores de 40 que

vivían en esos municipios, la iniciativa logró realizar una mamografía a 5.392, esto es, en torno al 51% de ese grupo de población. La demanda de estos servicios fue alta. Aunque se utilizaron el 100% de las citas médicas disponibles, cada municipio todavía tenía una larga lista de espera de usuarias que habrían deseado ser examinadas. Como resultado de ello, se instalaron dos equipos mamográficos permanentes en dos de las localidades incluidas en esta iniciativa. A pesar de que estos servicios sólo están disponibles actualmente en clínicas privadas, fue gracias a la demanda de este tipo de servicios por parte de la población.

La iniciativa se enfrentó al principio a cierta resistencia. Algunas mujeres no sabían bien en qué consistía una mamografía, por lo que se sentían temerosas y ansiosas de someterse al examen. Por ello, fue importante explicarles los aspectos científicos del examen y asegurarse de que entendieran los importantes beneficios del mismo. Como resultado de ello, se creó una campaña informativa que fue presentada por dirigentes locales a través de los medios de comunicación a fin de responder a las principales inquietudes de la población con relación a los exámenes mamográficos.

La iniciativa tuvo éxito asimismo en lograr una mayor sensibilización acerca del cáncer de mama mediante una campaña continua destinada a mejorar los conocimientos de las mujeres sobre su

cuerpo y sus derechos. Estos esfuerzos mejoraron la atención prestada por las mujeres a su propia salud, así como sus conocimientos sobre el cáncer de mama, aunque también hizo que fuera difícil para la iniciativa responder a la demanda de servicios que generó este incremento de conocimientos.

Los municipios incluidos en esta iniciativa contaban con un alto nivel de organización y participación comunitaria, lo que contribuyó enormemente al éxito de la planificación e implementación de las actividades. No obstante, surgieron importantes rivalidades entre estos lugares, lo que dificultó el establecimiento de redes y vínculos de colaboración.

La iniciativa también dio lugar a la elaboración de dos importantes políticas, a saber, una que permite a las mujeres tomarse un día libre por año para someterse a una mamografía, y otra que ofrece mamografías bienales gratuitas a las mujeres con edades comprendidas entre los 40 y 59 años.



Caso 13

🍏 Iniciativa de Azucarlito como lugar de trabajo libre de humo de tabaco en Uruguay

La iniciativa de “Edificio sin humo de tabaco” de la empresa Azucarlito se puso en marcha en 2002 con el objetivo de mantener un entorno de trabajo sin humo de tabaco en una fábrica azucarera de Paysandú, en Uruguay. La iniciativa comenzó en respuesta al interés manifestado por la dirección de la fábrica y un grupo de empleados en trabajar en un entorno laboral sin humo de tabaco. Un estudio inicial preliminar determinó que el 10% de los trabajadores de la fábrica eran fumadores. Los programas establecidos anteriormente para ayudar al personal a dejar de fumar no habían sido eficaces.

En un principio se llevaron a cabo actividades destinadas a mejorar los conocimientos sobre las consecuencias negativas del tabaquismo y los beneficios de mantener espacios libres de humo de tabaco. Asimismo, se discutieron las diferencias existentes entre “fumadores activos” y “fumadores pasivos”. Se establecieron grupos, moderados por un médico y un especialista en promoción de la salud, para discutir las responsabilidades individuales y colectivas

respecto a la salud de todos los trabajadores. Se crearon también grupos de apoyo para las personas que deseaban dejar de fumar. Por último, la alta dirección de la fábrica instituyó una política en la que declaraba Azucarlito un “lugar de trabajo libre de humo de tabaco” y estipulaba las sanciones que se aplicarían a quienes infringieran las nuevas reglas establecidas.

Como resultado de la iniciativa, muchos de los miembros del personal dejaron de fumar, mientras que otros redujeron considerablemente el número de cigarrillos que fumaban al día. La iniciativa atrajo la atención de los medios de comunicación, que promovieron Azucarlito como el “Primer lugar de trabajo libre de humo de tabaco” del país, haciendo que otras organizaciones pusieran en marcha sus propias iniciativas para asegurar espacios de trabajo sin humo de tabaco.

