

Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
"Ezequiel Zamora"



**VICERRECTORADO
DE INFRAESTRUCTURA Y PROCESOS INDUSTRIALES
ESTADO COJEDES**

La Universidad que Siembra

**Jefatura de Estudios
Avanzados**

**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD
EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO COJEDES.
UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE.**

AUTOR: Lcdo. Daniel Tovar.
TUTORA: Dra. Orquídea Bello.

SAN CARLOS, OCTUBRE DE 2024.

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"



La Universidad que Siembra

VICERECTORADO DE INFRAESTRUCTURA
Y PROCESOS INDUSTRIALES

Programa Estudios Avanzados

Ciencias de la Salud

Maestría en Salud, Mención: Salud Pública

**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD
EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO COJEDES.
UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE.**

*Requisito parcial para optar al Título de Magister en Salud,
Mención: Salud Pública.*

Autor: Lcdo. Daniel Tovar.
Tutora: Dra. Orquídea Bello.

San Carlos, octubre de 2024.



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
VICERECTORADO DE INFRAESTRUCTURA
Y PROCESOS INDUSTRIALES
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS**

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Dra. ORQUÍDEA BELLO**, cedula de identidad N° V- **10.991.658**, hago constar que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado, titulado: **ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO COJEDES. UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE**, presentado por la ciudadana: **DANIEL ENRIQUE TOVAR JIMÉNEZ**, Titular de la Cédula de Identidad Nro. **V-13.594.178**, para optar al título de **MAGÍSTER EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**, por medio de la presente certifico que he leído el Trabajo y considero que reúne las condiciones necesarias para ser defendido y evaluado por el jurado examinador que se designa. En la ciudad de San Carlos, a los 10 días del mes de septiembre del año 2024.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Orquidea Bello', enclosed within a large, loopy oval flourish.

**Dra. ORQUIDEA BELLO
C.I. N° V-10.991.658
TUTORA**



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
UNELLEZ VIPI COJEDES



ACTA DE ADMISIÓN TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado(a):

**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO
COJEDES. UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE**

Elaborado por el (la) participante:

Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

DANIEL ENRIQUE TOVAR JIMÉNEZ

C.I. V-13.594.178

Como requisito parcial para optar al grado académico de: Magister Scientiarum, el cual es ofrecido en el programa de: Maestría en Salud, mención Salud Pública, del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ - San Carlos, hacemos constar que hoy: 16 de octubre de 2024, a las: 04 pm se realizó la admisión del mismo, acordando que:

- EL TRABAJO / TESIS SE ACEPTA PARA LA PRESENTACIÓN / DEFENSA ORAL.
- EL TRABAJO / TESIS SE ACEPTA PARA LA PRESENTACIÓN / DEFENSA ORAL, UNA VEZ QUE SE ADOPTEN LAS MODIFICACIONES SUGERIDAS.
- EL TRABAJO / TESIS NO SE ACEPTA PARA LA DEFENSA ORAL.

Se estableció como fecha de presentación / defensa, el día: 21 de octubre de 2024 a las 12m, Dando fe de ello levantamos la presente acta en San Carlos. _____

1.- Jurado Coordinador (a)

Dr. Miguel Martino

CI-V 16.775.531

(UNELLEZ-COORDINADOR);

2.- Jurado Principal

MSc. Naileth Hernández

C.I.V- 10.328.539

(UNELLEZ)

4.- Jurado Suplente

Dra. Eloina Jaimes

C.I.V-10.323.322

(UNELLEZ);

3.- Jurado Principal

Dra. Orquídea Bello

C.I. V- 10.991.658

(TUTORA EXTERNA-
UNEFM);

5.- Jurado Suplente

Dra. Carmen Pinto

C.I.V- 4.101.093

(UNELLEZ).





UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
UNELLEZ VIPI COJEDES



PRESAV
PROGRAMA DE
ESTUDIOS AVANZADOS
COJEDES-UNELLEZ

ACTA DE PRESENTACIÓN / DEFENSA TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO, TESIS DOCTORAL

Nosotros, miembros del jurado de:

Trabajo Especial de Grado	X	Trabajo de Grado	Tesis Doctoral
---------------------------	---	------------------	----------------

Titulado(a):

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO COJEDES. UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE

Elaborado por el (la) participante:

Nombres, Apellidos y Cédula de Identidad

DANIEL ENRIQUE TOVAR JIMÉNEZ
C.I. V-13.594.178

Como requisito parcial para optar al grado académico de: *Magister Scientiarum*, el cual es ofrecido en el programa de: **Maestría en Salud, mención Salud Pública**, del Programa de Estudios Avanzados del Vicerrectorado de Infraestructura y Procesos Industriales de la UNELLEZ – San Carlos, hacemos constar que hoy, 21 de octubre de 2024 a las 12:25m, se realizó la presentación / defensa del mismo, acordando:

- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN HONORÍFICA.
- APROBAR LA PRESENTACIÓN / DEFENSA DEL TRABAJO / TESIS, OTORGANDO MENCIÓN PUBLICACIÓN Y HONORÍFICA.

Dando fe de ello levantamos la presente acta, la cual finalizó a las 12:57m.

1.- Jurado Coordinador (a)

Dr. Miguel Martino
C.I-V 16.775.531

(UNELLEZ-COORDINADOR);

Nailith Hernández
2.- Jurado Principal

MSc. Nailith
Hernández
C.I.V- 10.328.539
(UNELLEZ);



3.- Jurado Principal

Orquídea Bello
Dra. Orquídea Bello
C.I.V- 10.991.658,
(EXTERNA-UNEFM);

4.- Jurado Suplente

Dra. Eloina Jaimes
C.I.V- 10.323.322
(UNELLEZ);

5.- Jurado Suplente

Dra. Carmen Pinto
C.I.V- 4.101.093
(UNELLEZ).

AGRADECIMIENTOS

Gratitud, en primer lugar, a Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo, quienes siempre me guían e iluminan el camino junto a mi familia.

A mi familia y muy especialmente a mis padres por ser ejemplo de amor, unión, lealtad, confianza, respeto, motivación, trabajo y lucha.

A mis hijos, por ser una de las bendiciones más grande que he recibido de Dios, son parte de muchas etapas bonitas de mi vida y mi inspiración.

A la UNELLEZ, por brindarme la oportunidad de realizar esta Maestría en tiempos adversos por la pandemia COVID-19.

Al Coordinador de la Maestría, Dr. Miguel Martino, por su apoyo constante en la realización de estos estudios avanzados.

A mi tutora, la Dra. Orquídea Bello, quien ha sido una de esas docentes y amigas que, con muchos años de experiencia en el área de salud, ha compartido sus saberes académicos y profesionales, para la construcción de mi Trabajo de Grado.

A los extraordinarios profesores, facilitadores, orientadores en el proceso de aprendizaje, en este nivel de Maestría en Salud: Ph.D. Antonio Flores; Dra. Xiomara Liberto; Dra. Carmen Pinto; Dra. Luisa Calvo; Dra. Marianela Hernández; Dr. Miguel Martino; Dra. Dilia Rojas; Dra. Mariela Raymundo; Dra. Emilia Lugo; Dr. Maiquer Ruíz; Dra. Luz María Salazar; Dr. Reynaldo Mújica; MSc. Anabella Arvelo y la MSc. Gelcys González.

A todos(as) mis compañeros(as) de la Maestría en Salud Pública, quienes siempre intentamos mantenernos unidos y concluir la meta final, terminar nuestros proyectos de investigación, en especial a Vanessa Gil, Leydis Martínez, Ana Rojas y Susana Quintero, quienes formamos un buen equipo y gracias a Dios por mantenernos unidos hasta el final.

A todos mis respetos, aprecio y gratitud por siempre.

Daniel Tovar

DEDICATORIA

A Dios por darme valor y fortaleza, y a la vez por permitirme despertar cada mañana con un nuevo sueño para cumplir todos mis proyectos de vida y mis metas, pero sobre todo por la Salvación y la paz interior que hoy siento en mi vida.

A mis hijos, que son mi motor de inspiración. Dios quiera que mis logros los motiven y sean inspiradores para ellos.

Con el mayor respeto y admiración a mis amados padres: Juan Tovar y Carmen Lucia Jiménez, por su fuerza y cariño, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y por enseñarme tantos valores, los cuales atesoro en mi corazón. Muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A toda mi familia por todo el apoyo que siempre me han brindado.

Hasta donde Dios me lo permita allí estaré con ustedes y para ustedes...

Daniel Tovar

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	i
ACTA DE ADMISIÓN.....	ii
ACTA DE VEREDICTO.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
DEDICATORIA.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y CUADROS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I	
El Problema	14
1.1. Problema Investigación.....	14
1.2. Objetivos de la Investigación.....	19
1.3. Hipótesis de la Investigación.....	20
1.4. Justificación y Líneas de Investigación.....	20
CAPÍTULO II	
Marco Teórico	26
2.1. Estado del Arte.....	27
2.2. Elementos Bioéticos de la Investigación.....	33
2.3. Antecedentes de Investigaciones previas.....	37
2.4. Antecedentes Legales.....	46
2.5. Bases Teóricas Referenciales.....	54
2.6. Operacionalización de Variables.....	114
CAPÍTULO III	
Marco Metodológico	
3.1. Adscripción del Paradigma.....	115
3.2. Enfoque de la Investigación.....	116
3.3. Tipo de Investigación.....	117
3.4. Diseño de la Investigación.....	118
3.5. Modalidad de la Investigación.....	119
3.6. Población y Muestra.....	120
3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	121
3.8. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	122
3.9. Técnicas de Análisis de Datos.....	124

CAPÍTULO IV	
Resultados y Discusión	126
4.1. Análisis de datos.....	126
4.2. Resultados.....	126
4.3. Discusión de los Resultados.....	126
4.4. Propuesta.....	146
CAPÍTULO V	
Consideraciones Finales	149
5.1. Conclusiones.....	149
5.2. Recomendaciones.....	150
Bibliografía.....	153
Anexos.....	162

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y CUADROS

	Pág.
FIGURAS	
1. Líneas de Investigación.....	25
2. Triada Ecológica.....	61
3. Determinantes Sociales de Salud.....	67
4. Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud.....	68
5. Funciones Esenciales de Salud Pública.....	72
6. Estrategias de Promoción de Salud y Prevención.....	96
 TABLAS	
1. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud y sus principales aportaciones.....	87
2. Operacionalización de Variables.....	114
3. Valoración Total del Coeficiente de Confiabilidad aplicado en la investigación.....	123
 CUADROS	
1. Componentes de la Definición de Universidades Promotoras de la Salud (UPS).....	106
2. Relación de las RIUPS (Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud) existentes.....	110



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
“EZEQUIEL ZAMORA”
VICERECTORADO DE INFRAESTRUCTURA
Y PROCESOS INDUSTRIALES
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS**

**ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS UNIVERSIDADES
DEL ESTADO COJEDES. UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE.**

AUTOR: Lcdo. Daniel Tovar
TUTORA: Dra. Orquídea Bello
MES Y AÑO: Octubre, 2024.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general diseñar estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde, en el contexto universitario del estado Cojedes. Cabe señalar que la Promoción de la Salud es un elemento clave para el fortalecimiento de los sistemas de salud y su capacidad para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, centrándose en garantizar la salud al más alto nivel posible con solidaridad y equidad, basados en las Teorías de Sigerist (1948); Lalonde (1974); OMS (1986) y Arroyo (2018). En este sentido la metodología fue enmarcada en un paradigma positivista, bajo el enfoque cuantitativo, proyecto factible, diseño no experimental; asimismo la población estuvo integrada por 20 personas (Directivos, Docentes y Estudiantes) de Universidades que ofertan carreras de las Ciencias de la Salud en el estado Cojedes, cuya muestra fue censal, sustentado por Castro (2003). Se Consideró como técnica de recolección de datos la encuesta bajo la modalidad de cuestionario, validándose mediante juicio de tres (3) expertos con veintiséis (26) ítems, escala de Likert y midiendo la confiabilidad mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach con resultado de 0,86 enmarcado en el rango muy altamente confiable. En conclusión, la promoción de la salud es una estrategia que tiene como objetivo desarrollar procesos y actividades en individuos o grupos para cambiar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. Asimismo, la promoción de la salud tiene como objetivo brindar una mejor calidad de vida a individuos y grupos, teniendo en cuenta que las personas son entidades biológicas y sociales que requieren de la intervención de los profesionales de la salud para crear comunidades saludables. Cabe señalar que esta estrategia debe ser aplicable en todos los contextos y disciplinas, no solo en los relacionados con la salud.

Descriptor: *Estrategias, Promoción de la Salud; Universidades Promotoras de Salud (UPS) y Modelo Lalonde.*



**NATIONAL EXPERIMENTAL UNIVERSITY
OF THE WESTERN PLAINS
“EZEQUIEL ZAMORA”
VICE RECTORATE OF INFRASTRUCTURE
AND INDUSTRIAL PROCESSES
ADVANCED STUDY PROGRAM**

**HEALTH PROMOTION STRATEGIES IN COJEDES STATE
UNIVERSITIES. AN APPROACH FROM THE LALONDE MODEL.**

AUTHOR: Lcdo. Daniel Tovar

TUTOR: Dra. Orquídea Bello

MONTH AND YEAR: October, 2024.

ABSTRACT

The general objective of this research work was to design health promotion strategies under the Lalonde Model, in the university context of the Cojedes state. It should be noted that Health Promotion is a key element for strengthening health systems and their ability to respond to the health needs of individuals, families and communities, focusing on guaranteeing health at the highest possible level with solidarity. and equity, based on the Theories of Sigerist (1948); Lalonde (1974); WHO (1986) and Arroyo (2018). In this sense, the methodology was framed in a positivist paradigm, under the quantitative approach, feasible project, non-experimental design; Likewise, the population was made up of 20 people (Managers, Teachers and Students) from Universities that offer Health Sciences careers in the state of Cojedes, whose sample was census, supported by Castro (2003). The survey was considered as a data collection technique in the form of a questionnaire, validated through the judgment of three (3) experts with twenty-six (26) items, a Likert scale and measuring reliability through the Cronbach's Alpha Coefficient with a result of 0,86 framed in the very highly reliable range. In conclusion, health promotion is a strategy that aims to develop processes and activities in individuals or groups to change risk behaviors and adopt healthy lifestyles. Likewise, health promotion aims to provide a better quality of life to individuals and groups, taking into account that people are biological and social entities that require the intervention of health professionals to create healthy communities. It should be noted that this strategy must be applicable in all contexts and disciplines, not only those related to health.

Descriptor: *Strategies, Health Promotion; Health Promoting Universities (UPS) and Lalonde Model.*

INTRODUCCIÓN

Las universidades, como principales instituciones culturales de una nación, en su constante apropiación, generación y difusión del conocimiento, tienen el deber de asumir un rol activo en la promoción de salud y hacer que, desde el enfoque educacional y cultural, se potencien acciones con un amplio espectro creativo en sus diversas expresiones; para promover conductas responsables en el campo de la salud entre los jóvenes y su entorno.

Los integrantes del medio universitario, debido a la multiplicidad de cambios físicos, psicológicos, sociales, culturales y cognoscitivos que experimentan, pueden hallarse más expuestos a situaciones desfavorables que afecten su bienestar a largo plazo. Entre esos factores de riesgo figuran, por ejemplo: determinadas conductas sexuales, consumo de sustancias psicoactivas, ingestión inadecuada de alimentos, sedentarismo, abuso físico y sexual, accidentes, obesidad y desnutrición, entre otros, los cuales pueden ser neutralizados por factores protectores como las relaciones familiares, sociales y escolares positivas, la percepción optimista sobre su futuro, el buen estado de salud, el compromiso con la institución y el elevado rendimiento académico. La promoción de salud viene transitando y fortaleciéndose desde el siglo pasado, usándose por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist definió las cuatro grandes tareas de la medicina: promoción de salud, prevención de riesgos y enfermedades, curación y rehabilitación del enfermo, según lo planteado por Sigerist.

Es crucial destacar que la promoción de la salud es un método que aspira a enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, impulsar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para solucionar sus problemas. El más reciente enfoque de promoción de la salud representa un proceso que capacita a las personas para mejorar y ejercer dominio sobre su salud, impulsando el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad para elegir los estilos de vida más saludables y la creación de ambientes favorables para la salud.

Promoción de la salud es un enfoque holístico que persigue potenciar el bienestar personal y grupal mediante la educación, la prevención y la generación de ambientes saludables. Este principio trasciende el mero diagnóstico y tratamiento de patologías, enfocándose en la promoción de costumbres saludables y el fortalecimiento de los individuos para que tomen decisiones fundamentadas respecto a su salud. En un mundo en el que se incrementan las enfermedades no contagiosas, como la diabetes y las afecciones cardiovasculares, el fomento de la salud se vuelve un instrumento crucial para abordar estos retos. Las iniciativas comunitarias, las políticas gubernamentales y los programas de educación desempeñan un papel fundamental en la puesta en marcha de estrategias que promuevan estilos de vida sanos y minimicen los factores de riesgo. Al promover la salud, se contribuye no solo al bienestar individual, sino también al desarrollo social y económico de las comunidades, creando un futuro más saludable y sostenible para todos.

En este sentido, el autor de esta investigación expresa que una de las herramientas de la Promoción de la Salud es el proceso de empoderamiento que significa elaborar una visión con participación de todos; conocer y participar en el diagnóstico; priorizar problemas y potencialidades de desarrollo; participar en la gestión y ejecución de los proyectos; evaluar su impacto y redefinir prioridades; entender los límites de autonomía que tiene la solución local, dentro del marco de la política global, nacional, regional y local; y manejar los proyectos y programas de intervención por equipos intersectoriales, interdisciplinarios y liderados por la comunidad excluida. Para lograr esto, es vital construir la capacidad de la comunidad para las acciones orientadas a cambiar condiciones de vida con el fin de producir más salud y mejorar la calidad de vida en los niveles individuales y colectivos.

En América Latina, su historia y su cultura están fuertemente vinculadas a la condición de la salud, aspectos que también están vinculados a sus procesos de evolución económica y social. Además, en años recientes se han puesto

en marcha numerosas iniciativas de promoción de salud, llevadas a cabo en diferentes estratos sociales, que no han logrado el objetivo esperado. Es evidente que las políticas de Promoción en Salud deberán tener en cuenta de manera firme una estrategia socio-comunitaria-política, que sea integrada y facilite el acceso al sistema y pueda tener situaciones efectivas en salud.

Es crucial concentrarse en el área de la Promoción de Salud desde un enfoque integrador de los procesos fundamentales universitarios, implementando métodos multidisciplinarios con la implicación de docentes y estudiantes como protagonistas del progreso y comprometidos con las necesidades sociales, desde una perspectiva extensionista y de vinculación sociocomunitaria.

La promoción de la salud debe tener un propósito institucional, a través del compromiso con la salud, el bienestar y la calidad de vida como un componente de la visión de las Universidades. Esto demuestra cómo se incorporan en su cultura, estructura administrativa, proyecto educativo, procesos y plan de desarrollo estratégico; de qué manera pueden ayudar a alcanzar sus metas y misión institucional, y de qué manera afecta a la comunidad universitaria.

Por lo tanto, el autor de esta investigación tomó en cuenta el asunto a abordar, motivado por que el objetivo principal del programa de la Maestría en Salud Pública es educar a especialistas provenientes de diversas disciplinas en el extenso ámbito de la Salud Pública, capaces de enfrentar desde múltiples enfoques los problemas de salud de la población mediante intervenciones de fomento, salvaguarda y recuperación de la salud de la comunidad.

La metodología se fundamentó en el estudio de diversas fuentes documentales, iniciando con los distintos enfoques epistemológicos, teóricos conceptuales, que relacionen el accionar del diseño de estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde, en el contexto universitario del estado Cojedes, vinculado con el paradigma positivista con enfoque cuantitativo.

El desarrollo estructural, se realizará a partir de la consideración de cinco (5) Capítulos, los cuales se reflejan en el siguiente recorrido:

El **Capítulo I:** El Problema (Problema Investigación; Contextualización epistemológica y bioética de la investigación; Objetivos de la investigación; Hipótesis de la investigación y Justificación y Líneas de investigación).

El **Capítulo II:** Marco Teórico (Estado del arte; Elementos bioéticos de la investigación; Antecedentes de investigaciones previas; Antecedentes Legales (de ser necesario); Bases teóricas referenciales y Operacionalización de variables).

El **Capítulo III:** Marco Metodológico (Descripción del Modelo (puede ser estadístico, matemático, econométrico u otro de índole cuantitativa; Tipo de investigación (método); Diseño de la investigación; Población y muestra; Técnicas e instrumentos de recolección de datos; Técnicas de análisis de datos; Confiabilidad y validez de los instrumentos; Materiales (equipo, procesos y pruebas de laboratorios, si corresponde).

El **Capítulo IV:** Resultados y Discusión (Análisis de datos; Resultados; Discusión de los Resultados; Propuesta)

El **Capítulo V:** Conclusiones; Recomendaciones; Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

“Si alguien desea una buena salud, primero debe preguntarse si está listo para eliminar las razones de su enfermedad. Solo entonces es posible ayudarlo”.
Hipócrates

1.1. Problema de la Investigación

Según Leal (2014), enuncia que “el verdadero científico es un eterno buscador de la verdad, no pierde de vista lo que ya Sócrates nos dejó en su reflexión: yo sólo sé que no se nada, y por eso sigue buscando. Así cada tendencia, propuesta e idea, cada método podría ser una posible faz de la verdad”. (p. 24).

El interés por encontrar y mantener la salud se remonta a la antigüedad. La salud es considerada un factor valioso y deseable, que es condición necesaria para la realización de actividades que inciden positivamente en la organización de la vida pública, con consecuencias físicas, económicas, sociales y psicológicas.

La promoción de la salud es uno de los tres elementos más importantes de la educación sanitaria, siendo los otros dos la prevención y el uso adecuado de los recursos sanitarios. Su desarrollo conceptual está íntimamente relacionado con el desarrollo histórico de la salud, pero en general puede entenderse como un conjunto de recomendaciones para mantener un estado de bienestar adecuado para los individuos y la sociedad.

El historiador alemán Henry Sigerist (1946), citado por Lizaraso (2012) destaca que existen cuatro funciones básicas de la medicina: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración de los enfermos, y 4) la rehabilitación; y, afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”, instando al

esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos. Fue el primero en usar el término “promoción de la salud” para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria. (p. 2).

En sentido amplio, no sólo un momento previo a la aparición de la enfermedad, debe verse como la autonomía de las personas en un contexto político y cultural, como sujetos capaces de mejorar sus condiciones de vida y provocar cambios. Esto significa que el futuro personal de salud debería estar preparado para trabajar más activamente en el fortalecimiento de los esfuerzos de prevención de enfermedades y promoción de la salud y debería ser capaz de crear un nuevo modelo de salud que no sólo esté orientado hacia la educación sanitaria, sino que también tenga una orientación más amplia. Considere los determinantes de la salud; por lo tanto, cubrirán las necesidades de salud de la población venezolana.

También, Resende (2008) expresa que el modelo teórico-conceptual de Promoción de la Salud, fue formulado a partir de los años '70 en países desarrollados como Canadá, Inglaterra, EE.UU., Australia y Nueva Zelanda, viene ejerciendo una creciente influencia sobre las políticas de salud de los países emergentes y subdesarrollados.

Desde esta perspectiva, fue institucionalmente consagrada la promoción de la salud a través de la divulgación en Canadá, en 1974, del Informe Lalonde. A través de este "discussion paper", el Ministerio de Bienestar y Salud procuró elaborar un fundamento conceptual sobre la salud que fuera intelectualmente aceptable y suficientemente simple para permitir una rápida localización ante cualquier idea, problema o actividad relacionada a la salud. Basándose en el concepto de campo de salud, este informe propone un mapa del territorio de la salud interrelacionando cuatro grupos explicativos del fenómeno salud/enfermedad: ambiente (natural y social), estilo de vida (comportamiento

individual que afecta a la salud), biología humana (genética y función humana) y organización de los servicios de salud.

Por otro lado, a mediados de la década de 1980, era necesario actualizar el movimiento de promoción de la salud para superar las limitaciones teóricas y prácticas de la tendencia conductista. Para continuar con la ideología de Alma-Ata (1978), se desarrolló un programa de promoción de la salud socioambiental, que algunos denominaron "nueva promoción de la salud".

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en 1986, en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud estableció como una de las áreas de acción prioritarias para promocionar la salud la creación de entornos que apoyen y favorezcan la salud. Los entornos se establecieron como aquellos lugares o contextos sociales donde las personas desarrollen su actividad diaria e interactúen con factores que puedan afectar a su salud y bienestar. En este sentido, la universidad es un entorno ideal por sus características para promocionar la salud. Por un lado, es un centro de trabajo y educativo, y además, es una institución especialmente relevante en el avance de la sociedad a través de la formación, la investigación y la transferencia de conocimiento.

De acuerdo a lo establecido en la Primera Reunión Internacional sobre el tema, realizada en Canadá en el año 1986, el concepto de promoción de la salud (Health Promotion) es definido como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (Carta de Ottawa, 1986).

Desde este punto de vista, Arenas y Otros (2017) opinan que la promoción de la salud no sólo es una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, de acuerdo con la OMS, es una estrategia integral que articula cinco líneas de acción: a) políticas públicas saludables, que coloquen a la salud en la agenda pública; b) creación de entornos, que favorezcan condiciones de vida seguras y gratificantes; c) reforzamiento de la acción comunitaria, es decir, impulsar la participación de la población en la toma de decisiones; d) desarrollo de

aptitudes personales, que facilite la información y las herramientas para mejorar la alfabetización sanitaria; e) reorientación de los servicios sanitarios, para que exista equilibrio entre las acciones curativas y las acciones de promoción y prevención. Estas cinco líneas deben trabajarse de manera integral, vinculando a los sistemas de salud con los distintos sectores y con la población, y enfatizando en la responsabilidad social que tiene el Estado para el cuidado de la salud.

A partir del 2003, surgió el Movimiento de Universidades Promotoras de Salud en la región latinoamericana según Arroyo-Acevedo et al. (2015). Con el trabajo que universidades públicas y privadas en los países latinoamericanos han realizado, y con la institucionalización de redes formales de Universidades Promotoras de la Salud en países como por ejemplo México y Chile se ha fortalecido este movimiento de la Salud. Junto a esto, Conferencias Internacionales sobre el tema también han contribuido al impulso y la socialización de la iniciativa 'Universidades Promotoras de Salud' en América Latina (Arroyo et al., 2009).

En este contexto, el concepto de Universidades Promotoras de la Salud (UPS) "hace referencia a las entidades de Educación Superior que fomentan una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud (PS), y se constata a través de una política institucional para la mejora continua y sostenida de las acciones de PS" (OPS/OMS, 2015).

Por tanto, la Universidad actúa como un lugar de intercambio entre diferentes grupos de personas de diferentes procedencias, que tienen diferentes conocimientos y experiencias, que son capaces de transformar su entorno inmediato y lejano, convirtiéndola en un lugar propicio para estimular y resolver problemas de salud, desde el punto de vista de los determinantes sociales. No hay duda de que el papel de estas instituciones es muy importante, dadas sus

funciones principales: educación, investigación y extensión o participación comunitaria.

Han sido varios los autores que han abordado el tema de la promoción de salud y estilos de vida saludable en el contexto universitario internacionalmente, pudiendo citar entre otros a Granados, (2013); Pastor et al. (1998); Londoño et al. (2005); Posada, (2006); Salazar y Cáceres, (2004); Varela et al. (2007); Vélez et al. (2019), todos presentando diferentes estilos de investigación acorde a las condiciones políticas y sociales de cada país.

Como se mencionó anteriormente, existe información sobre cómo las universidades de diferentes partes del mundo implementan un enfoque universitario de promoción de la salud en su cultura, procesos y políticas universitarias para promover la salud de la comunidad universitaria. El propósito de este estudio es la implementación del enfoque Lalonde en las Universidades del estado Cojedes, para crear un equipo interdisciplinario y formar parte de una Red Nacional e Internacional de Universidades Promotoras de la salud.

Además, es importante realizar este enfoque desde los Determinantes Sociales de Salud (DSS), los cuales a través de la Comisión Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud (CDSS), en el año 2005 sugirió algunas estrategias prioritarias para la ejecución de medidas, enfatizando que “una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud”, según lo planteado por Rincón y Mantilla (2020).

Es de considerar los factores anteriores, ya que estas universidades son responsables de crear una cultura de promoción de la salud en sus campus y en el entorno social y comunitario externo. Para comprender mejor el objeto de estudio se deben responder las siguientes preguntas:

¿Cuál es la situación actual de la Promoción de la Salud en las Universidades que ofertan carreras en las Ciencias de la Salud en el estado Cojedes y su implementación desde los Determinantes Sociales de la Salud?

¿Qué nivel de conocimiento tendrán los estudiantes de pregrado y postgrado de las Ciencias de la Salud de las Universidades del estado Cojedes, en cuanto a la Promoción de la Salud y su implementación desde el enfoque del Modelo Lalonde?

¿Cuáles serán las estrategias que permitan la Promoción de la Salud en las Universidades que ofertan carreras en las Ciencias de la Salud en el estado Cojedes y su implementación desde el enfoque del Modelo Lalonde?

¿Qué efecto traerá evaluar las estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde, en el contexto universitario del estado Cojedes?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Proponer estrategias de promoción de salud en las Universidades del estado Cojedes. Un enfoque desde el Modelo Lalonde.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Diagnosticar la situación actual de la Promoción de la Salud en las Universidades en el estado Cojedes y su implementación desde los Determinantes Sociales de la Salud.
2. Determinar el nivel de conocimiento de los estudiantes de pregrado y postgrado de las Ciencias de la Salud, en cuanto a la Promoción de la Salud y su implementación desde los Determinantes Sociales de la Salud.
3. Desarrollar estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde, en el contexto universitario del estado Cojedes.
4. Evaluar las estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde,

en el contexto universitario del estado Cojedes.

1.4. Hipótesis de la Investigación

¿Tiene relación la Promoción de la Salud en las Universidades en el estado Cojedes y su implementación desde los Determinantes Sociales de la Salud, con la Atención Primaria en Salud?

1.5. Justificación y Líneas de Investigación

1.5.1. Justificación de la Investigación

La Universidad es reconocida como escenario propicio para dinamizar y abordar la salud desde el enfoque de determinantes sociales, pues tiene un rol protagónico en las transformaciones sociales y un imperativo de ponerse en consonancia con las necesidades sociales, económicas, políticas y ambientales de su propio contexto.

En el ámbito internacional tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la OMS han reconocido su relevancia al señalar que estas instituciones promueven y apoyan la colaboración entre los sectores del gobierno, los sectores privado y público y los socios no gubernamentales de cada país; por su parte desde el movimiento de UPS se ha demostrado que es una iniciativa idónea para fortalecer la salud mediante el ideario y la praxis de la promoción de la salud.

Así mismo, las universidades son instituciones peculiares debido, entre otras cosas a que son centros de enseñanza con papeles de formación, educación en investigación, son centros de creatividad e innovación, en los que se aplica el conocimiento desde enfoques disciplinares e interdisciplinares.

Además, la promoción no tiene que ver sólo con la prevención de la ocurrencia de ciertas enfermedades específicas, sino que con una estrategia integral de fomento de estilos de vida saludable y de ambientes saludables. Se parte de la base de que una parte importante de las enfermedades están influidas por

los estilos de vida de la población. Por lo tanto, deben integrarse al enfoque curativo, acciones de prevención y promoción de estilos de vida.

Permitirá propiciar estrategias para aunar esfuerzos y potencializar las acciones, con la generación de una agenda en las universidades y una articulación directa con los escenarios gubernamentales desde sus diferentes niveles para la gestión de determinantes sociales de la salud, que le permitan apoyar acciones y orientar a los tomadores de decisiones.

Desde lo axiológico, esta investigación servirá para reforzar los valores personales y como profesionales de la salud, ya que las funciones del nuevo gerente en salud son totalmente aplicables integralmente: prestador de asistencia sanitaria; decisor: utilización óptima de la nueva tecnología teniendo en cuenta consideraciones éticas; comunicador: promoviendo modos de vida sanos mediante técnicas de comunicación y capacitando al individuo para proteger su salud; líder comunitario: armoniza las necesidades sanitarias individuales y colectivas; gestor: trabaja en equipos sanitarios multidisciplinarios; educador: educa a los pacientes y/o usuarios de los servicios médicos, a la comunidad, a otros profesionales de la salud y a los estudiantes de medicina; investigador y formulador de políticas sanitarias, las cuales han sido expresadas por la Organización Mundial de la Salud.

Por consiguiente, este estudio es un aporte social para las comunidades universitarias objeto de estudio, debido a que se valora el carácter académico y científico de las universidades como una vía para la vinculación de los saberes que allí se generan en las discusiones y formulación de políticas públicas. Asimismo, las universidades cuentan con reconocimiento público de su saber, lo cual es un factor importante que les permite incursionar y hacer aportes sobre formas efectivas de analizar la salud desde los determinantes sociales de la salud.

Igualmente es una contribución social para las escuelas, universidades y la Gerencia en la Dirección de Salud Regional, ya que la Promoción de la Salud

fomenta cambios en el entorno para generar salud y bienestar; opera en los lugares o contextos en los que las personas participan en actividades diarias, donde los factores sociales, económicos, ambientales, organizacionales y personales interactúan.

El abordaje de Promoción de la Salud implica una manera particular de colaborar: parte de las diferentes necesidades de la población, fomenta sus capacidades y sus fortalezas, empodera, es participativa, intersectorial, sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

Asimismo, en el aspecto metodológico el presente trabajo de grado servirá de antecedente a otros investigadores que necesiten indagar sobre Estrategias, Promoción de Salud; Universidades Promotoras de Salud (UPS) y el Modelo Lalonde. También a nivel de gobierno esta búsqueda está inmersa en la política pública de la Misión Barrio Adentro puesto que representa un apoyo para la formación de promotores de salud en los consejos comunales mediante los comités de salud, la nueva gestión en salud pública y participación comunitaria.

1.5.2. Líneas de Investigación

En primer lugar, se justifica dicho trabajo de grado en las líneas de investigación de la UNELLEZ, específicamente en el *Área Ciencias de la Salud*, las cuales comprende investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades, intervención, asistencia, promoción de la salud y bienestar individual, familiar, social y comunitario con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población. También abarca aspectos relativos a técnicas y métodos, para asegurar la salud física y mental del ser humano.

También se encuentra enmarcada en la línea de investigación denominada *Salud Colectiva*, la cual abarca un conjunto complejo de saberes y prácticas, técnicas científicas y culturales, ideológicas, políticas y económicas, relacionados al campo de la salud. La investigación en Salud colectiva

incorpora la perspectiva de la promoción de la salud, de la prevención, las acciones de rehabilitación, la protección de la ciudadanía, la identificación y monitorización de los contextos vulnerables. Requiere, por lo tanto, la integralidad, y propone la superación del biologicismo y del modelo clínico, centrado en la práctica médica, en la enfermedad, en los procedimientos, en la especialidad y en la orientación hospitalaria.

En segundo lugar, está inserta en las líneas de investigación de la Maestría en Salud, mención: Salud Pública de la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” - UNELLEZ:

1. *Sistemas y Políticas de Salud.* Orienta desde la investigación el diseño de modelos tendientes a garantizar acceso y atención a la salud como necesidad y no como mercancía, mediante los programas que aseguren el goce del derecho a la salud y a través de: sistemas de salud integrales, servicios farmacéuticos, programas de salud preventiva, políticas para el desarrollo de la salud pública con pertinencia y cobertura, producción de medicinas, deconstrucción y rehabilitación del aparato de la salud y atención integral de las poblaciones, redes de distribución de medicamentos, configurando propuestas de teórico metodológicas que tributen al desarrollo sustentable escala local, estatal, nacional e internacional.
2. *Salud Integral.* Es una línea de investigación que va permitir el análisis de las problemáticas referidas al bienestar físico, psicológico y social, que abarca la esfera subjetiva y el comportamiento, así como el estudio de los factores subyacentes en la calidad de vida y el grado de satisfacción de necesidades básicas personales, abarcado temas como: estilos de vida que arriesgan la salud integral, relación de los factores concurrentes en la calidad de vida y las dimensiones de la salud integral de las personas en los contextos de: salud física, salud mental, salud espiritual y salud emocional.

3. *Salud Pública*: De allí pues, que esta línea de investigación incluye el estudio y análisis de los elementos e instrumentos usados para describir y comprender como funciona la calidad de los sistemas de salud pública en concreto. Se trata de indagar sobre los factores que brindan información relativa a varios aspectos de la salud de la población, entre otros: dinámica demográfica (esperanza de vida, mortalidad y natalidad, en tanto indicadores de la salud de la población), estadísticas de morbilidad (Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población) estudios sobre la población sin cobertura de salud, otros, con los cuales, se busca medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas de las organizaciones locales, regionales, nacional e internacional relacionadas con el sector salud.

Aunado a ello, guarda relación con los lineamientos para la discusión y el debate en las áreas de Salud y Educación que están incorporados en el Plan de la Patria 2019-2025.

Por último, esta investigación se encuentra inmersa en el seno del Sistema de Creación Intelectual de la UNELLEZ, en el *Grupo de Creación Intelectual "Gerencia, Salud Pública y Epidemiología" – GCIGSPE*. Dicho GCI tiene como objetivo contribuir con formación de expertos en salud pública con elevadas competencias profesionales y gerenciales, que, a través de proyectos de intervención, aporten en prácticas de salud, soluciones a la problemática regional, contribuyendo con la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) para mejorar la calidad de vida de la población. En tanto que área de trabajo académico, busca identificar y trabajar sobre los problemas relevantes de investigación del campo, y construir conocimiento pertinente que impacte el programa de Maestría en Salud Pública y sus actividades de

proyección social. A continuación, se detallan las líneas de investigación del trabajo en estudio, en la figura 1:



Figura 1. Líneas de investigación.

Fuente: Elaboración propia (2024).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

“La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación”.
Sigerist

El Marco teórico según Arias (2012), es el producto de la revisión documental-bibliográfica y consiste en una recopilación de autores conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación por realizar, los cuales comprenden los antecedentes de investigación, bases teóricas y sistema de variables.

Sin embargo, Rivera (1998) refiere que, en todo proceso de investigación, un elemento que direcciona el camino a seguir en todo trabajo científico es el marco teórico:

Es la base donde éste se inicia, continúa o hace que ésta fracase, ya que cuando se tiene planteado el problema de estudio-es decir, que se poseen en los objetivos y preguntas de investigación- y se ha evaluado su factibilidad, el siguiente paso consiste en sustentar teóricamente el estudio, etapa que se ha denominado “elaboración del marco teórico”. Este paso implica analizar y exponer aquellas teorías, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes en general que se consideran válidos para un correcto encuadre del estudio. (p. 233).

Sin embargo, esta misma autora señala que el marco teórico no solamente abarca la revisión de conceptos y/o teorías que apoyan una investigación. Además del marco teórico que debe sustentar a cada investigación, debe ser tomado en cuenta el marco de referencia y el marco conceptual en el cual se circunscribe la investigación a realizar.

Entonces, el marco teórico es general e incluye al marco de referencia que ubica al problema desde diferentes ángulos para enfocarlos con una óptica que permita su estudio a través del análisis y según encuadre al problema se le denomina marco conceptual, marco histórico, marco situacional, marco legal, entre otros.

2.1. Estado del Arte

Al respecto, Cruz (2018) considera que la construcción de estado de arte durante la elaboración escrita de una investigación, es un proceso discursivo que posee implicaciones de carácter metodológico y epistemológico. El análisis del conocimiento acumulado se encuentra mediado por el lenguaje.

Guevara (2016), plantea que el estado del arte es una categoría central y deductiva que se aborda y se propone como estrategia metodológica para el análisis crítico de las dimensiones política, epistemológica y pedagógica de la producción investigativa en evaluación del aprendizaje. (p. 2).

El autor antes mencionado, expresa que el estado del arte hoy en día, se ha convertido en una herramienta importante para que universidades y centros de investigación revisen el conocimiento actual de los resultados de sus investigaciones, evalúen y creen nuevos escenarios educativos y de investigación en sus respectivos campos de interés.

En este sentido, uno de los componentes investigativos ineludibles para la construcción del objeto de estudio de la investigación es la elaboración del estado del arte, de ahí la importancia de su conocimiento como metodología de trabajo como puerta de bienvenida para el desarrollo de un proyecto investigativo.

Igualmente, Cruz (ob. cit.) afirma que:

Sin el estado de arte no hay definición de objeto de estudio, y por lo tanto, la investigación que se desea realizar puede sufrir descalabros conceptuales, metodológicos y epistemológicos. El estado del arte es la apertura a conocimiento de un campo específico del gran tema con el que se ingresa al doctorado; es el develamiento al conocimiento del discurso socialmente compartido sobre el que se adoptan posturas y compromisos intelectuales a partir de la circulación de la información documentada; es el acercamiento al conocimiento de un discurso multidisciplinar que se ha construido sobre un tema. (p. 1).

Por su parte, en otra investigación, Molina (2005) citado por Cruz (ob. cit.) señala que el estado del arte “es un estudio analítico... que tiene como objetivo inventariar y sistematizar la producción en un área del conocimiento” aunque

aclara que este “ejercicio que no debe quedarse tan solo en e inventario, sino que debe trascender más allá, porque permite hacer una reflexión profunda sobre las tendencias y vacíos en un área específica”, según Vargas y Calvo (1987). Sin embargo, Carlino (2006) cita que no se puede hablar de lo que no se sabe, menos aún, escribir de lo que no se conoce; “la escritura es un método para pensar”.

Estos autores, argumentan que el momento de la construcción de la investigación es recursivo, esto es, no se elabora y se concretiza de una vez y para siempre; es un ir y venir entre lo que se supone ya se sabe de un tema o problema, y todo aquello que se va encontrando en el camino (estudios, reflexiones, debates, propuestas, ensayos, innovaciones, tendencias), además de las reuniones colegiadas con el director o tutor, y colegas o compañeros.