El liderazgo y coordinación ejercidos por un organizador comunitario de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer fue fundamental para el éxito de la iniciativa, junto con la amplia participación y apoyo de todos los niveles dentro de la compañía. La compañía Azucarlito había expresado su compromiso de proteger la salud de sus trabajadores, lo que permitió obtener apoyo de los niveles superiores de gestión dentro de la compañía. Otro de los factores esenciales señalados para el éxito de la experiencia fue el liderazgo ejercido por un gerente particular antiguo fumador que había sufrido

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

graves problemas de salud a consecuencia de su hábito de fumar. Los trabajadores también participaron activamente en todas las etapas de la iniciativa. Entre los desafíos encontrados destaca la resistencia de los fumadores de la compañía, sobre todo de los niveles superiores de gestión, a participar en las actividades y programas de la iniciativa.

La iniciativa de Azucarlito como edificio libre de tabaco de humo estableció un importante e innovador modelo para los programas y políticas de promoción de la salud en Uruguay. La experiencia recibió reconocimiento nacional y fue reproducida en distintas instituciones. Sirvió también como modelo para la elaboración del Decreto nacional 268/05, que prohíbe fumar en todos los espacios cerrados del país como parte de la iniciativa nacional de espacios 100% libres de humo de tabaco.



Caso 14

Convertir a la Intendencia Municipal de Rivera en un lugar de trabajo libre de humo de tabaco Uruguay

La iniciativa para convertir a la Intendencia Municipal de Rivera en un lugar libre de humo de tabaco fue iniciada

en 2004 con el objetivo de transformar el edificio principal de la Intendencia del municipio de Rivera en un lugar de trabajo sin humo. La iniciativa fue concebida e implementada por el personal de la Intendencia Municipal y un coordinador de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Se colaboró también con el programa de radio “Entre Todos”, que ayudó a difundir información sobre la iniciativa y sus resultados entre la población general.

En un primer momento se estableció un grupo de trabajo llamado “Grupo Pro Calidad de Vida”, integrado por miembros del personal y la dirección de distintos departamentos de la Intendencia Municipal, al que se ofreció un espacio de oficina con acceso a teléfono, computadora, impresoras e Internet. El grupo de trabajo se reunió regularmente para examinar las decisiones y actividades relacionadas con la iniciativa. Durante el curso del proyecto, este grupo evolucionó para adaptarse a las necesidades de las diversas tareas y etapas de la iniciativa. La diversidad del grupo y el alto nivel de compromiso y participación de sus integrantes fueron destacados como uno de los principales factores que contribuyeron al éxito de la iniciativa.

Una de las principales contribuciones de este grupo fue la redacción de una política interna relativa al tabaquismo en el lugar de trabajo. Esta política, una vez aprobada, llevó a la creación de áreas designadas para fumadores y transformó la

Intendencia Municipal de Rivera en la primera 100% sin humo de tabaco de Uruguay. Se implementaron también programas para ayudar a dejar de fumar, que fueron ofrecidos a todo el personal. La iniciativa fue reconocida oficialmente por la oficina del Intendente y la autoridad legislativa de la ciudad aprobó un cambio en la legislación municipal para apoyar la iniciativa. La participación del Intendente en las actividades aumentó durante el curso de la iniciativa. Los sindicatos locales apoyaron también los esfuerzos realizados.

Se preparó una campaña de sensibilización para compartir información acerca de la magnitud del problema y los riesgos del humo de tabaco directo e indirecto para los trabajadores del edificio. Para ello se realizaron presentaciones y se impartieron talleres en los que participaron un oncólogo y profesores universitarios, y se utilizaron carteles, pegatinas y otros materiales publicitarios como alfombrillas para ratón de computadora. Asimismo, se colocaron ceniceros en lugares estratégicos con carteles para recordar a las personas la obligación de apagar sus cigarrillos antes de entrar al local.

Uno de los desafíos vividos al principio fue el hecho de que la contaminación por el humo del tabaco en los lugares de trabajo no era percibida como un problema por el personal, la dirección e incluso los servicios de salud. A medida que las personas se fueron sensibilizando

gracias a los esfuerzos de la iniciativa, la cuestión empezó a ser percibida como un problema que era necesario resolver. Otro de los efectos positivos observados fruto de la iniciativa fue la percepción por parte del personal local de salud respecto a cómo se ve afectada la salud de la población por el humo del tabaco. Este fenómeno hizo que los servicios de salud apoyaran las actividades de la iniciativa y que hubiera una mayor promoción de las políticas locales públicas para luchar contra la contaminación por humo de tabaco en los espacios de trabajo.