De allí, que durante los procesos de búsqueda y de primera interpretación, el estudiante gestiona estrategias de organización de la información de acuerdo a sus intereses y necesidades intelectuales que se hallan permeadas por una constante de cuestionamiento-respuesta sobre el tema. De esta manera, se identifican conceptos, autores mayormente aludidos en el caso de los proyectos de investigación o estudios monográficos, tendencias teóricas y metodológicas para el tratamiento del tema, posicionamientos teóricos, contextos investigativos (locales, nacionales, internacionales), grupos especializados de académicos o investigadores que tratan el tema.

Por ello, entrando en materia de objeto de estudio, Arroyo (2009) destaca que el enfoque y estrategia salubrista de “Entornos Saludables” toma auge a partir de la década de los ochenta como parte del movimiento global y regional de Promoción de la Salud impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Oficinas Regionales incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (p. 4).

También, Kickbusch (2003) citado por Arroyo (ob. cit.) reseña que la Oficina Regional de la OMS en Europa lidera a partir de las ochenta diversas iniciativas de entornos saludables en ciudades y autoridades locales, escuelas, Universidades, organizaciones profesionales, hospitales, y otros escenarios. El enfoque de entornos saludables ha tenido el propósito de impulsar la Promoción de la Salud a través de la estrategia de intervención a poblaciones con énfasis en el comportamiento de los individuos y las comunidades en riesgo. La propuesta ha sido moverse de la intervención en individuos o grupos de individuos para alcanzar los ambientes de vida donde las personas de desenvuelven diariamente. Otro de los objetivos del enfoque es fortalecer los recursos de salud, los procesos de participación y el empoderamiento.

Los proyectos de entornos saludables en América Latina cobran fuerza a mediados de la década de los noventa logrando avances significativos vinculados a los escenarios de Ciudades, Comunidades, Municipios, Lugares de Trabajo y Escuelas. A nivel del escenario Universitario se formalizan en el 1996 redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de recursos humanos en Promoción de la Salud y Educación para la Salud (CIUEPS, 1996). También en los noventa se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de Universidades Promotoras de la Salud.

Desde este contexto, se puede decir que el Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud se fortalece en América Latina con el trabajo realizado en los países por Universidades tanto públicas y privadas. También se ha fortalecido como resultado de las redes formales de Universidades Promotoras de la Salud que se han institucionalizado en países como Chile y México, entre otros. Las Conferencias Internacionales sobre el tema también han sido instrumentales contribuyendo a impulsar la iniciativa a nivel Iberoamericano. Se puede hacer referencia a los eventos realizados en Chile (2003), Edmonton, Canadá (2005) y Ciudad Juárez, México (2007).

En la Región de las Américas el I Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se desarrolló en Santiago, Chile en noviembre de 2003. El tema central del evento fue “Construyendo Universidades Saludables”. El evento fue coordinado por la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad de Alberta, Canadá. El mismo contribuyó a socializar el movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. El liderazgo institucional de Chile en este ámbito de trabajo queda nuevamente evidenciado cuando en el 2006 la Universidad de Los Lagos organiza una reunión para fomentar el trabajo en red con participantes nacionales e internacionales (Guía para Universidades Saludables, 2006, p.13).

Bajo el liderazgo institucional chileno también se publica la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior que fue un trabajo conjunto del Programa UC Saludable de la Pontificia Universidad Católica de Chile, el INTA de la Universidad de Chile, de la OPS/OMS, con el apoyo técnico del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE y del Ministerio de Salud de Chile.

El II Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en la Región de las Américas se efectuó en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton. Como producto de este evento surge el documento declaratorio conocido como la Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior (Guía para Universidades Saludables, 2006, p.43). En el documento se establece el marco conceptual, las metas, las creencias y los principios de la iniciativa. Además, se propone una guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las Universidades.

El III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud se realiza del 3 al 6 de octubre de 2007 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El tema fue Entornos Formativos Multiplicadores. El evento fue organizado por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Dirección General de Servicios

Académicos, Subdirección Universidad Saludable. Ofrecieron apoyo la OPS y la Pontificia Universidad Católica de Chile. En el evento se inscribieron 122 delegados representando siete países: Chile (15), Colombia (1), España (9), Estados Unidos (5), México (88), Puerto Rico (1), y Venezuela (3).

Lo anterior muestra que las universidades están bien posicionadas para promover la educación para la salud y mejorar el estilo de vida de la comunidad universitaria. Son centros de trabajo para diferentes colectivos que realizan actividades importantes para sus vidas. Más importante aún, su objetivo es formación de profesionales y convertirse en agentes de cambio social.

Bajo la influencia de los factores de la crisis económica, el estado de salud de las comunidades universitarias y población en general en nuestro país es preocupante, lo que obliga a las universidades a formular estrategias, por un lado, para aumentar la sensibilidad del control médico y formular planes sobre cómo responder a las necesidades en el campo de la salud, en donde todos debemos esforzarnos en promover estilos de vida saludables y prevención de enfermedades.

Dado, pues, que el entorno es el espacio físico, social y cultural donde se habita cotidianamente y donde se establecen relaciones sociales que determinan una manera de vivir y de ser, el concepto «entornos saludables» incorpora tanto los aspectos de saneamiento básico como los relacionados con espacios físicos limpios y adecuados, así como las redes de apoyo para lograr ámbitos psicosociales sanos y seguros, exentos de violencia (abuso físico, verbal y emocional). De la misma manera, las actividades de información y de educación para la salud constituyen un complemento de estas otras formas de intervención.

Producto de estas consideraciones, los postulados de Muñoz y Cabieses (2008) definen la Universidad Promotora de Salud como:

Aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan,

influyendo así en entornos laborales y sociales. De esta manera promueve conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la implantación de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria. (p. 2).

Esto significa que las universidades, como eje central del desarrollo de los emprendimientos educativos y de salud nacional y regional, desempeñan un papel protagónico capaz de asumir la responsabilidad social que la institución debe asumir. Esforzarse continuamente por aumentar la coherencia para mejorar el intercambio de conocimientos y la transferencia de tecnología y promover el desarrollo continuo de conocimientos como estrategia esencial para transformar la educación, la atención, la gobernanza, el desarrollo de políticas y el compromiso social en la promoción de la salud y, en última instancia, la gobernanza. Promover la colaboración intersectorial formal y regular con el sector de salud y educación.

Todos estos desafíos, así como la necesidad de las universidades de asumirlos, han sido detallados por la OPS/OMS, citados por Muñoz y Cabieses (ob. cit.) de la siguiente manera:

Las universidades pueden ser aliados importantes en la realización de la investigación y evaluación de la promoción de la salud... En diversos países hay fuentes de datos que, si se analizan, interpretan y presentan adecuadamente, podrían atender muchas necesidades de promoción de la salud, como aumentar las pruebas de su efectividad, compilar las enseñanzas extraídas y la documentación de las experiencias. (p. 142).

Por las razones anteriores, muchos hoy consideran la promoción de la salud como la nueva salud pública, en primer lugar porque no se centra únicamente en las enfermedades y en segundo lugar porque proporciona herramientas para responder a los cambios en el estado de salud, enfrentar el cambio del perfil sociodemográfico y epidemiológico de un país, a la vez que permitirá promover modos de vida y espacios sociales sanos y prevenir tanto las enfermedades infecciosas como aquellas no transmisibles.

Por consiguiente, el investigador de este estudio expresa que la promoción de la salud es un proceso que permite incrementar el control sobre los determinantes de la salud, a través del cual se pueden abordar complejos problemas sanitarios, sociales y económicos, y que ofrece un marco valioso

para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida. La promoción de la salud constituye, por ende, un enfoque técnico, político, social y académico para trabajar con distintos sectores y mejorar la calidad de vida de las personas.

2.2. Elementos Bioéticos de la Investigación

Para Martín (2013), los principios bioéticos que rigen la investigación deben aplicarse también a la elaboración de la pregunta de investigación, para que ésta cumpla, además de las condiciones técnicas, las premisas de respeto a dichos principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. No sería justificable plantear un trabajo que no aportara un beneficio a las personas, ni un avance relevante en el conocimiento. (p. 1).

En el mismo orden de ideas, la autora antes señalada expresa lo siguiente a cerca de los conflictos éticos de los investigadores:

La actividad investigadora, puede verse sometida a intereses de muy diversa índole que pueden desembocar en verdaderos conflictos éticos. Si bien el investigador tiene como motivación principal la de contribuir al avance del saber en una determinada disciplina, puede además tener la aspiración, lícita, de llevar a cabo investigaciones exitosas y relevantes que contribuyan a un mayor prestigio y reconocimiento. Por otro lado, las entidades financiadoras del proyecto esperan resultados positivos para sus propios intereses. Por último, está la presión de las instituciones para que los investigadores publiquen los resultados de sus trabajos regularmente y la búsqueda constante de financiación. Todo lo anterior es fuente de conflictos de intereses que pueden menoscabar el respeto de los principios éticos en la investigación. (p. 28).

Asimismo, Martín (ob. cit.) destaca que otros conflictos que afectan frecuentemente a la comunidad científica en general son la falsificación, el plagio, publicaciones repetidas o fragmentadas para rentabilizarlas al máximo, cuestiones sobre la autoría que buscan favorecer a determinadas personas o que se ponen al servicio de una jerarquía de poder:

Desde este contexto, se puede abordar los principios éticos, tal como se conocen hoy (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), los cuales se publicaron en 1979 en el libro Principios de ética biomédica, de la mano de dos filósofos americanos, Tom Beauchamp y James Childress (1999), quienes

adaptaron al campo de la biomedicina los principios éticos y proposiciones que previamente se habían desarrollado en el ámbito de la investigación:

1. **Principio de Autonomía:** Se ha definido como la capacidad de autodeterminación, de actuar libremente y conscientemente, sin condicionantes externos. Su fundamento filosófico se encuentra en Kant, que afirma que “el hombre es un fin en sí mismo y nunca puede ser utilizado como un medio”. Frente al derecho de actuar libremente, la otra cara de la moneda es el deber de asumir la responsabilidad de las acciones que se realizan. El principio de autonomía ha adquirido una importancia fundamental en la ética contemporánea, prevaleciendo incluso sobre el principio de beneficencia, que era el que primaba en la relación médico paciente en el pasado. Una expresión de este principio es el consentimiento informado, de capital importancia en la medicina actual.
2. **Principio de Beneficencia:** Como se apunta más arriba, esta premisa ha estado presente en la ética médica desde hace milenios, recogién dose ya en el Juramento Hipocrático. La medicina, desde sus orígenes, tiene un elevado carácter moral, puesto que en su desempeño busca hacer el mayor bien posible al paciente según el recto entender y los conocimientos del médico. No ha de entenderse la beneficencia como caridad o piedad, ya que se desarrolla entre seres humanos autónomos con derecho a decidir. La beneficencia sin autonomía daría lugar a actitudes “paternalistas”, decidiendo lo que es mejor para el enfermo sin contar con su opinión e incluso para defenderlo de sí mismo.
3. **Principio de No Maleficencia:** ‘Primum non nocere’, en primer lugar no hacer daño. Contenido en el Juramento Hipocrático, puede ser exigido de forma obligatoria. Si en cualquier situación o circunstancia no podemos hacer un bien debemos, al menos, no hacer un mal. Este principio prevalece cuando entra en conflicto con otros principios.

4. **Principio de Justicia:** El concepto de justicia según la tradición aristotélica consiste en “tratar igual lo que es igual y desigualmente lo que es desigual” o, dicho de otro modo, a casos iguales, tratamientos iguales. Es el último de los principios, no por casualidad, sino porque históricamente también fue el más tardío en tenerse en cuenta en la ética biomédica. Su relevancia actual ha venido marcada por un sistema sanitario con recursos limitados frente a un número de usuarios que supera los recursos con creces. La justicia se puede plantear a dos niveles: en primer lugar, las situaciones en las cuales varios pacientes, con una patología o situación similar, precisan unos recursos diagnósticos o terapéuticos insuficientes, y hay que elegir a quien se destinan esos recursos (camas en UCI, trasplante de órganos, diálisis). En segundo lugar, la justicia puede aplicarse al modo de distribuir los recursos según el presupuesto asignado. Corresponde a los administradores de los sistemas sanitarios tomar este tipo de decisiones.

En este sentido, el investigador de este estudio destaca que la la ética de la investigación aplica los principios de la bioética a la metodología propia de la actividad investigadora para garantizar las buenas prácticas, la integridad y la calidad de la producción científica. Partiendo de estos principios, la Promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

Es importante destacar, que en esta investigación se realizó el consentimiento informado por parte de las personas encuestadas quienes participaron en este estudio. Al respecto, Vargas (2000) citado por Delgado (2009) opina que el consentimiento (CI) se desprende del Código de Núremberg, y tiene como fin el salvaguardar legal y éticamente a las personas que tomen la decisión de participar en protocolos de investigación. (p. 45).

Por consiguiente, los profesionales y trabajadores en promoción de la salud deben asumir la responsabilidad particular de intervenir en esos nichos, partiendo de conocerse a sí mismos, de cuestionar desde la epistemología, su ejercicio para lograr el máximo de identidad y diferenciación con las otras áreas de desempeño en salud, sin olvidar sus horizontes de quehaceres interdisciplinarios, refinar sus objetos teóricos enriquecidos con la investigación social cualitativa, sus problemas, métodos y resultados, confrontándolos con su realidad concreta.

Entonces, urge repensar los programas académicos que se proponen formar profesionales con énfasis en promoción de la salud y los especialistas en ella, para revisar críticamente su función social, y los aportes a la transformación de los índices de morbilidad y mortalidad de los colectivos humanos donde ejercen su acción, según lo plantea Franco (2006, p. 44).

2.3. Antecedentes de la Investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) aportan que es necesario conocer los antecedentes (estudios, investigaciones y trabajos anteriores), especialmente si uno no es experto en los temas o tema que vamos a tratar o estudiar, afirmando:

Conocer lo que se ha hecho con respecto a un tema ayuda a: No investigar sobre algún tema que ya se haya estudiado a fondo...a estructurar más formalmente la idea de investigación...a seleccionar la perspectiva principal desde la cual se abordará la idea de investigación. (p. 28).

Conocer esto nos permitirá elaborar una investigación que sea novedosa, e incluso inédita, así nuestra investigación tendrá una temática con mayor claridad, sustentada de conocimientos científicos.

Este apartado tiene como finalidad exponer investigaciones que se han desarrollado hasta el momento en el ámbito internacional, nacional y local, sobre las temáticas sobre la promoción de la salud y las Universidades Promotoras de Salud.

Con el propósito de enriquecer y conocer criterios producto de estudios relacionados con la temática; se realizó una revisión bibliográfica y documental de investigaciones precedentes, las cuales sirvieron para el desarrollo de la investigación entre las que se encuentran:

2.3.1. Contexto Internacional

Luego de realizar una revisión sobre tesis doctorales, trabajos de grado, artículos científicos, ponencias efectuadas sobre la temática en el ámbito internacional y nacional, se tomó en consideración el trabajo de grado de Núñez (2023) titulado: “*Estrategia preventiva para mejorar la calidad de vida del Personal Administrativo, Universidad Señor de Sipán*”, para optar al título de Maestra en Gerencia de Servicios en Salud, de la Universidad Señor de Sipán, Pimentel - Perú.

La investigación tuvo como propósito proponer una estrategia preventiva para mejorar la calidad de vida en personal administrativo de la Universidad Señor de Sipán; estudio de nivel básico, con alcance descriptivo - proyectivo, y una muestra de 153 trabajadores, como instrumento se diseñó y validó una escala tipo Likert sobre calidad de vida; los resultados descriptivos encontrados indican que en su mayoría son mujeres (58,8%), de estado civil convivientes (52,9%), mayoritariamente de zona urbana (84,3%), y poseen un ingreso económico promedio de entre 1500 a 3000 nuevos soles (95,4%), presentan un alto índice de sobre peso (39,2%), obesidad (9,2%) e índice cintura – cadera elevada (39,2%), en cuanto a la calidad de vida es de nivel medio en el 94,1%, y según dimensiones en la actividad física la calidad de vida es de nivel bajo en el 51%, en tanto en las demás dimensiones en su mayoría es de nivel medio. Conclusión: La calidad de vida es de nivel medio y la propuesta de estrategias preventivas para mejorar la calidad de vida en personal administrativo de la Universidad Señor de Sipán (USS), es viable y se justifica en los resultados como parte del diagnóstico.

En el mismo orden de ideas se presenta el trabajo de grado de Hernández (2022), titulado: *“Programa de promoción de estilos de vida saludables en estudiantes de la residencia “Hermanos Saíz Montes de Oca”*, para optar al título de Máster en Desarrollo Social de la Universidad de Pinar del Río – Cuba. La presente investigación dilucidó los estilos de vida saludables en los estudiantes universitarios, el cual es un tema que en Cuba tiene vital importancia, teniendo como referentes los Programas Nacionales del Ministerio de Educación Superior acerca de la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, el Programa del Uso Indebido de las Drogas, el Programa de prevención de la Tuberculosis y el Programa Nacional de Extensión Universitaria. Esta investigación partió de la problemática existente en la residencia “Hermanos Saíz Montes de Oca” de la Universidad de Pinar del Río (UPR) vinculada con la adopción de conductas de riesgo que ponen en peligro la salud de los estudiantes becados. El objetivo de la investigación estuvo en el diseño de un programa de promoción de estilos de vida saludables en los estudiantes de la residencia “Hermanos Saíz Montes de Oca” de la UPR. Para ello se utilizaron los métodos: histórico-lógico, análisis-síntesis, el análisis documental y la Investigación-Acción con sus técnicas: encuesta, entrevista en profundidad y observación participante. Entre los principales hallazgos se constató que los estudiantes tienen un bajo conocimiento acerca de los estilos de vida saludables, poseen conductas de riesgo para su salud y que las actividades extensionistas que se desarrollan en la residencia para promover estilos de vida saludables son insuficientes. Se pudo concluir que un programa de promoción de estilos de vida saludables en dicha residencia estudiantil puede ser la estrategia adecuada para la solución del problema de investigación.

También, Bermúdez (2021), desarrolló el trabajo de grado titulado: *“Promoción de la salud y la participación comunitaria en el puesto de salud asistencial de primer nivel – Quiñota Cusco”*, para optar al título de Maestro en Gestión Pública, de la Universidad César Vallejo, Lima - Perú. La presente

investigación tuvo como finalidad investigar la conexión entre la promoción de la salud y la participación comunitaria. El tipo de investigación fue de enfoque cualitativa, de tipo básica, el diseño fenomenológico, la muestra estuvo conformada por diez sujetos, los instrumentos que se utilizaron fueron la entrevista y la observación cualitativa. La conclusión que se obtuvo de la investigación es que existe relación entre la promoción de la salud y la participación comunitaria de manera tal que participa directamente en la salud de los habitantes del distrito de Quiñota – Cusco, y en su estilo de vida.

Asimismo, Campos (2021) efectuó el trabajo de grado titulado: “*Estilos de vida de adolescentes de establecimientos educacionales públicos de la región del Bio-Bio y factores relacionados*”, para optar al grado académico de Magister en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile. La presente investigación tuvo por objetivo identificar los estilos de vida de adolescentes de algunos establecimientos educacionales públicos de la región del Bio-Bio y su relación con factores personales y del microsistema.

El Método utilizado fue un estudio cuantitativo, transversal en 489 adolescentes de 7 establecimientos educacionales. El cuestionario incluyó los instrumentos: estilo de vida “FANTASTICO” adaptado culturalmente a población adolescente; la escala KIDSCREEN de Percepción de Salud General y las variables Percepción de Apoyo social y biosocioculturales. Dentro de los resultados, arrojó que solo el 10% obtuvo puntajes muy buenos de estilo de vida. Los hombres presentaron mejores puntajes de estilos de vida, así como en las dimensiones de actividad física, bienestar mental y alimentación. Se observó asociación directa y estadísticamente significativa con Percepción de Salud y Apoyo social y una asociación inversa con el año académico cursado y la edad de los/las adolescentes. Como conclusiones se tuvo un bajo porcentaje de adolescentes presentó estilos de vida saludable. Los hombres y adolescentes de menor edad presentan mejores estilos de vida;

el mayor apoyo social y la percepción de salud son factores que influyen favorablemente en los estilos de vida.

Se realizaron recomendaciones, los comportamientos poco saludables evidenciados conllevan a los y las adolescentes a mayor vulnerabilidad en salud. Utilizar métodos de pesquisa rápidos y sencillos en establecimientos educacionales permitiría intervenciones en el microsistema, así como en los factores personales del/la adolescente más eficaz de promoción, prevención, pesquisa, y derivación oportuna a equipos de salud especializados.

De igual manera, López (2020) realizó la tesis doctoral titulada: “*Promoción de salud y educación entre iguales en contextos urbanos de vulnerabilidad*”, para optar al título de Doctora en Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universitat de València, España. La presente investigación tuvo por objetivo describir el proceso y conocer los resultados de diseñar e implementar una acción formativa dirigida a capacitar a personas pertenecientes a asociaciones, como agentes de salud de base comunitaria en contextos urbanos de vulnerabilidad.

Describir el perfil de las asociaciones y de las y los agentes de salud participantes. Así como conocer la opinión de representantes de asociaciones respecto a las personas formadas como agentes de salud de base comunitaria para incorporar la salud en la agenda de las asociaciones. Además, en el ámbito de acción es un tejido asociativo de la ciudad de València. Se realizó un estudio participativo basado en la estrategia de educación entre iguales y el aprendizaje significativo, con una metodología de formación vinculada a la acción; un estudio analítico cualitativo mediante entrevistas semi-estructuradas individuales a representantes de las asociaciones; y un estudio de evaluación con metodología cuantitativa de las memorias y registros de los cursos de formación-acción realizados desde 2009 a 2018.

Como resultados de la investigación, se obtuvo a partir del contacto con el tejido asociativo, el programa Mihsalud diseñó la formación-acción de agentes de salud, fomentando la participación de las personas en situación de

vulnerabilidad. Los resultados cualitativos y cuantitativos muestran el perfil de las personas formadas y el de las asociaciones participantes; la opinión de representantes de asociaciones respecto a la figura de la persona formada como agente de salud de base comunitaria y cómo las asociaciones van incorporando la salud en sus agendas.

Como conclusión, la participación de las asociaciones en la formación-acción de agentes de salud de base comunitaria, permite que incorporen la salud en sus agendas y fomenta la participación de las personas con perfil de liderazgo. La educación entre iguales en salud facilita el encuentro y convivencia intercultural con perspectiva de género; son las mujeres las que han participado mayoritariamente en este proceso de formación-acción, liderando la promoción de la salud en su comunidad.

Por último, Peraza y Otros (2020) realizaron un artículo científico titulado: *“Modelo de promoción de salud en la Universidad Metropolitana de Ecuador”*. Esta investigación tuvo como objetivo presentar un modelo de promoción de salud a aplicarse en la Universidad Metropolitana de Ecuador. Se realizó un estudio cualitativo. Tomando como base el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, se elaboró uno similar, acorde con las características de la Universidad Metropolitana de Ecuador. Este fue elaborado por profesores de la institución. Como resultado, el modelo presentado concibió el trabajo conjunto del médico, enfermero, psicólogo y entrenador deportivo, que a su vez conformaron el grupo de apoyo especializado. La estrategia desarrollada por este grupo se dividió en cuatro esferas: dos relacionadas con una etapa de diagnóstico o reconocimiento de determinadas dificultades; y otras dos referidas a la intervención y su resultado. Como conclusión, el modelo presentado constituye una estrategia para profundizar en el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su salud. Las acciones a desarrollar por el grupo de apoyo

especializado, evidencian el apego a los principios de la promoción de salud en este centro de educación superior.

2.3.2. Contexto Nacional

En principio, cito Álvarez (2020) en su artículo científico titulado: “*Aportes a la promoción de salud desde Barrio Adentro, Venezuela*”. Esta investigación tuvo como objetivo describir la contribución de los promotores comunitarios de salud desde Barrio Adentro a los referentes teóricos relacionados con la promoción de salud en Venezuela. Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica utilizando diferentes motores de búsqueda, mediante lo cual se pudo acceder a varias bases de datos referenciales que ofrecieron textos completos, índices y publicaciones periódicas académicas, entre ellas BIREME, Ebsco, SciELO regional, fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), como LILACS, MEDLINE, Hinari y otras.

Como conclusiones, la Misión Barrio Adentro ha desarrollado un proyecto integral de salud interrelacionado con educación, deporte, alimentación, cultura y seguridad social, una real estrategia de Atención Primaria de Salud y, consiguientemente, la promoción de salud como quehacer primordial. El Consultorio Popular de Barrio Adentro constituye el eslabón imprescindible en el proceso de formación de los promotores comunitarios de salud y no existen antecedentes de una estrategia de formación de promotores comunitarios de salud adecuada a las condiciones sui géneris de la Misión Barrio Adentro.

Por otro lado, Malpica y Dugarte (2015) desarrollaron un artículo científico titulado: “*Salud integral y calidad de vida de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo, Valencia - Venezuela*”. En esta investigación pretendió relacionar factores concurrentes en la calidad de vida y las dimensiones de la salud integral de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación. La metodología es positivista, de naturaleza cuantitativa, descriptiva y de diseño de campo. La muestra fue de 150 estudiantes de la Mención Orientación. Se adaptó el cuestionario

ESVISAUN de Bennisar (2011). Los resultados enmarcados en estadística descriptiva, se asignaron con la escala de niveles: alto (75-100), medio (50 - 74) y bajo (0 - 49); reportando como resultado, al determinar la relación entre calidad de vida y la salud integral, que la salud: física, mental, espiritual y emocional presentan una relación medio; mientras que la salud social, representa una relación medio - alto. Se concluyó que la salud integral de los estudiantes está estrechamente relacionada con la calidad de vida, representada por estilos y hábitos desarrollados.

El mismo año, Malpica y Dugarte (2015) compilaron una serie de artículos científicos en las Memorias del I Congreso Internacional Promoción de la Salud. Hacia una Universidad Saludable el cual fue realizado desde el 15 hasta el 17 de Julio de 2015 correspondiente a la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Carabobo. Esta compilación estuvo enmarcada en el Proyecto Cultura Universitaria en Salud Integral y Calidad de vida, la cual pretendió fortalecer la cultura universitaria en salud integral para el mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes de la FaCe UC, mediante acciones conjuntas en la ejecución de proyectos de las diferentes Facultades de la Universidad de Carabobo para la promoción, prevención y atención de la salud integral, y contribuir con el bienestar biopsicosocial de la población estudiantil.

Todos estos precedentes de investigaciones guardan estrecha relación con el trabajo de grado en estudio, motivado a que la universidad saludable está destinada a mejorar de manera permanente su ambiente físico y social, fortaleciendo aquellos recursos comunitarios que le permiten a su población realizar todas las funciones de la vida y desarrollarse hasta su máximo potencial; con la implicancia directa de integrar la salud y el bienestar en la cultura universitaria a todos los niveles.

Cabe destacar, que en el ámbito nacional no existen casi estudios previos de postgrado sobre la temática, cuya vigencia deba ser de hasta 5 años en

trabajos de grado ni tesis doctorales, por lo que el investigador consideró tomar antecedentes que datan de hasta ocho (8) años atrás o más. Además, por su cercanía objeto de estudio, significan aportes relevantes en relación a la promoción de la salud en las universidades, necesarios para vincular a la presente investigación, bajo el argumento planteado por el Dr. Fidas Arias (2017), quien razona falsa la creencia sobre la desactualización u obsolescencia de la literatura científica. La caducidad de las fuentes citadas y el tiempo o período de vigencia de las mismas (cinco años) en las ciencias sociales y humanidades. Este autor expresa que se trata de un mito académico persistente en la investigación universitaria.

Específicamente, Arias (2014, p. 5) indica que “los mitos en la investigación universitaria se transmiten y se reflejan en la elaboración de proyectos, informes, artículos, tesis y trabajos de grado, particularmente en los aspectos metodológicos y formales”. En otro artículo publicado, este mismo autor expone y deja al descubierto varios de estos mitos (Arias, 2006).

Asimismo, este autor destaca que “la obsolescencia o desactualización de la literatura científica es una condición relativa que presenta una obra cuando, a medida que transcurre el tiempo, disminuye la cantidad de citas que se hacen acerca de esta”. (p. 5).

Por otro lado, Urbizagástegui (2013) expresa que la literatura revisada establece lo siguiente:

Un documento es obsoleto cuando deja de ser citado, es decir, cuando deja de ser usado por una comunidad académica como fuente de información para justificar, argumentar o contradecir las afirmaciones o hallazgos reportados por otros autores. (p.107).

Sin embargo, en el caso de las Ciencias Sociales, son pocos los estudios bibliométricos que muestren datos precisos sobre el semiperíodo o vida media de las referencias. Al respecto, Romanos (2000) señala que:

El uso de los materiales en las Ciencias Sociales es, sin embargo, prolongado y a menudo repetitivo. Según estudios citados por Li, la vida media de las citas totales

en Ciencias Sociales es de nueve años, y las citas a publicaciones periódicas de seis años. (p. 272).

El análisis documental confirma lo expuesto por Arias (2014), quien señala que “el tiempo de obsolescencia o desactualización de las referencias citadas es relativo, debido a que depende de varios factores, fundamentalmente de la disciplina o área del conocimiento, así como del tema objeto de estudio” (p. 31).

2.4. Antecedentes Legales

Éstos se centran en la perspectiva jurídica procedente que justifica la investigación, donde se incluyen todo tipo de leyes que le dan a la indagación su basamento nomotético. Al respecto, Palella y Stracruzzi (2017), indican que las bases legales "son las normativas jurídicas que sustenta el estudio desde la carta magna, las leyes orgánicas, las resoluciones decretos entre otros" (p. 55). Es importante que se especifique el número de articulado correspondiente, así como, una breve paráfrasis de su contenido a fin de relacionarlo con la investigación a desarrollar.

De acuerdo a la definición anterior, las bases legales son todas aquellas leyes las cuales deben guardar una relación con la investigación de estudio, los artículos deben ser copiados tal como son y como último objetivo parafrasearlo con la relación que tiene con la investigación.

Los fundamentos legales del tema en estudio se encuentran establecidos al orden jerárquico correspondiente:

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

En Venezuela en el año de 1999, se crea un nuevo ordenamiento jurídico que permite establecer las bases para un Estado Democrático y Social de Derecho y de Justicia. Esta caracterización del Estado Venezolano adopta valores como la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social, es decir, les da preeminencia a los derechos

humanos, la ética y el pluralismo político.

Este nuevo Estado Social de Derecho tiene como base fundamental lo social y sus objetivos se encaminan al bien común y a la participación justa en la riqueza social y económica. En tal sentido, el Estado es el garante de la satisfacción de las necesidades básicas o vitales de todos los ciudadanos para lograr una vida digna.

En esta nueva organización del Estado y la relación con la sociedad, la promoción de la salud es un aspecto fundamental en la constitución de 1999, en donde se redimensiona la participación de los ciudadanos en la promoción y defensa de su salud, en los siguientes artículos:

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

Desde esta perspectiva, la Carta Magna establece las bases jurídicas para la promoción de la salud, entendiendo esta, como un derecho social de todas las personas, vinculado con el derecho a la vida y que es responsabilidad tanto del Estado como de los ciudadanos. La noción de la salud como un derecho social, se interpreta como una norma jurídica, obligatoria de cumplir, cuyo grado de importancia es lograr la igualdad de los bienes y servicios necesarios para alcanzar la calidad de vida a todos los ciudadanos.

Posterior a esta conceptualización, se diseñaron los mecanismos de garantía constitucional para los demás articulados, entre ellos el artículo 84:

Artículo 84. *Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el*

deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Este artículo rescata la rectoría del Estado en las políticas de salud y contempla la creación de un Sistema Público Nacional de Salud, definiendo sus características: intersectorial, descentralizado y participativo, integrado a la seguridad social, regida por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad y solidaridad.

Luego los artículos 85 y 86 de CRBV, establecen lo siguiente:

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

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

Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud, (2007), considera que el basamento legal venezolano, concibe la salud como expresión individual y colectiva de la calidad de vida y bienestar; y producto de las determinaciones sociales; que comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales; que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico,

el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales.

2.4.2. Tratados Internacionales

Analizar el tema del Derecho a la Salud, implica revisar sus antecedentes en el contexto internacional, ya que muchos de los Organismos Internacionales como la Organización de las Naciones Unidas, (ONU), la Organización Mundial de la Salud, (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otros; abordan su temática desde las diferentes dimensiones y contextos de la vida del ser humano.

Como lo cita Montiel (2004), la ONU en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 en su Artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure al individuo como a su familia, la salud y el bienestar.

Posteriormente, Henry Sigerist en 1948 sostuvo que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” y llamó “Promoción de la Salud” a la tarea de lograr el acceso de la población a ella.

Así mismo, en la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de discriminación contra la Mujer de 1979; la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989; la Organización Internacional del Trabajo de 1991, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

En ese mismo orden de ideas, Libreros y Fuentes (2012) citan que en todos estos documentos Internacionales se expresa y se explica el “Derecho a la Salud”, el cual no debe entenderse como un “derecho a ser saludable”; sino como el derecho de todas las personas al disfrute de los bienes, servicios y

condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud.

Esta concepción de la salud como un derecho, implica que el Estado debe proporcionar los determinantes básicos para la salud, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas; y el cuidado de la salud para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos desde un abordaje integrador y transdisciplinario para lograr una vida digna y un desarrollo individual y social.

Por consiguiente, Cerqueira (1996) plantea que, en Estados Unidos y Europa occidental, se vienen formulando desde casi principios de siglo, pero no fue hasta los años setenta que su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la salud pública.

En este sentido, todos estos tratados ejercieron una influencia decisiva el informe Lalonde (1974), la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), documentos cuyo detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países reveló la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo y las enfermedades crónicas y degenerativas.

2.4.2.1. El Informe Lalonde (1974)

Según la OPS (2023), el Honorable Marc Lalonde de Canadá (1935-2023) fue un abogado, político y ministro de gabinete canadiense jubilado que se desempeñó como ministro de Salud y Bienestar.

En 1972 publicó propuestas para una importante reforma del sistema de seguridad social canadiense. Escribió políticas públicas que influyeron en el hemisferio durante décadas. En 1974, el Sr. Lalonde publicó "New perspectives on the health of Canadians", un documento que se conoció como "El Informe Lalonde". El informe tuvo un efecto transformador en la forma en

que el mundo piensa sobre la salud. Sigue siendo uno de los documentos fundamentales de la promoción de la salud. Esboza un marco conceptual para una comprensión holística de la salud como resultado de la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización del cuidado de la salud. El informe se describe para muchos como "una piedra angular de la reputación internacional de Canadá y un orgulloso logro histórico en el campo de la salud".

2.4.2.2. Declaración de Alma Ata (1978)

En 1978 se produjo la Declaración de Alma Ata, donde se promovía la participación de la comunidad en la planificación y aplicación de su atención en salud, naciendo el concepto de Atención Primaria de Salud, como estrategia tendiente a buscar "Salud para todos en el año 2000", adoptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales.

Según un artículo publicado por Kiernan (2003) en la Revista de OPS, "Salud para todos en el año 2000" fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquellos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar, entonces, que 25 años después, todavía se está trabajando por ese sueño.

Finalizado el evento, casi todos los países del mundo se habían comprometido con una empresa muy seria. La conferencia, la Declaración de Alma-Ata y las Recomendaciones, los movilizarían para poner en marcha un proceso mundial que llevase al cumplimiento, progresivo pero firme, de la meta social y política de "Salud para todos". Desde entonces, Alma-Ata y "atención primaria de salud" son términos indisolubles.

Ahora, 25 años después, vale reflexionar sobre estos hechos y, más que todo, sobre el sentido original de ese objetivo, porque en reiteradas ocasiones ha sido mal interpretado y distorsionado. Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema "Salud para todos" ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un

modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.

En la década de los 70 se vivía en la cresta de la revolución científica y tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría, junto a otros grandes cambios, lo que hoy se conoce como "globalización". Sin embargo, ya se reconocían las grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida, así como la pobreza y el abandono de sectores mayoritarios de la población. De otra manera, no se habría decidido en las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. Se llamó la "guerra fría" y estuvo basada en un extraordinario desarrollo tecnológico en los campos bélicos como ejes de una implacable guerra económica, cuyo fin era la eliminación de una de las dos superpotencias. Esto ocurrió con la caída del Muro de Berlín. Pero, dentro de los bloques dominantes, no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado "socialista" había una confrontación entre la Unión Soviética y China. Ello resultaría decisivo en la realización de la Conferencia.

Al mismo tiempo, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, a pesar de y por las limitaciones de recursos financieros, tecnológicos y humanos en las sociedades pobres o menos desarrolladas en lo económico. Estas experiencias fueron estudiadas en las décadas de los 60 y 70. Sobresalen las de China, India, y algunos países de África y América Latina. Estudiosos del mundo desarrollado las publican y la Organización Mundial de la Salud responde de manera muy activa, coincidiendo con el inicio del mandato de Halfdan Mahler como director general. Mahler percibió muy bien

estas experiencias y las proyectó a escala mundial y como una responsabilidad de todos los países, ricos y pobres.

2.4.2.3. Carta de Ottawa (1986)

Según Villar (2011), en el año 1986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en el Canadá, firmándose la Carta de Ottawa, que definió la promoción de la salud como “el proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Se afirmó que la promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir “las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud (1998)

Al respecto este apartado en su artículo 1 y 25, establece el objeto de esta Ley y sobre la promoción y conservación de la Salud, la cual dice lo siguiente:

Artículo 1. *Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de continuidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.*

Artículo 25. *La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo. El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.*

2.5. Bases Teóricas Referenciales

A continuación, seguí el recorrido por las teorías relacionadas con el tema de investigación, asumiéndolas como una referencia y no como un marco exacto. Se trata de dar a conocer las distintas formas y postulados que autores ya han reflejado sobre las dimensiones de la investigación, sin usarlas como filtro gnoseológico o epistemológico sino como útil conocimiento registrado. Esta aclaratoria la hago en perfecta concordancia con lo expresado por Martínez (2006):

Es altamente criticable e inaceptable la tendencia anti fenomenológica que tienen algunos evaluadores de proyectos e investigaciones, incluso cualitativas, a forzar a los autores de los mismos para que “encuadren” o “enmarquen” sus proyectos o investigaciones en teorías ajenas o en modelos preconcebidos, o para que “definan” los procesos a estudiar con conceptos preestablecidos, traídos de otros contextos y tiempos. Si todo esto se pudiera hacer y respaldar lógicamente, no sería necesario realizar la investigación (p. 05).

Expresada la aclaratoria, se inició el recorrido del conocimiento que guió hacia la construcción de las bases teóricas sobre estrategias de promoción de salud en las Universidades del estado Cojedes. Un enfoque desde el Modelo Lalonde.

2.5.1. Conceptos de Salud y Enfermedad

Scappaticci (ob. cit.) destaca que el logro de mejores condiciones de salud de la población es:

Una meta compartida por todas las sociedades, y ha actuado como un estímulo permanente en la búsqueda del conocimiento y los instrumentos que permitan prevenir, detectar precozmente y tratar efectivamente as enfermedades y problemas de salud que afectan a las personas. Los avances experimentados en esta búsqueda han estado continuamente influenciados por a concepción social del proceso salud enfermedad, y han pasado de focalizar la atención en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, a la identificación de medidas de prevención hasta llegar al estudio de los hábitos de vida que pueden favorecer, retrasar o aún eliminar los riesgos de la enfermedad. (p. 12).

En este contexto, los enfoques para el control de enfermedades y problemas de salud en la población han evolucionado durante las últimas décadas en un

esfuerzo por promover estilos de vida saludables para mejorar los estilos de vida compartidos y reducir el riesgo de enfermedades.

Es importante empezar a definir los conceptos de salud y enfermedad porque hay mucha literatura que dice lo mismo, pero la Organización Mundial de la Salud brinda un concepto de salud amplia y dinámica que cubre áreas importantes que no están cubiertas. No se trata sólo de prolongar la vida, sino de ayudarnos a vivir mejor.

2.5.1.1. Salud

Existen diversas definiciones de salud. La más habitual es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indica que la salud es el completo bienestar físico, mental, emocional y espiritual, y no sólo la ausencia de enfermedad (1946). La OMS, en 2007, amplía esta definición de salud al estado de adaptación de un individuo al medio en donde se encuentra. La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, siendo este equilibrio relevante no sólo individual sino también colectivo. Además de equilibrio, la definición de salud incluye la capacidad de realizar funciones esenciales para vivir, crecer y desarrollarse como ser humano, grupo o sociedad. La noción de grupos humanos, por lo tanto, también tiene lugar en estas definiciones de salud, en tanto su capacidad de adaptarse, mantenerse en equilibrio y realizar funciones que brindan bienestar y satisfacción a cada uno de sus miembros.

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

La visión moderna de la salud debe tener en cuenta la existencia de factores objetivos y factores subjetivos, así como factores de diferentes niveles o grados. Exámenes de salud, es decir, exámenes físicos realizados por las autoridades sanitarias a una gran población para detectar enfermedades socialmente significativas, que permiten asegurarse de que el estado de salud de una determinada enfermedad no es homogéneo y no es posible distinguir entre sanos y enfermos, porque entre los dos extremos existen varios estados intermedios relativamente saludables, y en estos estados, además del cumplimiento de las condiciones que definen satisfactoriamente este estado de salud, se pueden encontrar algunos signos distintos de falta de intensidad y de involución. Esto no impide que una persona se integre plenamente en las actividades familiares y sociales normales y le permite "verse a sí mismo como un todo" delante de sí mismo y de la sociedad. Este concepto de salud relativa se aplica a la salud plenamente desarrollada, que es la de la mayoría de las personas sanas.

A pesar de estos avances en la concepción del proceso salud enfermedad, se puede observar, que aún sigue persistiendo la concepción moderna que visualiza el paradigma orgánico funcionalista del saber médico, que define la estructura corporal como una suma de procesos bioquímicos y fisiológicos. Se trata de un dato objetivamente definido en términos de magnitudes observables y cuantificables y no como un objeto producido en condiciones sociales y del conocimiento humano dado.

Teniendo en cuenta las consideraciones hasta el momento y la propia experiencia de los investigadores en este estudio, se puede decir que la definición más adecuada de salud es: además de estar bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente.

Por otro lado, Alcántara (2008) sostiene que la idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15).

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irreplicable de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo” (p. 207).