Un factor importante que dificultó el éxito de esta iniciativa fue la falta de voluntad por parte de ciertos miembros del personal para dejar de fumar en el trabajo. La política tenía por finalidad que los fumadores abandonaran su hábito o limitaran su consumo de tabaco a las áreas no relacionadas con su trabajo. No obstante, se necesitaron esfuerzos intensos y constantes para hacer respetar la normativa a fin de reducir considerablemente la contaminación por humo de tabaco en el lugar de trabajo.

La iniciativa ha sido sostenible y ha logrado mantener un buen nivel de participación a fin de consolidar los resultados obtenidos. El nivel de contaminación por humo de tabaco en el edificio ha disminuido, junto con el número de fumadores entre los miembros del personal. La política de prohibición de fumar en el lugar de trabajo está bien establecida y es

respetada. Actualmente, los esfuerzos del grupo de trabajo se centran en documentar la experiencia a fin de optimizar la difusión de sus resultados y lecciones aprendidas en la comunidad y entre los profesionales de la salud.



Caso 15

Promoción, prevención y educación de la comunidad en salud cardiovascular en Tala, Uruguay

Esta iniciativa comunitaria, que se puso en marcha en 2002 en el municipio de Tala, Canelones, se proponía promover una mejor comprensión de un concepto integral de la salud y fomentar la adopción de estilos de vida saludables. En la iniciativa participaron el gobierno local, organizaciones comunitarias, servicios de salud públicos y privados, escuelas rurales y urbanas, iglesias locales, la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, universidades, organizaciones deportivas, profesionales de la salud, trabajadores comunitarios de la salud y dirigentes de la comunidad. En un primer momento se realizó un estudio preliminar para evaluar el perfil de la población y los principales problemas que la aquejaban. El estudio puso de relieve el envejecimiento de la población, que se veía

afectada por una gran cantidad de problemas de salud prevenibles. Estos problemas eran causados principalmente por cambios en los hábitos alimentarios, el estilo de vida sedentario, el alcoholismo, el tabaquismo, el alto consumo de drogas psicoactivas y el deterioro de las condiciones sociales, económicas y medioambientales que afectaban la salud cardiovascular. El desempleo era particularmente alto, sobre todo entre la población rural. Los servicios de salud se centraban casi exclusivamente en ofrecer tratamiento, sin existir apenas actividades de promoción, prevención y educación.

Las actividades fueron diversas e incluyeron entre otros una campaña mediática de amplio alcance acerca de la importancia de llevar un estilo de vida saludable, la integración de equipos de salud en las escuelas, el establecimiento de grupos comunitarios y la realización de actividades de desarrollo de capacidades. Este esfuerzo inicial dio lugar a una serie de proyectos (eliminación adecuada de desechos, control de vectores, prevención de ETS, abuso de sustancias y violencia familiar, etc.), que siguieron todos ellos la misma orientación de acción estratégica y se centraron en los grupos de población más vulnerables, así como los grupos con riesgos específicos de sufrir enfermedades cardiovasculares (obesidad, diabetes, adicciones, etc.).

Entre los resultados observados destacan: mayor

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

sensibilización entre los profesionales de la salud acerca de la importancia de promover estilos de vida saludables y una mejor comprensión de las estrategias y mecanismos de promoción de la salud; mayor aceptación de los esfuerzos realizados de forma participativa y con la comunidad; aumento de los conocimientos y hábitos saludables entre los adolescentes y los ancianos; mayor participación y menor aislamiento de la población anciana; mejor comprensión de las cuestiones relacionadas con la salud escolar gracias a la implementación de un sistema más eficaz de seguimiento y referencia de pacientes; y el establecimiento de grupos de salud comunitarios tales como “Adultos en Movimiento”, que trabaja para prevenir la violencia doméstica.

vez suscitó un mayor interés en la iniciativa por parte de la comunidad y fomentó su compromiso con la misma.

Uno de los factores importantes que apoyó la iniciativa fue el cambio del gobierno nacional ocurrido en 2005, y que dio lugar a un incremento de los avances tecnológicos e hizo que los medios de comunicación prestaran mayor atención a las cuestiones de salud. Este cambio de gobierno también conllevó un cambio estructural en el sistema de salud, dotándolo en lo sucesivo de una mayor orientación hacia la promoción y educación, y fortaleciendo las estrategias de atención primaria de la salud. Como consecuencia de ello se dio inclusión a distintos actores sociales locales en el proceso de toma de decisiones, lo que facilitó enormemente la planificación e implementación de la iniciativa, y lo que a su

Facilitando
el avance de
la promoción
de la salud
en las
Américas



Lecciones
de
15
estudios
de caso