También, la Ley Orgánica de Salud de Venezuela en sus disposiciones preliminares establece en el Artículo 2º que se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda con respecto a que la salud es una cosa, es decir, que se trata de un fenómeno cuantificable.

De todos modos, entre las personas clasificadas como normales, la presencia de variación biológica y social crea condiciones diferentes, de modo que lo que se considera normal en un lugar puede ser anormal en otro. Por tanto, la salud es también un concepto relativo, ya sea en una dimensión espacial o temporal, que varía de una cultura a otra dependiendo del contexto específico.

Por lo tanto, la salud comparte un abordaje desde la interdisciplinariedad, por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias, tanto naturales como sociales. Se trata de un área de conocimiento que intenta estudiar lo que se denomina como sistema global, en tanto “investigar uno de

tales sistemas significa estudiar un trozo de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos”, según lo planteado por García (1996, p. 52).

En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo.

2.5.1.2. Enfermedad

Al respecto, Peña y Paco (2002) dicen que la enfermedad es por excelencia el objeto central de la medicina. A su vez, expresan que las implicancias prácticas de cómo se conceptúa la enfermedad, estriba desde repercusiones en el área social y económica, por ejemplo, en las políticas de prevención y decisiones de las empresas aseguradoras, hasta las repercusiones psicológicas, valorativas y morales para el sujeto “calificado” de enfermo. (p. 3).

Por su parte, Bunge (1985) señala que la revolución científica del siglo XVII liderada por Galileo, forjó el camino certero -gracias a la “invención” del método científico- para el entendimiento del enfermar. La ciencia fue voraz e implacable al abordar los problemas fácticos, permitiendo el increíble desarrollo en estos dos últimos siglos de la biología y de la medicina; a partir de entonces, personajes como Bernard y Comte tratarían de dar respuesta a la pregunta ¿Qué es la enfermedad?, pero lo harían ya provistos de la “perspectiva científica”.

De forma similar, Auguste Comte, citado por Canguilhem (1971), todas las enfermedades admitidas “sólo son alteraciones de lo normal”; asume que no podrían existir desórdenes de las funciones vitales sin lesiones de órganos o más bien de tejidos. Explica que todas las enfermedades consisten fundamentalmente “en el exceso o defecto de la excitación de los diversos

tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal”. La clasificación de estados humanos como salud o enfermedad es una cuestión objetiva, para ser descifrada a partir de hechos biológicos propios de la naturaleza y sin la necesidad de juicios de valor...”.

Así las tendencias holistas planteadas por Borgestein (1996) remarcan que las alteraciones funcionales no sólo deben ser de origen fisiológico o bioquímico, sino también psicológico y social. Además, este mismo autor sostiene que: “un nuevo modelo de enfermedad debe ser propuesto, tal modelo debe sostenerse sobre el equilibrio de los componentes racionales, físicos y emocionales, a fin de facilitar el proceso diagnóstico y la relación médico-paciente”. Similarmente, la OMS define enfermedad como la alteración de cualquier orden bio-psico-social, que represente sufrimiento al individuo (A pesar de ser numerosos los documentos encontrados en los que se referencia esta definición, no se ha encontrado la fuente primaria).

Esto significa que la enfermedad es una parte más de la salud y la vida en general. Es imposible evitar la enfermedad dentro del proceso biológico, como parte natural de la interacción del individuo con el mundo que le rodea, tanto a nivel ambiental como en el contacto con otros seres humanos, animales, y materias en general.

En su esencia, la enfermedad se manifiesta como un estado en el que la salud del organismo humano se deteriora. Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando no conocemos la causa exacta, casi siempre se pueden explicar las enfermedades en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran.

Este concepto puede verse desde dos perspectivas: una subjetiva y otra objetiva. La primera, la perspectiva subjetiva, implica el malestar, esa sensación de sentirse mal con diferentes grados de intensidad. Por otro lado, la perspectiva objetiva se relaciona con cómo la enfermedad impacta nuestra

capacidad para funcionar. En resumen, limita nuestro funcionamiento corporal en diversos grados.

Por último, se puede decir que en 1963 el epidemiólogo y paleo-patólogo inglés Thomas Cockburn (1912-1981) propuso un modelo para explicar la enfermedad, que recibe el nombre de Tríada Ecológica. Según este modelo, las enfermedades son alteraciones orgánicas desarrolladas en un individuo (hospedero) como resultado de la acción de un agente causal externo identificable que ingresa al cuerpo en ciertas condiciones ambientales. La Tríada ecológica propone que para entender la enfermedad es necesario comprender las condiciones del hospedero, el agente y el medio ambiente; sin embargo, considera que la clave del control está en la eliminación de la causa externa. El nombre de hospedero evoca la acción pasiva de un enfermo sin grupo y sin historia, que recibe la causa externa y alberga el sufrimiento. Por su parte, el ambiente se entiende como un conjunto de condiciones naturales, también externas, donde habitan los agentes causales, y cuyo papel en el proceso es también pasivo.

En tal sentido, la Tríada Ecológica reforzó un paradigma unicausal, el cual explicaba las enfermedades a partir de ciertos eventos naturales y específicos que actuaban desde el exterior; la influencia de otras condiciones tenía una menor importancia y era subestimada por el modelo, tal como se puede observar en a figura 2.

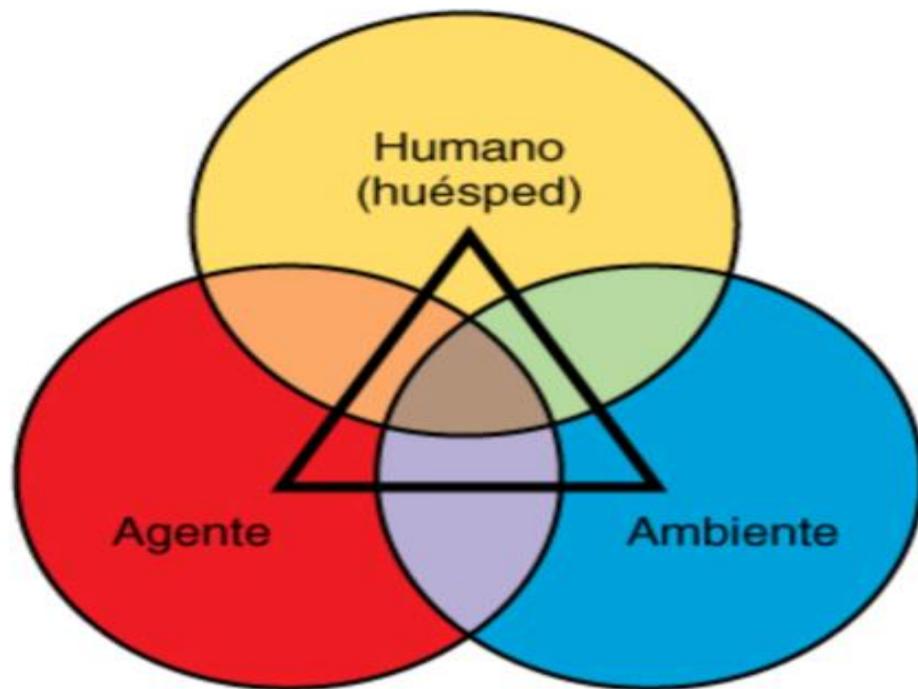


Figura 2. Triada Ecológica.

Fuente: Elaboración propia (2024), adaptado a la OPS (2002).

En consonancia con este enfoque, la Triada Ecológica se describe brevemente a continuación:

- **Huésped:** Es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.
- **Agente:** Es un factor que puede ser un microorganismo, sustancia química, o forma de radiación cuya presencia, presencia excesiva o relativa ausencia es esencial para la ocurrencia de la enfermedad.
- **Ambiente:** Los factores ambientales engloban al ambiente social, físico y biológico.

2.5.1.2.1. Gestión de la Enfermedad

Ante un problema de salud, un ciudadano debe acudir a un centro de atención primaria, el primer eslabón entre la ciudadanía y el sistema sanitario. Será el médico de atención primaria, o médico de familia, el que indique el modo de proceder, ya sea con un diagnóstico y un tratamiento, o derivando al paciente al especialista, segundo eslabón del sistema sanitario.

Para el diagnóstico de una enfermedad se utilizan los tres elementos siguientes:

- **Los signos**, que son los datos objetivos que se obtienen del examen que se le hace al paciente: pulso, presión arterial, temperatura corporal, ganglios, etc.
- **Los síntomas**, que son las alteraciones tal como las siente y relata el paciente. Por lo tanto, son subjetivos y deben ser valorados inteligentemente para un correcto diagnóstico.
- **Las pruebas complementarias**, que aportan información adicional mediante la aplicación de distintas técnicas como electrocardiogramas, radiografías, resonancias magnéticas, ecografías, análisis de sangre y orina, etc. Deben pedirse solo cuando respondan a preguntas específicas sobre un posible diagnóstico, y no de manera rutinaria.

2.5.2. Relación entre la Salud y la Enfermedad

La relación entre salud y enfermedad es explicada de la siguiente manera por Gallar (1998):

Este razonamiento nos lleva a enunciar el concepto de salud como “aquella manera de vivir de forma autónoma, solidaria y gozosa, según Goli Gurina y Colas (1978). La enfermedad sería pues, a situación en la que se alteraría dicho bienestar, en sus posibles vertientes física, mental y social. La enfermedad es un acontecimiento común en nuestras vidas con el que nos debemos familiarizar desde pequeños para afrontarla adecuadamente, según afirma Palomo (1996).

Desde este punto de vista, las enfermedades las puede predecir un individuo o una sociedad. Pueden ser somáticas, cuando se deben a una alteración corporal (orgánica); y psíquicas, cuando lo que se produce es un trastorno en la esfera mental. Sin embargo, esta distinción no es siempre estricta: hay enfermedades orgánicas cuyo origen puede deberse, total o parcialmente, a un estado mental determinado (estrés, personalidad, conductas, entre otros...). A estas las llaman enfermedades psicosomáticas. También puede suceder lo contrario: que una enfermedad corporal desencadene una alteración del estado mental. Se trata de enfermedades somatopsiquiátricas. (p. 96-97).

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

2.5.3. Determinantes Sociales de Salud (DSS)

Alfaro (2014), destaca que la determinación en salud es el proceso porque se producen las diversas formas de enfermar o morir de la población. Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud (2009) define los determinantes sociales como:

Se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. (p. 1).

En este sentido, la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) de la OMS (2008), declaró las siguientes conclusiones y recomendaciones:

- Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país son cada vez más agudas. Entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida. Además, en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, hay grandes inequidades entre distintos grupos de población por lo que respecta al estado de salud. En los países de ingresos altos se observan diferencias de más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos, en función de factores como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica. En los países de ingresos bajos de todas las regiones, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de riqueza de cada hogar.
- Tal situación no es una fatalidad, sino más bien el síntoma de políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, el acceso al poder y los recursos y la participación en la sociedad.
- Para cumplir muchos objetivos vinculados a enfermedades concretas, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y para controlar y eliminar epidemias que ponen en peligro a poblaciones enteras, resulta indispensable actuar sobre los determinantes sociales. La mayoría de las afecciones prioritarias para la salud pública tienen en común una serie de determinantes sociales básicos, entre ellos los que inciden en la exposición a los riesgos, la vulnerabilidad a las enfermedades, el acceso a la atención sanitaria y las consecuencias de las afecciones sufridas. Existen grandes oportunidades para trabajar colectivamente sobre esos determinantes, desde dentro y desde fuera de los sistemas sanitarios. En este sentido, para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la

población es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública actuando dentro de sistemas robustos, basados en la atención primaria de salud.

La Comisión formuló tres recomendaciones principales:

- a. mejorar las condiciones de vida;
- b. luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos;
- c. medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Desde este contexto, esta organización expresa que la persistente crisis financiera, alimentaria, energética y ambiental confiere aún más importancia si cabe al trabajo sobre los determinantes sociales, no en vano los más pobres son los que más probabilidades tienen de sufrir desproporcionadamente las consecuencias de la situación. Para reducir al mínimo esas inequidades mientras duren las crisis hay que preservar los niveles de gasto sanitario y social, amén de utilizar mejor esos recursos. Ahora resulta más importante que nunca revitalizar la atención primaria de salud e incidir en los determinantes sociales para avanzar más rápidamente hacia la reducción de las inequidades sanitarias y el cumplimiento de objetivos sanitarios como los que forman parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Por otro lado, Ávila (2009) señala que, por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre

otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad.

Por lo tanto, actuar sobre determinantes clave de la salud tiene un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Este esfuerzo requiere no sólo de trabajadores de la salud, sino también de acción comunitaria y de muchos otros sectores dentro y fuera del sector de la salud. Esta participación implica la recopilación, difusión y comunicación de información con el fin de evaluar y desarrollar políticas, estrategias y medidas apropiadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas dirigidas a diversos determinantes de la salud humana. Las acciones y el desarrollo de redes de intercambio deben ser alentados y apoyado por el Estado en sus políticas públicas.

Refieren importantes investigadores como López-Fernández y Solar Hormazábal (2017), que un enfoque de salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud pone el énfasis en la estructura desigual e injusta de las sociedades y señala que las conductas relacionadas con la salud son una consecuencia más del entorno social y político, porque este determina las opciones de las personas. Aunque es reconocido que los gobiernos asumen cada vez más áreas de conocimiento como rublo de la salud pública (A Clarke, M McCarthy, C Álvarez-Dardet, et al. 2007), apreciándose la insuficiencia de enfoques prácticos frente a los problemas que plantea la sociedad contemporánea; independientemente la experiencia histórica demuestra que los mejores niveles de bienestar y salud se observan en sociedades más igualitarias, con políticas sociales más intensas y mejor calidad de gobierno. (González Rojo E, Álvarez-Dardetb C, López Fernández LA. 2017).

Acción de los gobiernos frente a los determinantes sociales de la salud. (La política de acción sobre los determinantes sociales de La salud. Conferencia Mundial acerca determinantes sociales de la salud. 2011).

De allí, que, al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. En 1974, Marc Lalonde, ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo el social en un sentido más amplio - junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. A continuación, se puede observar el Modelo de Determinantes de Salud propuesto por Lalonde y por la OMS, según la figura 3 y 4.

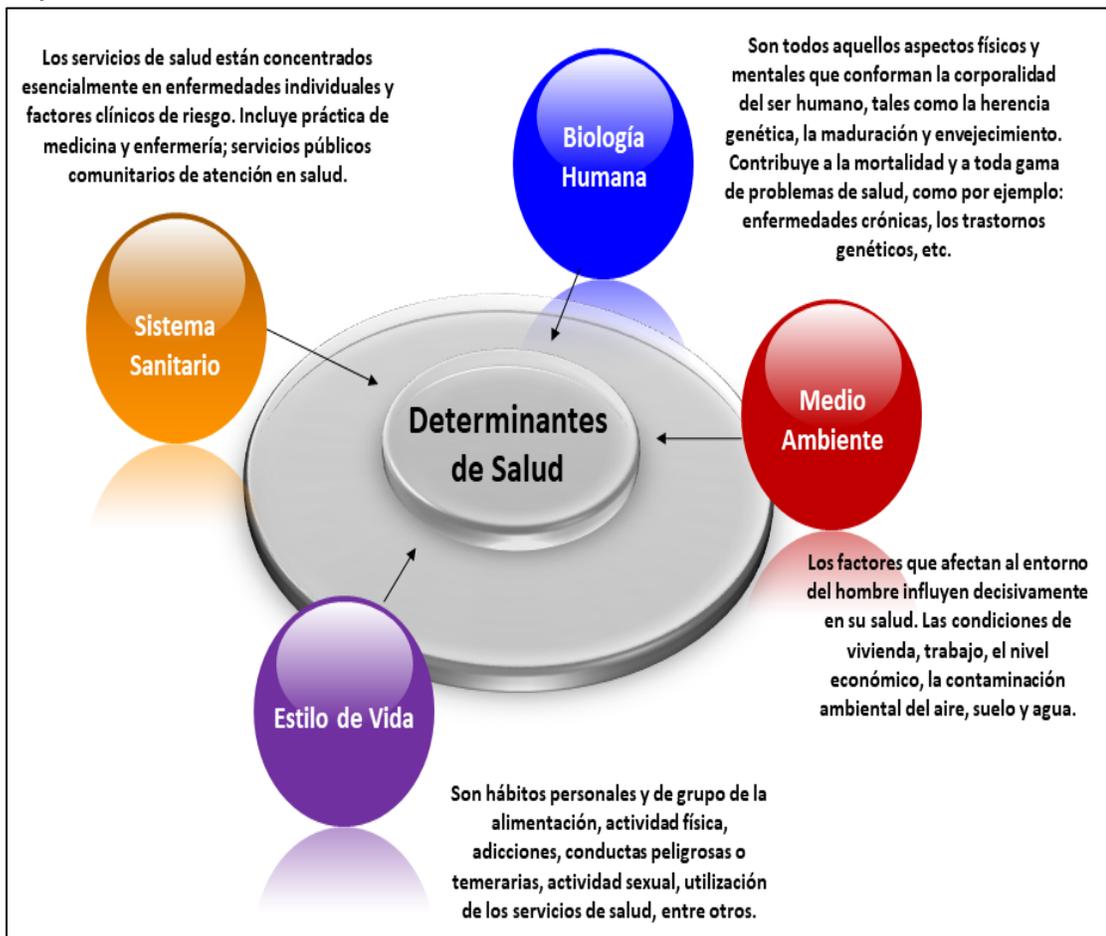


Figura 3. Determinantes Sociales de Salud.

Fuente: Elaboración propia (2024), adaptado al Modelo Lalonde (1974).

Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública. Al inicio se le atribuyó una mayor importancia al medio ambiente y al estilo de vida. Posteriormente la mayor importancia recayó en el sistema de asistencia sanitaria, sin embargo, hoy sabemos que la salud no sólo se mejora y se mantiene teniendo sistemas de atención de la enfermedad.

También, la OMS destaca que la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas”, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

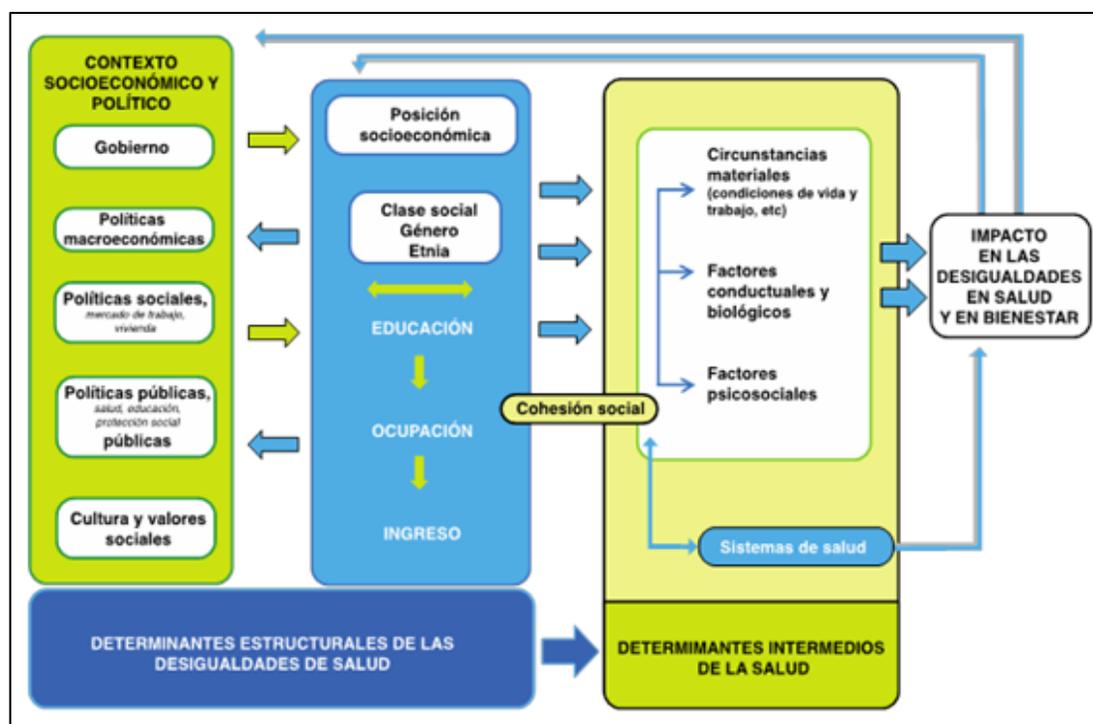


Figura 4. Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud.

Fuente: OMS (2008).

Estos determinantes sociales de la salud a través de determinantes intermedios y proximales, producen diferentes patologías en la población. En el pasado los programas de salud se han planeado basándose en las causas de muerte y morbilidad, algunos han considerado también a sus factores de riesgo. En la actualidad después del informe de los determinantes sociales de la salud, los programas van dirigidos hacia estos determinantes lo que obliga al sector salud a trabajar de manera intersectorial.

En 1997, el comité ejecutivo de la OMS recomendó la promoción del desarrollo conceptual de lo que es Salud Pública y las Funciones Esenciales de la Salud Pública, para apoyar la renovación de la política de la salud para todos en el año 2000.

2.5.4. Salud Pública

Muchas veces se ha intentado definir el concepto de salud pública. Al ordenar cronológicamente las distintas definiciones, resulta interesante observar hasta qué punto presentan una imagen verbal de la evolución y de los progresos realizados en la materia.

Para Hanlon (2014), las primeras definiciones limitaban la salud pública a las medidas sanitarias tomadas contra molestias y riesgos para la salud, frente a los cuales los individuos carecían de medios de lucha y que, al presentarse en un sujeto dado, podían influir de modo perjudicial sobre los demás. La insalubridad y, más tarde, las posibilidades de transmisión eran los factores para determinar si un problema entraba dentro de la jurisdicción o esfera de interés de la salud pública. A consecuencia de los grandes descubrimientos realizados en bacteriología e inmunización a fines del siglo XIX y comienzos del XX, y del desarrollo subsiguiente de las técnicas para aplicarlos, surgió el nuevo concepto de prevención de las enfermedades en los individuos. La salud pública pasó entonces a ser considerada como una integración de las ciencias sanitarias y las ciencias médicas.

Winslow (1920) citado por Hernández y Otros (2005) definió la salud pública en los siguientes términos:

La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (p. 1).

La definición más conocida de salud pública, señala que está es una rama de la medicina cuyo interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo.

Existen otras definiciones que merecen considerarse. La declaración oficial de la Asamblea de Delegados de la Asociación Médica Americana, formulada en 1948. En ella se define la salud pública como:

El arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de las personas mediante esfuerzos organizados de la comunidad, incluyendo los convenios por los cuales la comunidad proporciona servicios médicos a grupos especiales de personas y se preocupa de la prevención o control de las enfermedades, de las personas cuya hospitalización es necesaria para proteger a la comunidad, y de las que carecen de medios para ser atendidas médicamente. (p. 5).

En vista de ello, esta misma Asociación ha prestado siempre decisivo apoyo a los programas y actividades de salud pública. La definición citada, aunque en cierto sentido limitada, tiene especial interés y significado dado el carácter de ciertas orientaciones sociales y legislativas recientes.

Asimismo, Hanlon (1974) expresó que “la salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con el conocimiento y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados; con el propósito de contribuir al desarrollo de la vida del individuo y de la sociedad”.

La salud pública así considerada se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implicaba que organizaciones, grupos o instituciones debían hacerse cargo de los mismos, pues éstos no podían ser resueltos en el nivel de los individuos.

El uso de estas diferentes definiciones reconoce la expansión gradual de los horizontes de la salud pública. A medida que el conocimiento médico y científico se desarrolló y siguió el ritmo del progreso social y político, las actividades de salud pública, originalmente limitadas a las formas más simples de remediación ambiental, ahora se expandieron para incluir ingeniería sanitaria, medicina física preventiva y más las ciencias naturales, las ciencias sociales, los aspectos preventivos de la salud mental, las formas llamadas activas o sociales de la medicina individual y colectiva y, más recientemente, la organización holística de los servicios de salud.

2.5.4.1. Funciones Esenciales de la Salud Pública

Es importante destacar, que Alfaro (ob. cit.) citando a la PAHO (2002) expone lo siguiente sobre las funciones esenciales de la salud:

Se entiende por Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) aquellos procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condición sine qua non para el desarrollo integral de la salud y el logro del bienestar y como tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una sociedad determinada. En un sentido amplio, son prácticas sociales del Estado y la sociedad. En un sentido más estrecho son aquellas prácticas esenciales que sintetizan el quehacer profesional salubrista para el fomento de la salud de la comunidad, la protección y recuperación frente a los daños y la consiguiente preparación del personal de salud y la población. (p. 4).

La idea de la medición del desempeño es la de identificar globalmente las fortalezas y las debilidades de la práctica de la salud pública, además de permitir un diagnóstico operativo de las áreas que requieren mayor apoyo para fortalecer la infraestructura de la salud pública, entendida en su más amplia acepción, esto es, incluyendo las capacidades humanas y las instalaciones y equipamientos que resultan necesarios para su buen desempeño.

Para avanzar en el logro de este objetivo resulta importante que la decisión de medir sea seguida por el desarrollo de instrumentos que puedan perfeccionarse continuamente hasta alcanzar el óptimo razonable que permita su utilización rutinaria en los distintos niveles en los que se ejerce la salud pública en la Región de las Américas.

Las funciones esenciales propuestas por la OPS y la descripción de las mismas, según la figura 5 y sus detalles:



Figura 5. Funciones Esenciales de Salud Pública.

Fuente: Elaboración propia (2024), adaptada a la OPS.

A continuación, se describe con mayor detalle cada una de las funciones:

Función 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud. Esta primera función incluye conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Evaluar la situación de salud, sus tendencias y determinantes, identificando desigualdades y brechas en los riesgos, daños y acceso a servicios.
- Identificar necesidades de salud a partir de la evaluación de riesgos y demandas de servicio por daños de salud. Manejar estadísticas vitales generales y de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- Generar información sanitaria, desarrollando tecnología y medios para interpretarla y difundirla, así como crear instancias para certificar su calidad.
- Identificar recursos para promover la salud y mejorar la calidad de vida.

Función 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública. Esta función incluye conocimiento, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Realizar investigación y vigilancia de brotes epidémicos.
- Realizar investigaciones poblacionales y epidemiológicas.
- Desarrollar capacidades del personal para la investigación, vigilancia epidemiológica y vigilancia de la salud.
- Desarrollar laboratorio de salud pública y efectuar tamizajes rápido y otros estudios de control de riesgos y daños.
- Formular y ejecutar programas de vigilancia epidemiológica.
- Conectarse con redes nacionales e internacionales de vigilancia de salud pública.

- Desarrollar respuestas rápidas para enfrentar problemas de salud.

Función 3. Promoción de la salud. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Fomentar cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para desarrollar una cultura de salud.
- Crear y fortalecer alianzas extra sectoriales para hacer más efectivas las tareas de promoción de la salud pública.
- Formular políticas públicas y capacidad de abogacía para políticas públicas saludables.
- Evaluar el impacto en la salud, de las políticas públicas.
- Desarrollar acciones de educación y comunicación social para promover condiciones, estilos de vida y conductas saludables. Reorientar los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Función 4. Participación social en salud pública. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover procesos de empoderamiento de los individuos, de los grupos y de la comunidad, para que sean sujetos pro-activos en la construcción social de la salud pública.
- Desarrollar estrategias para que comunidades e individuos estén informados y facultados para tomar decisiones, y con capacidad de influir en los factores que afectan su salud y el acceso con calidad a servicios de salud pública.
- Construir y facilitar alianzas interinstitucionales e intersectoriales, mediante procesos de planificación estratégicas participativas, con el fin de potenciar la cooperación técnica y los recursos para mejorar la salud.

Función 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Definir objetivos sanitarios medibles y consistentes que mejoren la equidad.
- Promover decisiones políticas en salud pública, monitorear y evaluar su cumplimiento mediante procesos participativos, coherentes con el contexto.
- Desarrollar capacidades institucionales para gestionar los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica para implementar y evaluar iniciativas dirigidas a resolver problemas de salud de la población.
- Desarrollar competencias para la gestión de recursos, el liderazgo, el desarrollo organizacional y la comunicación efectiva, para tomar decisiones basadas en la evidencia.
- Desarrollar la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

Función 6. Fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización en salud pública. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Contribuir a desarrollar un marco regulador para proteger la salud pública y para fiscalizar su cumplimiento.
- Contribuir a generar propuestas de nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como la promoción de ambientes saludables.
- Desarrollar estrategias para la protección a los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.

- Ejecutar todas estas acciones para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

Función 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos, a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollar acciones para superar barreras de acceso a intervenciones de salud pública y promover la atención de grupos vulnerables en los servicios de salud.
- Monitorear y evaluar el acceso a servicios de salud proporcionados por proveedores públicos y privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y pluricultural y procurar resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- Coordinar estrechamente con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Función 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Identificar el perfil de los recursos humanos adecuados para la entrega de servicios de salud pública.
- Promover la educación y capacitación del personal de salud pública, para que identifique las necesidades de servicios y de atención de salud, enfrente con eficiencia los problemas de salud pública y evalúe adecuadamente las acciones de salud pública.

- Definir los requerimientos para la acreditación de profesionales de salud y la ejecución de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública. Alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- Desarrollar capacidades para el trabajo interdisciplinario, con énfasis en la formación de principios y valores tales como solidaridad, equidad, y respeto a la dignidad de las personas.

Función 9. Garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud individual y colectiva. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Promover la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de la calidad.
- Impulsar la producción de normas básicas de los sistemas de garantía de calidad y supervisar el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- Promover la definición de los derechos de los usuarios y vigilar su cumplimiento.
- Garantizar sistemas de evaluación de tecnologías de salud que contribuyan a la toma de decisiones en el sistema de salud para mejorar la calidad de atención.
- Estimular el uso de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- Desarrollar sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y usar los resultados para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Función 10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones en salud pública. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Desarrollar investigación científica debidamente regulada para incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones.
- Implementar y desarrollar soluciones en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- Establecer alianzas estratégicas intra y extra sectoriales y con los centros de investigación y académicas, para realizar investigaciones que apoyen la toma de decisiones de la autoridad sanitaria regional.

Función 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud. Esta función incluye los conocimientos, habilidades, procesos y mecanismos para:

- Desarrollar políticas, así como planificar y ejecutar acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana de desastres.
- Aplicar un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres.
- Coordinar la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- Gestionar la cooperación intersectorial e internacional para solucionar problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Por último, se puede decir, que parte la definición de las funciones esenciales de la salud pública nos permite tener un marco de trabajo, tanto para la formación de recursos humanos, como para su quehacer profesional para

tener las competencias dirigirse hacia los determinantes sociales de la salud en beneficio de la sociedad.

2.5.5. Estrategia

Según Contreras (2013), el concepto de estrategia ha tenido a través del tiempo muchos usos y aplicaciones diversas, desde el campo militar –en el cual se dice que tuvo su origen–, pasando por el político, administrativo, económico, religioso, cultural y social; en cada uno de ellos se ubica como un referente por la forma en que ha sido utilizado. (p. 3).

Igualmente, este autor reseña que la estrategia se constituye en un aspecto muy importante en las decisiones que deben tomar las personas que tienen a cargo la gestión de una organización, en la que hay recursos de todo tipo que deben ser utilizados en forma óptima para cumplir con las políticas y metas trazadas. Asimismo, la estrategia es una apuesta en un mundo globalizado en el que las empresas luchan por lograr mantenerse en el mercado utilizando todas las herramientas que poseen, estableciendo políticas flexibles y agresivas de gestión que les permitan posicionarse y tener continuidad en el futuro.

Es decir, toda organización necesita tener un norte, directrices o políticas que la guíen, que faciliten a través del análisis, tanto interno como externo, saber cuáles son los objetivos que se espera obtener en el futuro y es allí cuando surge la planeación estratégica. Definir el alcance, lo que se quiere ser y establecer, y cuál es la razón de ser de la empresa son algunos de esos aspectos importantes que van a permitir plantear las estrategias necesarias para cumplir con lo que se espera.

Actualmente se habla de estrategia en todos los ámbitos: en los negocios, en la política, en la religión, en la cultura, en lo militar, en la salud, en fin en cada aspecto de la vida diaria. Esta palabra se convirtió en una acepción de uso

generalizado, que debe adornar o formar parte en toda la literatura relacionada con distintos campos del conocimiento.

De la mano de la estrategia surgen también una serie de conceptos afines que tienen relación; estos son: Estrategia, planeación estratégica, administración estratégica, gestión estratégica, evaluación estratégica, diagnóstico estratégico, entre otros, que normalmente se utilizan, pero de los cuales no se sabe cómo ni cuándo aplicarlos. Eso permite que se encuentren, en la literatura, artículos atiborrados de conceptualizaciones acerca de la estrategia, de sus temas afines, que muchos leen, pero que al final no entienden; quedan más perplejos que cuando iniciaron la lectura; otros no comprenden lo que el autor quiere decir o, definitivamente, lograron hallar el documento que los sacó de la oscuridad.

Como lo expresa Davies (2000), debido a que la estrategia se caracteriza por tener múltiples opciones, múltiples caminos y múltiples resultados, es más complejo su diseño y son más difíciles de implementar que otras soluciones lineales.

Sin embargo, Contreras (ob. cit.) destaca que otro aspecto importante y que muchos dejan de lado es el relacionado con la innovación al tratar de fijar objetivos. Debe entenderse que una estrategia no es perdurable y que la competencia de una u otra forma va a lograr permear la estructura y sabrá lo que se está haciendo y copiar las ideas. Por eso es necesario estar en constante movimiento en lo que tiene que ver con las ideas o pensamientos para elaborar las estrategias.

Pero a todas estas, ¿qué es estrategia? A continuación, se presenta una revisión bibliográfica que facilitará establecer, en forma estructurada, cómo ha evolucionado el concepto y, además, permitirá hacer un análisis de lo que muchos autores han expresado sobre este tema, cómo lo han abordado, cuáles son sus puntos de vista, y luego daremos nuestra opinión al respecto. La idea es tomar el concepto y analizarlo, enfocándolo de tal manera que se

aplique a lo que las empresas hacen o deban hacer con el fin de lograr sus objetivos.

Para Chandler (2003), la estrategia es la determinación de las metas y objetivos de una empresa a largo plazo, las acciones a emprender y la asignación de recursos necesarios para el logro de dichas metas.

El énfasis de Chandler en la perspectiva a largo plazo sugiere que las organizaciones no se construyen de la noche a la mañana y requieren un tiempo considerable y recursos suficientes para alcanzar la madurez. La utilización de recursos no se limita a los recursos financieros, sino que también incluye recursos logísticos y recursos humanos. El proceso de formación de la organización debe estar enfocado a calificar sus competencias de recursos humanos con el fin de crear una ventaja competitiva sobre los competidores.

Es importante saber hacia dónde se dirigen los objetivos o las políticas de la empresa en el futuro, organizar y optimizar esas energías de tal manera que sea posible establecer decisiones y revisar al final los resultados obtenidos, contra lo que se había establecido, para poder determinar aquellos aspectos en los que no se lograron los objetivos propuestos y de esa forma realizar la respectiva retroalimentación que permita viabilizar mejor esas decisiones.

Básicamente, estos dos autores proponen que los recursos de la organización deben estar dirigidos hacia el logro de los fines y objetivos propuestos para de esa manera poder llevar a cabo todos los programas institucionales que le permitan interactuar con el entorno y así poder posicionarse mejor. Por esta razón, Porter (1996) citado por Mintzberg et ál. (1998) asevera que la estrategia es la creación de una posición única y valiosa que comprende un conjunto distinto de actividades.

2.5.5.1. Estrategias en Salud Pública

El perfeccionamiento del proceso de planificación estratégica en las instituciones de la salud cobra gran importancia, en tanto los cuadros y

trabajadores participen activamente en la elaboración conjunta de las acciones para lograr avances en la planificación, organización, ejecución y control del trabajo, en función de la misión asignada.

La planificación estratégica eficiente en el Sistema Nacional de Salud, puede propiciar un mayor equilibrio de esta y su entorno; un mayor desarrollo y más calidad en el desempeño de sus profesionales; pero ello requiere de una adecuada relación entre los propósitos o aspiraciones de cada entidad, las actividades que se planifiquen y las posibilidades reales existentes, a partir de los recursos disponibles, dirigido hacia un futuro deseado y posible, y con ello contribuir a la excelencia en la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población.

En tal sentido, el Gobierno de Aragón (2017) citado por Carballo y Otros (2021) dice que las estrategias de salud son:

Actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar, social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, así como la coordinación con otros departamentos o instituciones. (p. 12).

Visto de esta manera, el autor de esta investigación enfatiza que existen cuatro elementos que componen las estrategias de salud pública, los cuales se describen a continuación:

1. **Protección de la Salud:** Cuando se habla de los derechos humanos conviene recordar que uno de los más importantes es el derecho a la salud. Según la OMS, el derecho a la protección de la salud es el derecho de cualquier persona a conseguir el grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Este derecho protege a su vez varios derechos y libertades. Estos derechos están consagrados en la CRBV y los Tratados Internacionales.

2. **Prevención de la Enfermedad:** Según Redondo (2004), la prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención.
3. **Promoción de la Salud:** Según a OPS/OMS, es un elemento clave para el fortalecimiento de los sistemas de salud y su capacidad para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, centrándose en garantizar la salud al más alto nivel posible con solidaridad y equidad. Una de las formas claves para lograr que se actúe sobre los determinantes de la salud, es propiciando que los diferentes sectores responsables de definir políticas relacionadas con esos determinantes, la mantengan en su agenda y valoren las consecuencias que pueden tener para la salud de la población. Esto implica que el sector salud esté en contacto permanente y de calidad, con los diferentes sectores.
4. **Restauración de la Salud:** Según Villar (2011), son acciones de los Servicios de Salud, mediante Asistencia Sanitaria, destinadas a recuperar la salud de las personas que la han perdido, llevadas a cabo en dos niveles: Nivel Primario y Nivel Hospitalario. Los establecimientos de salud de los diferentes niveles conforman Redes de Atención de la Salud, para una mejor coordinación de las acciones.

2.5.6. Teoría de la Promoción de la Salud

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud.

El término Promoción de la Salud fue planteado por vez primera en 1945, cuando Henry Sigerist, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Para Osorio y Otros (2010), la promoción de la salud es un tema que cobra vigencia en la actualidad, en razón a que se constituye en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables, así contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que conforman una sociedad y como consecuencia se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud para el caso colombiano. (p. 4).

Kickbusch (1996) citado por Osorio y Otros (ob. cit.) define la promoción de la salud como:

El desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas.

Por otro lado, la perspectiva general de los sistemas de salud con respecto a los indicadores de resultado en promoción de la salud tiende a centrarse en los indicadores de la enfermedad, problema, déficit, morbilidad, mortalidad, entre otros similares, los cuales, si bien son necesarios, requieren ser

complementados con la evaluación de otros aspectos que integren variables del desarrollo humano (considerando sobre todo aquellas del entorno que lo condicionan). Como, por ejemplo, la capacidad de afrontamiento y resiliencia, la identidad, la independencia, la autonomía, el optimismo, el autocontrol, el empoderamiento, la autoeficacia, las redes de apoyo familiar y social, los recursos institucionales, los valores socioculturales, las condiciones de vida, entre otras.

Sobre la contradicción identificada por López-Dicastillo et al. (2017) en cuanto a la salud como gasto en lugar de como inversión, los autores señalan que el sector sanitario da preferencia a la atención de los procesos agudos antes que a la crisis económica, lo que favorece el retraso sistemático de la redistribución del presupuesto sanitario, y así se genera el aumento del gasto público en atención primaria. Esto resulta paradójico desde el punto de vista de la salud pública, ya que una de sus finalidades es transitar hacia la sustentabilidad del sistema sanitario, mejorando la productividad y el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Las contradicciones anteriores muestran el posicionamiento arraigado de un enfoque biomédico y paternalista en el abordaje operativo de la salud. No obstante, el marco conceptual planteado en las conferencias, que argumenta el potencial de la promoción de la salud para empoderar a las personas en la optimización de su salud, así como su contribución en la reducción del gasto sanitario, el crecimiento económico y el desarrollo humano.

Así, la promoción de la salud requiere trascender dichas barreras a través de nuevos modelos que logren el tránsito teórico-práctico de manera integral y sostenible. Por lo que el uso de sólidas bases teóricas y de modelos conceptuales, técnicos u operativos es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud.

Por su parte Mendoza y García (2022), el comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales influyen en el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de un único modelo conceptual.

Potencialmente, las autoras antes mencionadas recalcan que las barreras para el uso de la teoría en la práctica de la promoción y educación en salud se plantean mediante la exposición de las percepciones erróneas comunes de la naturaleza y la utilidad de dicha teoría. En primer lugar, su mística se aborda a través de una discusión de la teoría del desarrollo y las raíces de la teoría en la experiencia cotidiana. En segundo lugar, se proporciona una guía para los profesionales que la aplicarán en cada etapa del proceso de intervención. Un ejemplo de caso ilustra cómo la teoría puede guiar la práctica, así como los beneficios que se pueden obtener mediante la aplicación de la teoría del desarrollo de programas, según lo planteado por Van Ryn (1992).

Desde otro punto de vista, la base de la evidencia de la promoción de la salud debería estar constituida por datos provenientes de diversas fuentes, que pueden combinarse y compararse, incluyendo estudios experimentales y de observación, con información cualitativa y cuantitativa. Además, la evidencia debería tener una importancia práctica que sirva de orientación para crear condiciones que conduzcan al éxito de una intervención (UIPES, 1999).

Sin embargo, Gómez y González (2009) inciden en que una recomendación general proveniente de los fundamentos teóricos de la promoción de la salud abogaría por metodologías simplificadas que permitan, hasta donde sea posible, la participación de las comunidades y de quienes hagan parte del proceso; esta práctica constituiría por sí misma un espacio de empoderamiento de las comunidades.

En definitiva, se puede decir, que en 1986 se inició y se llevó a cabo en Canadá la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, cuyas

conclusiones se plasmaron en la Carta de Ottawa y así sucesivamente se realizaron otras conferencias mundiales sobre la promoción de la salud. A continuación, se detallan en la tabla 1:

Tabla 1. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud y sus Principales Aportaciones

Conferencia	Principales Aportaciones
Ottawa (1986)	Plantea el concepto de “promoción de la salud” como una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, considerándolo como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, estableciendo áreas de acción prioritarias para incidir en el mejoramiento de la salud individual y colectiva.
Adelaida (1988)	Destaca la necesidad de establecer políticas públicas favorables a la salud, así como la urgencia de evaluar las repercusiones de las decisiones políticas en la salud, enfatizando que los gobiernos y las entidades que ejercen control sobre los recursos son responsables de los avances o retrocesos como consecuencia de la existencia o no de dichas políticas.
Sundsvall (1991)	Señala la falta de ambientes favorables a la salud y propone a los responsables políticos, tomadores de decisiones y activistas comunitarios del sector de la salud y medioambientales su creación con la finalidad de que el ambiente (físico, socioeconómico y político) incida favorablemente en la salud en lugar de dañarla.
Jakarta (1997)	Fomenta la creación de oportunidades que incrementen la capacidad de la promoción de la salud y su papel en el abordaje de sus determinantes, proponiendo nuevas alternativas como la promoción de la responsabilidad social, el incremento de las inversiones en el desarrollo y consolidación de alianzas estratégicas prosalud, así como la ampliación de la capacitación de comunidades e infraestructura para promoverla.
México (2000)	Considera la promoción de la salud como una estrategia fundamental para el desarrollo de las naciones, proponiendo la erradicación de las inequidades en salud

	partiendo de la utilización equitativa de recursos y estructuras para desarrollar y mantener la capacidad de promoción de la salud a nivel local, nacional e internacional.
Bangkok (2005)	Identifica las acciones y los compromisos que son menester para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y los retos y desafíos que esto conlleva, fomentando las alianzas mundiales.
Nairobi (2009)	Define estrategias y compromisos fundamentales para considerar la salud como un objetivo principal del desarrollo, identificando la promoción de la salud como elemento clave para alcanzarlo.
Helsinki (2013)	Replantea los compromisos del enfoque “Salud en todas las políticas”, enfatizando en la influencia de la dimensión social de la salud, y argumentando que una política eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, especialmente las políticas sociales, las fiscales y aquellas relacionadas con el medio ambiente, la educación y la investigación.
Shanghái (2016)	Prioriza la relación de la salud con sus determinantes y el empoderamiento de las personas. Asimismo, determina las actividades de la promoción de la salud en tres dimensiones concretas: el reforzamiento de la buena gobernanza en pro de la salud; el mejoramiento de la salud en entornos urbanos y la promoción de ciudades y comunidades saludables; y el reforzamiento de los conocimientos sobre salud.
Ginebra (2021)	Esboza los aspectos necesarios de una ‘sociedad del bienestar’ y señala lo que se requiere para prevenir y responder mejor a las múltiples crisis sanitarias y ecológicas que afrontamos en todo el mundo, abordando cómo la promoción de la salud puede promover el bienestar, en un momento crítico hacia el logro de los ODS en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Fuente: Elaboración propia (2024).

Por este motivo, Pérez y Otros (2016) señalan que a pesar de esta serie de conferencias internacionales diseñadas a codificar la ciencia y la práctica de la promoción de la salud y el apoyo que las mismas realizan para el cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la salud de la OMS y el aumento de oportunidades en función de la disminución de enfermedades evitables, aun se observa que la promoción sigue siendo marginalizada en muchos países como resultado de mínima inversión económica de parte de los gobiernos y el sector privado; continua siendo vigente el enfoque de la promoción y prevención vis-avis tratamientos médicos, la falta de reglamentos internacionales rigiendo el entrenamiento en estas área, y un mal enfoque en relación a los resultados esperados en promoción, dado que se espera ver resultados inmediatos, los cuales no siempre son evidentes en las estrategias ya que estas están diseñadas a efectos a largo tiempo.

2.5.6.1. Enfoques de la Promoción de la Salud

Al respecto, Picado y Quesada (2013) dicen que el enfoque en Promoción de la Salud es un eje técnico-político que busca brindar los medios y las herramientas necesarias a los actores sociales, para que ejerzan un mayor control sobre los determinantes que favorecen la salud.

También, con relación a la promoción de la salud, hay dos tipos de enfoques, de acuerdo con Gómez y González (2004):

- a. Las nociones individualistas de la promoción de la salud, que enfatizan la responsabilidad individual, el estilo de vida y la forma de vivir. Estas corrientes destacan la información masiva sobre factores de riesgo y uso de los servicios en la educación de la salud y en la organización de las personas para el autocuidado.
- b. Los enfoques de promoción de la salud centrada en los determinantes de la salud, que consideran que no es posible

promoverla desde el sector de los servicios que determinan la salud y los perfiles epidemiológicos.

Aun cuando los determinantes de la salud no sean completamente controlables, la promoción de la salud podría mitigar sus efectos negativos (por ejemplo, restaurantes comunitarios para gente pobre o grupos de autoayuda para personas con trastornos genéticos).

Por su parte, la definición de Nutbeam (1996) pretende integrar estas dos posiciones considerando que la promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vista a crear un futuro más saludable; por ello, propone que debe hacerse énfasis tanto en la elección personal (estilo de vida individual), como en la responsabilidad social y los demás determinantes de la salud. Otra diferencia destacable en estos enfoques radica en la importancia que se da a sus productos o a su proceso.

2.5.6.1.1. La Promoción de la Salud centrada en los Productos

Algunos enfoques se interesan más en los productos que deben obtenerse y valoran la promoción de la salud en función de sus metas terminales, estados finales deseables o resultados alcanzables, usualmente a largo plazo (mejoras en la calidad de vida, aumento en la esperanza de vida, disminución de años de vida perdidos). En la práctica, este enfoque define previamente los resultados y, a partir de ellos, establece las estrategias y actividades. En cierta forma, choca con la propuesta de la OMS de que la salud es un recurso para la vida y no un fin en sí mismo, aunque algunos podrían defender que está en sí misma es un bien con valor intrínseco propio y que debería ser el resultado último de las acciones de promoción.

En el enfoque centrado en los productos, es importante diferenciar dos tipos de resultados: las metas o productos terminales a largo plazo y los objetivos instrumentales o resultados intermedios, usualmente a corto plazo (como dejar de fumar, por ejemplo), que apuntan a los estados finales. Estos objetivos

instrumentales se agrupan, a su vez, en dos grandes categorías: los que privilegian las condiciones del entorno ecológico (cambios en el ambiente) y social y los que privilegian el comportamiento del individuo (cambios en el comportamiento).

2.5.6.1.2. La Promoción de la Salud centrada en los Procesos

Este enfoque compartido por la OMS y la Carta de Ottawa define la promoción de la salud como el proceso dirigido a habilitar a la gente para aumentar su control sobre su salud y mejorarla. Para algunos autores, como Kickbusch (ob. cit.), este concepto se entiende mejor como un proceso permanente e ilimitado en el tiempo, que consiste en actividades de desarrollo personal, organizacional y político dirigidas a desencadenar, manejar e implementar cambios en la calidad de vida del colectivo. Estos enfoques dan más valor al proceso mismo de participación, empoderamiento y consenso que a los objetivos intermedios.

Desde la perspectiva de la promoción de la salud como proceso social, Rootman (2003) propone la noción de “procesos instrumentales” para referirse a aquellos que persiguen objetivos instrumentales, entre los cuales podrían citarse la autoeficacia y el mejoramiento en las competencias.

No obstante, los enfoques centrados en los productos y los que se centran en el proceso coinciden en considerar la promoción de la salud como un conjunto de acciones realizadas sobre el sujeto o sobre su entorno que, mediante el aumento en el control, llevan finalmente a mejorar la salud o el bienestar del grupo.

La promoción de la salud es también una política pública, es una manifestación de la conciencia social y en consecuencia puede estudiarse como se estudian las ideologías en general.

Los movimientos sociales que generan y defienden un enfoque particular de promoción de la salud suelen imponerlo también al evaluador con frecuencia

de manera inconsciente, lo que termina condicionando no solo su intencionalidad, sino también los aspectos técnicos y las metodologías aplicadas en el proceso de evaluación.

2.5.6.2. Principios de la Promoción de la Salud

Davó (2012) como docente de las ciencias de la salud, enseña y define cinco principios de la promoción de la salud:

1. Afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
2. Pretende influir en los determinantes o causas de la salud
3. Combina métodos y planteamientos diversos pero complementarios (comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario).
4. Se orienta a conseguir la participación concreta y específica de la población.
5. Los profesionales de salud (especialmente AP) deben desempeñar un papel importante en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

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

2.5.6.3. Fases de la Promoción de la Salud

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

Gallar (1998) explica estos tres campos:

1. **Prevenir:** En el ámbito de la salud pública, se distinguen tres tipos de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Cada una de ellas actúa respectivamente antes, durante y después de la enfermedad.
 - a. **Prevención Primaria:** Es la prevención propiamente dicha. Comprende el conjunto de medidas encaminadas a evitar que se produzcan las enfermedades y otros trastornos de la salud.
 - b. **Prevención Secundaria:** Es el conjunto de medidas encaminadas a realizar una detección precoz de los trastornos de la salud; es decir se trata de diagnosticar a tiempo las enfermedades en favor de un mejor pronóstico. La medida principal de prevención secundaria es la prueba de cribado, también llamada de despistaje, que consiste en un procedimiento diagnóstico que permite detectar e desarrollo inicial (asintomático) de determinadas afecciones que surgen desapercibida o sorpresivamente. Para que una prueba se considere de cribado, debe ser rápida, cómoda, barata y sensible, es decir poseer una gran rentabilidad diagnóstica. Los exámenes de detección precoz se pueden llevar a cabo en el marco de campañas colectivas, cuya intención es sensibilizar y motivar a la población de riesgo para que se someta a los mismos, aunque también se pueden programar individualmente, ya sea por consejo del médico o profesional sanitario, o por petición propia de individuo.
 - c. **Prevención Terciaria:** Es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de enfermo. Se aplican por tanto, sobre las personas que ya han sufrido la fase aguda de la enfermedad y que a consecuencia de ésta padece deterioros o secuelas, ya sean de índole física, psíquica o social. Se trata pues de medidas de rehabilitación, que suelen ser programarlas

profesionales o instituciones especializadas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, médicos rehabilitadores, residencias especiales, entre otros.

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

- Higiene y cuidados corporales.
- Alimentación: Regulación de hábitos dietéticos saludables.
- Vestido y calzado adecuado.
- Prevención de accidentes en el hogar: Valorar la iluminación, la accesibilidad, las fuentes de energía, entre otros.
- Ejercicio físico: Valorar y asesorar sobre posibilidades de actividad física, relajación, etc.
- Apoyo psicológico: Comunicación, afecto, comprensión, afrontamiento del estrés, relación de ayuda, etc.
- Control de enfermedades: Medicación, pruebas, entre otros.
- Control de Factores de Riesgo, incluyendo los hábitos tóxicos.
- Promover actividades intelectuales y sociales en el Centro Sanitario.
- Complementar información facilitada por el facultativo.

3. **Educar:** Los profesionales sanitarios son mucho más eficaces de lo que creen en cuanto a la modificación de los comportamientos insanos de sus pacientes. Un estimulante para sentirnos motivados a promover a salud. La educación para a salud consta de tres estrategias imprescindibles: detectar, motivar e instruir.

- a. **Detectar problemas de salud:** Es una tarea primordial e imprescindible antes de promover modificaciones de os estilos

de vida. Existen muchos procedimientos para determinar los problemas y las necesidades de salud: encuestas, debates, medios de comunicación, entre otros.

- b. **Motivar:** Consiste en promover la modificación de los hábitos perjudiciales basándose en el planteamiento de unas necesidades de salud como medio para lograr una vida sana. Para una persona enferma, su padecimiento será el mejor motivo para corregir sus malos hábitos.
- c. **Instruir:** Se trata de procurar las instrucciones necesarias para corregir los hábitos insalubres y sustituirlos por los saludables. Para ello es necesario una tecnología educativa precisa y bien empleada, ya que, de lo contrario, podría resultar contraproducente para la salud del individuo. Por ejemplo, la incorrecta forma de confeccionar o de transmitir un mensaje de salud puede provocar un rechazo de mismo y la perturbación de los hábitos anti-saludables.

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

2.5.6.4. Estrategias y Herramientas indispensables para aplicar la Promoción de la Salud

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

Por su parte, Basurto y Vergara (2017) señala que se pueden considerar dos grandes grupos de estrategias; por un lado, las dirigidas a la generación de políticas que aborden las circunstancias físicas, sociales y culturales, y por otro lado, las dirigidas a facilitar la capacitación de las personas, comunidades e instituciones para que puedan realizar estrategias participativas de desarrollo comunitario (Handsley, 2007), marketing social (Lefebvre, 1992), desarrollo de redes sociales y abogacía, todas ellas dirigidas a la modificación de los determinantes de la salud. (Ver la figura 6).

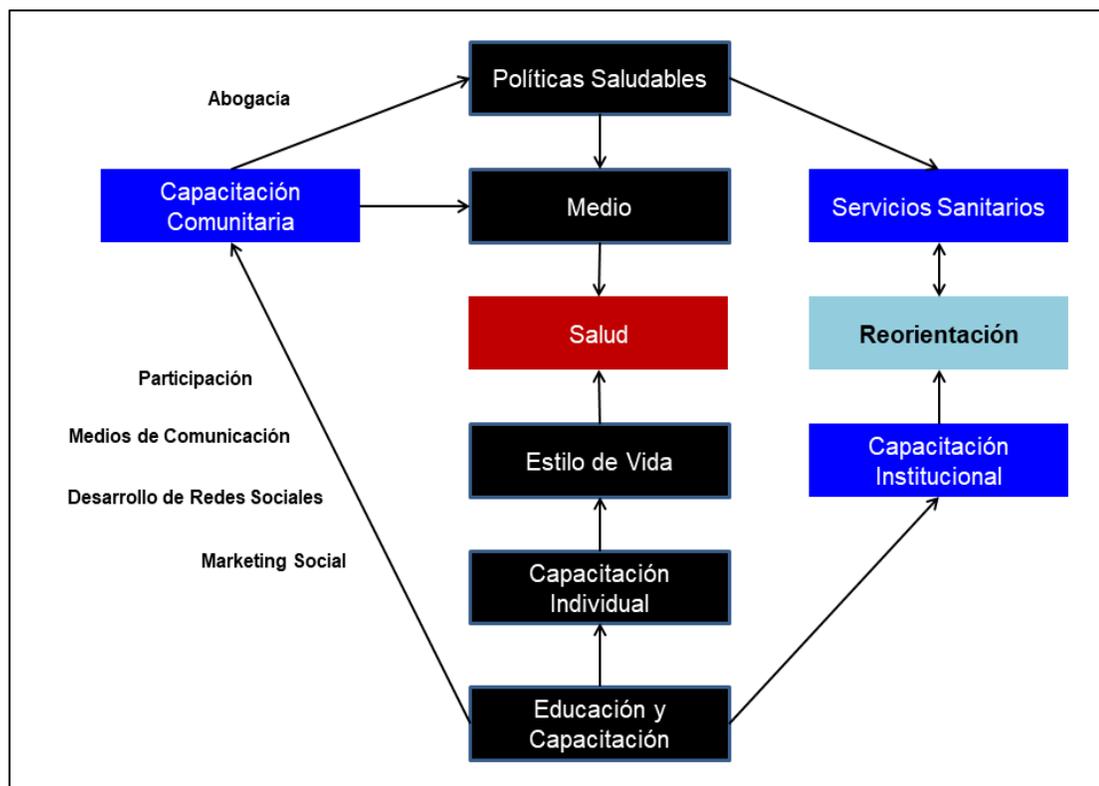


Figura 6. Estrategias y Herramientas de Promoción de Salud.

Fuente: Elaboración propia (2024), adaptada a Green y Tones (2010).

Por otro lado, Castro (1997) describe las siguientes herramientas para promocionar a salud:

1. **Trabajo Intersectorial:** Para formular y conducir políticas públicas saludables, así como para la ejecución de antes de la salud pública, se requiere además de la acción del Sector Salud como rector de las acciones vinculadas a la producción social, la participación de los otros sectores públicos y privados cuyas decisiones tiene efecto sobre la salud. En la promoción de la salud, los conceptos de transdisciplinariedad e intersectorialidad tienen plena vigencia. No se concibe una lucha contra el tabaquismo, causa número uno de mortabilidad prevenible en el mundo, o de promoción de la actividad física, en vía de ejemplo, sin la participación de sectores como finanzas, comunicación, transporte, agricultura, educación, medio ambiente, trabajo y salud.
2. **Educación Formal e Informal:** Es entendida como un proceso de transformación no sólo de los comportamientos individuales sino de transformaciones colectivas, a partir de la información, formación, acción y reflexión sobre los determinantes de salud. La presencia de un sector educativo de calidad y su acceso a él, por parte de la población, es uno de los componentes deseados requeridos para una buena salud a través del desarrollo de aptitudes personales, comportamientos y estilos de vida saludable, que faciliten la participación consiente y responsable de los individuos en el control de los factores que promueven la salud, así como la movilización de la opinión de las comunidades, líderes y dirigentes que lleven a la creación de ambientes saludables.
3. **Mercadotecnia en Salud:** Los programas y métodos de la mercadotecnia social como el uso de la comunicación social, busca además de educar e informar, que la salud tenga un atractivo social y

político; que se perciba como un factor de desarrollo social y económico promovido a través de técnicas modernas. Los nuevos roles de la mercadotecnia en salud la convierten en un componente clave: un instrumento de cambio. Es ideal y deseable que la salud se promueva atrayendo recursos financieros y humanos, mejorando la imagen, abogando por la causa, por el mayor número posible de canales de comunicación existente y socialmente aceptado. Además, el desarrollo de las acciones educativas en salud por la televisión, radio, periódicos, revistas, redes sociales, permitiría llegar a grupos de personas que no son accesibles por los sistemas de educación formal, influyendo en sus conocimientos, actitudes y comportamientos.

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

Se espera que estas herramientas cambien el comportamiento y el estilo de vida de las personas y están vinculadas al desarrollo de programas comunitarios y de participación social. Si la salud no se incluye como parte integral de la política social nacional, si las personas no reciben educación, si los avances tecnológicos en el campo de la información y las comunicaciones no se utilizan adecuadamente, si estos avances tecnológicos no están disponibles para las comunidades locales y si no hay procesos, no hay participación social, si no se cuenta con la infraestructura necesaria para la implementación y desarrollo de programas de promoción de la salud. La promoción de la salud no es sólo una cuestión de recursos financieros, es un

proceso que implica cambios en todos los niveles y que permite a los actores sociales contribuir a crear una sociedad con una mejor calidad de vida.

2.5.6.5. La Educación en Salud como estrategia de promoción y prevención

Según la OMS, citados por Hernández y Otros (2020), la educación para la salud se define como “la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud”. Este es un campo de los medios que ha evolucionado recientemente, posicionándose como una de las principales estrategias publicitarias. De manera similar, en la literatura se ha informado consistentemente de una fuerte asociación entre un bajo nivel educativo y peores resultados de salud. Un bajo nivel de educación sanitaria provocará varias dificultades para mantener la salud, entre las que se destacan:

- Barreras sociales para el acceso a servicios de salud.
- Problemas en el uso correcto de medicamentos.
- Acceso deficiente a información en salud
- Dificultades en el control de enfermedades crónicas.

Si se tiene en cuenta que la promoción en salud es un proceso mediante el cual la comunidad logra tomar el control de su situación en salud, a partir de las herramientas y conocimientos otorgados por personal entrenado, se logra evidenciar que la educación para la salud es una herramienta fundamental para lograr este objetivo.

Es por lo anterior que la educación en salud ha sido propuesta como una de las principales estrategias para lograr formar comunidades autónomas y con buena capacidad resolutive en el manejo de su propia salud, sin embargo, la aplicación de esta percepción ha sido insuficiente, ya que el sector salud

continúa dando una orientación biomédica centrada en la enfermedad cuyo principal enfoque es el alivio de patologías específicas y no la mejoría de la salud global de la población; de igual forma se tiene una perspectiva paternalista en donde el responsable del mantenimiento de la salud es el personal de la salud y no el paciente o individuo en cuestión.

2.5.6.6. Las Políticas Públicas en la Promoción de la Salud

El Ministerio del Poder Popular para la Salud dispone que la Política de Promoción de la Salud sea un marco orientador y conductor para intervenciones en Promoción de la Salud basado en los postulados de la Constitución Nacional, la legislación sanitaria, las leyes complementarias y la Política Nacional de Salud, entre otros.

También, la Política de Promoción de la Salud es una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad civil, las familias y las personas a favor de la salud y requiere del esfuerzo intra e intersectorial para su implementación a través de planes, programas e iniciativas nacionales, departamentales y locales. Con este proceso se desarrollarán mecanismos políticos, organizativos y gerenciales que garantizan a las personas y grupos tener una mayor influencia sobre su salud, para preservarla y mejorarla.

En este orden de ideas, el grupo objetivo de la promoción es el total de la población, y no solo los grupos de riesgo, como en la prevención, en este caso, la salud está directamente asociada a la calidad de vida y a los factores protectores, por el cual el Estado crea políticas públicas en salud.

En relación a la política de salud, Mendoza (2007) expresa que la misma debe estar dirigida a actuar sobre la producción social de la salud y atender las demandas de atención. Su principal propósito es contribuir a eliminar las brechas existentes entre los diferentes sectores sociales, la exclusión social, las inequidades de acceso y elevar la calidad de atención. Para esto la

participación social, las redes de servicios y el fortalecimiento de la salud pública son fundamentales.

En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, la salud es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones y recursos necesarios para la promoción, la defensa y la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo. Esto implica asumir la universalidad, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de la población de acuerdo al género, la interculturalidad, ciclo de vida y territorio social para la construcción del Socialismo y el vivir bien.

Con el objetivo de renovar las políticas públicas en los servicios sanitarios, el Gobierno Nacional a través de la Dirección General de Articulación de Programas, Servicios y Redes de Salud (DGAPSRs), perteneciente Viceministerio de Salud Integral, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (2023), logró la integración nacional de las Rutas de Atención Integral.

Por ello, Villasana y Caraballo (2019) citando a Feo (2019) consideran que las bases teóricas de la salud colectiva plantean el derecho a la salud como una garantía universal y responsabilidad del Estado, la determinación social de la salud, la promoción y fomento de sistemas públicos de salud universales con políticas integrales e integradoras, la participación social como pilar fundamental y el desarrollo de una militancia en los movimientos sociales, académicos e intelectuales. (p.3).

La postura teórica de la salud colectiva defiende que, a través del diálogo social participativo acompañado de un financiamiento unificado, es posible regionalizar los servicios de salud en sus bases operativas, bajo una sola dirección, un solo plan de trabajo y un equipo de salud bien formado para garantizar la salud a las personas, la familia y la comunidad desde la red comunal de salud hasta los hospitales de alta complejidad técnica. Este el mayor reto que hoy en día tienen las Áreas de Salud Integral comunitarias.

Para consolidar la idea de un Sistema de Salud Integrado en Venezuela, la sociedad y el Estado deben estar convencidos que la Salud Colectiva ofrece el rescate de acciones que abordan el enfoque histórico-social alrededor de los problemas de salud con la efectiva participación de los movimientos sociales en todo el proceso, de allí surgen una nueva lógica de diseño, gestión y control social de políticas de salud. Se deben crear así, iniciativas innovadoras de promoción de la salud.

2.5.6.7. Promotores y/o Promotoras de Salud Comunitaria

Las y los promotores de la salud son personas comprometidas con la salud de la población a través de su trabajo nos ayudan a tener nuevos hábitos saludables tanto físicos como mentales, por lo que son una parte fundamental en nuestro entorno ya que nos ayudan a mejorar nuestro estilo de vida.

En este sentido, García y Guevara (2014) sostienen que debe formarse a las comunidades en promoción de la salud, ya que la educación en salud para el ámbito local, es una estrategia valiosa para fortalecer los servicios de salud, no obstante, sigue siendo una deuda pendiente en Venezuela. (p. 1).

También, es importante señalar que estas autoras citan que se debe presentar un programa educativo para Promotores Sociales en Salud (con una duración de dos años), a la Dirección General de Investigación y Educación para la Salud Integral del Ministerio del Poder Popular para la Salud, a objeto de su revisión, aprobación y acreditación, correspondiente a un reconocimiento como carrera de salud para ser incluida en el Manual de Cargos del Sector Salud. A su vez, ser remitida a la Dirección General de Promoción y Participación Popular en Salud, para capacitar a los Voceros y Voceras de los Comités de Salud de las comunidades a nivel nacional, regional y local.

2.5.6.7.1. Perfil de los Promotores y/o Promotoras de Salud

El Banco Interamericano de Desarrollo (2017), afirma que el perfil y función de los promotores de salud a nivel internacional varía ampliamente. Asimismo,

los modelos dependen de las necesidades específicas de cada comunidad, incluyendo sus determinantes sociales, objetivos y servicios de salud disponibles en el área. Expertos en el tema, sugieren la definición de la Asociación Americana de Salud Pública (APHA, por sus siglas en inglés), ya que es la más completa y estipula que el rol principal de los promotores es “servir como enlace entre la comunidad y los servicios sociales y de salud ofrecidos por el gobierno local y estatal”. Según la APHA, los promotores:

- Son trabajadores de salud pública en primera línea.
- Son miembros creíbles de la comunidad.
- Sirven como intermediarios o facilitadores entre los servicios sociales y sanitarios y la comunidad.
- Facilitan el acceso a servicios y mejoran la calidad y capacidad cultural en la forma en que se brindan los servicios.
- Construyen la capacidad individual y de la comunidad, aumentando su autosuficiencia y conocimientos sobre temas de salud
- Realizan trabajos con y educan a la comunidad, ofrecen consejos informales, apoyo social y abogacía.

De acuerdo a esta Institución Internacional, los promotores de salud se involucran cada vez más en el cuidado de enfermos crónicos. Asegura el BID, que la intervención de estos promotores ha contribuido a que los pacientes puedan manejar mejor los factores de riesgo y a prevenir las enfermedades cardiovasculares, como la diabetes, y a reducir las disparidades en la atención médica y ayuda a que las comunidades se empoderen con la participación comunitaria en salud.

2.5.6.8. Universidades Promotoras de Salud (UPS)

Lazo, Márquez y Ordaz (2019) citados por Hernández (2022) opinan que las instituciones universitarias, acogen a sujetos con historias y trayectorias

diferentes, que portan significados diversos, pero orientados hacia un objetivo único, demandando el desarrollo de propuestas educativas (...) potenciando una interacción social, que, articulada dialécticamente, permita transformar este escenario educativo. (p. 460).

Asimismo, Sinha (1993) expresa que la promoción de salud asociada a los centros educacionales, en este caso las universidades conllevan a un término utilizado de “Universidad Promotora de Salud”, ampliamente extendido porque es ese espacio potencialmente propenso a desencadenar los factores determinantes de estilos de vida. Esto es así debido a que en estas edades se desarrollan los hábitos de estilo de vida, que serán más difíciles de modificar en la vida adulta.

Por consiguiente un proceso de promoción de estilos de vida saludables en un contexto universitario y teniendo como perspectiva metodológica la promoción de salud, indica la necesidad de tener clara la especificidad de ese contexto y el hecho de que una misma persona se comporte de forma distinta en contextos diferentes, es así que en la universidad converge un gran grupo de estudiantes de diversas nacionalidades, variadas provincias y municipios del territorio nacional, según Vento y Ordaz (2020).

Las instituciones internacionales y sectores de gobierno de los diferentes países reconocen, promueven y apoyan la calidad de la salud, motivo por el cual es importante que existan universidades promotoras de salud que fomenten un contexto de bienestar universitario a través de ambientes saludables (...) e implica contar con políticas para la prevención e implementar programas que busquen cambiar el ambiente social. Becerra, (2013); Martínez y Balaguer, (2016) Potenciando dentro de este marco la iniciativa continua y fortaleciendo el intercambio de experiencias y congresos en las cuatro redes que se desarrollan a nivel internacional.

Dentro de estas instituciones internacionales podemos mencionar: la Red Española de Universidades Saludables [REUS], Red Madrileña de

Universidades Saludables [REMUS], Red Iberoamericana de Universidades Promotores de Salud [RIUPS] y Red Europea de Universidades Saludables [EuroHPU], las cuales generan consolidación a la fundamentación del Programa de Universidades Promotoras de la Salud (Gallardo, 2013) teniendo como propósito mejorar las condiciones de vida y el bienestar de la comunidad universitaria y transformar los entornos en saludables. (Arroyo, 2018; Martínez et al. 2018; Shain y Kramer, 2004).

Este programa, de Universidades Promotoras de Salud, tiene un enfoque participativo y su propósito es que las Instituciones de Educación Superior (IES) tengan un compromiso político hacia la promoción de la salud, por lo que en América Latina hace dieciocho años universidades públicas y privadas se han dedicado a promover dicha iniciativa. (Arroyo, 2017; Becerra, Ob. cit.).

En el contexto internacional han sido múltiples los estudios realizados respecto a la promoción de estilos de vida saludables en la educación superior, destacándose los de países como Colombia, México, Nicaragua, Ecuador, España y Perú.

En la sociedad venezolana actual, la Institución de Educación Universitaria (IEU) tiene como objetivo promover una educación que cree un ambiente saludable y cuide el bienestar de todos los miembros de la comunidad universitaria, permitiéndoles desarrollar habilidades para la vida y aprender a adoptar o mejorar hábitos saludables, maneras y estilos de vida.

La comunidad universitaria tiene un alto valor social, ya que su contribución en forma de conocimiento e innovación contribuirá a la mejora de la calidad de vida, lo que puede afectar la prestación de servicios a largo plazo. Dado que las enfermedades infecciosas son causadas por no adquirir un estilo de vida saludable a una edad temprana, las estrategias para promover un estilo de vida saludable deben evaluarse desde diferentes perspectivas.

De esta forma, Muñoz y Cabieses (ob. cit.) expresan que las instituciones de educación superior buscan comprender los fenómenos y aportar soluciones que enriquezcan y orienten el futuro nacional, regional y mundial. En otras palabras, la existencia misma de una universidad implica su participación en la cultura y en los procesos relevantes de la nación a la que pertenece. (p. 1).

Los autores antes mencionados, también refieren que las universidades deben aspirar al protagonismo en el cambio cultural mediante la educación de personas más cultas, abiertas, emprendedoras e íntegras, comprometidas con el desarrollo progresivo de la sociedad. Sin embargo, este cambio cultural exige desafíos enormes para las universidades, pues no sólo demanda una formación de excelencia en cada disciplina, sino que requiere el fortalecimiento de conductas y actitudes transversales que adoptará cada profesional, quien construirá y tomará decisiones al interior de la sociedad. Surge aquí una segunda condición para la existencia de una universidad, y que se refiere al desarrollo permanente de las capacidades de los miembros de la universidad.

Desde este contexto, Vio (2006) define la Universidad Promotora de Salud como:

Aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales. De esta manera promueve conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la implantación de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria. (p. 10).

Arroyo (ob. cit.), cita que las Universidades Promotoras de la Salud (UPS) tienen la responsabilidad de generar una cultura de Promoción de la Salud en el campus y en el ambiente social y comunitario externo. Las UPS se comprometen a impulsar el marco operacional de la Promoción de la Salud contenido en la Carta de Ottawa y ratificado en documentos declaratorios de salud posteriores a nivel internacional. También las UPS tienen la misión de la abogacía en salud utilizando como marco conceptual/operacional los postulados de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los Objetivos

del Desarrollo Sostenible. En el Cuadro 1 se presenta un resumen de los componentes de la definición de UPS:

Cuadro 1. Componentes de la Definición de Universidades Promotoras de la Salud (UPS)

Ejes Transversales de las UPS	Ámbitos de Actuación	Definiciones Operacionales
Perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).	Desarrollo de normativa y políticas institucionales para propiciar una cultura universitaria y un ambiente favorable a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsar acciones de abogacía en salud. • Participar en procesos de análisis de política pública en salud. • Utilizar enfoques de trabajo intersectorial y multidisciplinario.
	Desarrollo de acciones de Educación para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar las perspectivas de trabajo asociadas a la alfabetización en salud y la comunicación en salud. • Fomento de las habilidades para la vida. • Fomento del liderazgo estudiantil en salud.
Perspectiva de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).	Ofrecimiento de servicios sociales, servicios médicos y de Salud Integral.	<ul style="list-style-type: none"> • Combinación de servicios médicos, educación para la salud, psicológicos y de trabajo social. • Visión amplia de servicios que cobije los determinantes sociales.
	Capacitación y formación académica profesional en Promoción de la Salud (PS).	<ul style="list-style-type: none"> • Programas y cursos de especialidad en Promoción de la Salud. • Proyectos de transversalización curricular de la Promoción de la Salud. • Cursos de Extensión en PS.
	Desarrollo de asociaciones, alianzas y Redes de Salud de los universitarios.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el desarrollo de colectivos de trabajo y asociaciones con objetivos de salud. • Participar en redes de Universidades Promotoras de la Salud a nivel nacional e internacional.
	Ambiente favorable a la salud en el campus.	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de campus verde. • Proyectos de desarrollo sostenible en el campus. • Acciones de modificación de la infraestructura y reingeniería en beneficio de la salud en las instalaciones universitarias.
Alcance social, familiar y comunitario.	Desarrollo de Investigación en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de los perfiles de salud de los universitarios. • Evaluación de la efectividad de las acciones de Promoción de la Salud y la Educación para la Salud.

Fuente: Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS, 2013) citada por Arroyo (2018).

De igual manera, este autor antes mencionado relata que las Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud son aquellas que se comprometen con la creación de un entorno y cultura que fomente la salud y bienestar integral de los miembros que la componen; estudiantes, académicos y funcionarios. Para lograrlo, las universidades comprometidas con esta meta incorporan este concepto en sus políticas institucionales, en su entorno (lo que incluye las estructuras y procesos) y también en las mallas curriculares explícitas e implícitas.

Este compromiso con la promoción de la salud se demuestra actualmente en las universidades en una variedad de roles: como organizaciones educativas, como empleadores, como estructuras comunitarias y, a menudo, como proveedores de servicios de salud. La Universidad Saludable viene a potenciar o anterior, generando alianzas y apoyando iniciativas orientadas a mejorar el bienestar de su comunidad local y regional.

Sin embargo, para crear un ambiente saludable en la universidad, deben esforzarse continuamente por mejorar las estructuras y procesos de la universidad para aumentar la calidad de vida de todos los miembros o aquellos que tendrán un impacto positivo en el compromiso de la universidad, la productividad y creatividad en el aprendizaje y el trabajo.

En la mayoría de las Universidades existen servicios de bienestar estudiantil y bienestar del personal o del talento humano, los que frecuentemente incorporan entre sus objetivos la preocupación por el autocuidado y los estilos de vida saludables de la población que atienden. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para crear una cultura de salud dentro de la Universidad. Para ello se requiere una planificación estratégica, de corto, mediano y largo plazo, que represente los intereses y compromisos de toda la comunidad universitaria. Estas reparticiones seguirán cumpliendo su labor, pero una vez que se implementen las políticas de promoción de la salud, se integrarían en

un trabajo coordinado entre todas las iniciativas que surjan, para mejorar la salud biopsicosocial, espiritual y ambiental en el ámbito universitario.

Una Universidad Saludable proporciona un ambiente donde se encuentran disponibles alimentos saludables y actividad física regular. En estos procesos ponen gran énfasis en dimensiones psicosociales como el respeto, la solidaridad y la no violencia entre y en todos los niveles de la comunidad universitaria; desalientan el uso de drogas ilegales y se preocupan por la seguridad física de sus miembros tanto dentro como fuera del campus. También es un lugar para actividades académicas fuera del campus. Suelen apoyar a todos los miembros de la comunidad universitaria para que se conviertan en personas sanas y desarrollen su potencial personal y profesional.

Por último, en el largo plazo la promoción de la salud en la universidad favorecerá cambios en la situación de salud del país a través de las generaciones de estudiantes egresados que fomentarán modificaciones para lograr el bienestar y la salud de las instituciones y comunidades en las que trabajen y de las familias que formen.

2.5.6.8.1. ¿Por qué implementar una Universidad Promotora de Salud?

- Las UPS tienen una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros, protegiéndolas y promoviendo el bienestar de sus estudiantes y todo el personal que allí labora, así como la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas.
- Son organizaciones grandes donde muchas personas pasan una parte importante de sus vidas estudiando y trabajando.
- La comunidad universitaria utiliza una vasta gama de servicios que se relacionan con la salud, como transporte, servicios de alimentación o comedor, seguridad, actividades deportivas, entre otras.

- La modificación de los ambientes puede incidir en el logro de estilos de vida más saludables. La ampliación de estos efectos tiene que ver con cambios culturales, por lo que reformas en los sectores Salud y Educación son elementos facilitadores. La transversalidad entre ambos sectores apunta, entre otras cosas, al desarrollo de personas autónomas, reflexivas, críticas, con responsabilidad frente a sí mismos y ante los demás, en materias de salud.
- Las actividades principales de sus cuerpos académicos son la docencia, la investigación y a extensión o la vinculación Sociocomunitaria, en todas las asignaturas, materias, unidades curriculares o subproyectos, lo que permite la incorporación del concepto de salud, como responsabilidad personal y social, en todas esas asignaturas curriculares, así como la inclusión dentro de las áreas de investigación e indudablemente en los programas de extensión y/o vinculación Sociocomunitaria.

2.5.6.8.2. Algunas Experiencias Internacionales de Universidades Promotoras de Salud

La bibliografía internacional aporta estudios de Universidad Saludables o Promotoras de Salud que nos pueden enseñar sobre sus logros y fracasos. A continuación, se detallan en el cuadro 2:

Cuadro 2. Relación de las RIUPS (Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud) existentes

Redes Iberoamericanas activas	Redes en proceso de desarrollo en Iberoamérica	Otras Redes Globales
Brasil. Colombia. Costa Rica. Chile. Cuba. Ecuador.	Argentina. Guatemala. Honduras. Nicaragua. Panamá. Portugal.	Alemania. Canadá. Inglaterra. Nueva Zelanda.

España. México. Perú. Puerto Rico. Red Centroamericana y del Caribe de UPS.	Uruguay.	
--	----------	--

Fuente: Arroyo (2018).

Arroyo, Durán y Gallardo (2015) insisten en que hoy día es imperativo que las universidades asuman roles y funciones más contundentes para mejorar la salud de la población universitaria y la comunidad en general. El Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud ha demostrado en sus veinte años (2003-2023) de implantación en Iberoamérica que es una iniciativa idónea para fortalecer la salud mediante el ideario y la praxis de la Promoción de la Salud. Se invita a las Universidades de la Región a sumarse a la RIUPS e impulsar acciones políticas, programáticas y de servicio en Promoción de la Salud en las comunidades, al interior de las universidades y en otras entidades de educación superior.

2.5.6.8.3. Compromiso de las Universidades Promotoras de la Salud

La iniciativa de Universidades Promotoras de la Salud hace un llamado a las universidades y a otras entidades de Educación Superior a:

- Generar el compromiso político institucional para ubicar a la Promoción de la Salud como elemento integrador de la visión, misión, valores y el plan estratégico universitario.
- Operacionalizar el enfoque de Universidad Promotora de la Salud (UPS) al interior de la institución a través de una estructura y programa formal de actividades sistemáticas de Promoción de la Salud donde participen docentes, estudiantes y demás miembros de la comunidad universitaria.

- Designar funcionarios universitarios responsables de coordinar el programa de Universidad Promotora de la Salud y garantizar la sistematización de acciones con el apoyo de representantes de diferentes Facultades, Escuelas, Programas, Subprogramas y disciplinas de estudio.
- Rendir informes periódicos de las acciones de Promoción de la Salud que emprende la Universidad a nivel interno en el campus y a nivel externo con su vinculación directa en los asuntos sociales, asuntos de políticas públicas favorables a la salud, acciones intersectoriales y de abogacía en salud.

2.5.6.8.4. Planificación de iniciativas de Universidades Promotoras de la Salud

La planificación de iniciativa de Universidades Promotoras de la Salud está establecida en una guía que ofrece el Consejo Directivo de la RIUPS para tal fin:

1. La designación de un Comité Coordinador de la Iniciativa. La estructura de trabajo debe ser responsiva a la cultura organizacional de cada Universidad.
2. Campaña de información, concienciación y sensibilización hacia los conceptos de Promoción de la Salud y Universidades Promotoras de la Salud.
3. Desarrollo del análisis de la situación social y de salud de los integrantes de la comunidad universitaria (estudiantes, profesores, personal no docente, etc.).
4. Desarrollo del perfil de los programas, proyectos, servicios y actividades universitarias que se relacionan con la Promoción de la Salud y aquellos

que podrían vincularse más directamente al quehacer de las Universidades Promotoras de la Salud.

5. Presentación pública en la Universidad de los resultados obtenidos en los puntos 3 y 4.
6. Desarrollo del Plan Estratégico Institucional para impulsar la iniciativa de Universidades Promotoras de la Salud.
7. Obtención de compromiso institucional con la implantación del Plan Estratégico y con la asignación de apoyo económico a la iniciativa.
8. Desarrollo de la programación de las acciones y actividades para el año académico.
9. Definición de criterios e indicadores de medición y mecanismos de evaluación de la efectividad.
10. Divulgación y publicación de los resultados de las acciones de creación, las acciones programáticas, de investigación y de evaluación vinculadas con las Universidades Promotoras de la Salud.

2.6. Operacionalización de Variables

Para hablar de operacionalización de conceptos o variables Núñez (2007) citado por Reguant y Martínez (2014) debemos entender que:

[...] la variable es todo aquello que se va a medir, controlar y estudiar en una investigación, es también un concepto clasificatorio. Pues asume valores diferentes, los que pueden ser cuantitativos o cualitativos. Y también pueden ser definidas conceptual y operacionalmente. (p. 167).

En este sentido, la operacionalización de conceptos y variables permite, por una parte, la elaboración de los instrumentos de medida, convirtiendo los indicadores en ítems o elementos de observación. Igualmente facilitan otro proceso, como es la construcción de índices, al mostrar de una forma esquemática todo el contenido de la investigación facilitan la visión global que permite hacer el camino de vuelta... es decir recomponer la información

recabada para integrarla en una “explicación” de cada una de las dimensiones y conceptos.

Por otro lado, la operacionalización de variables debe contener unas dimensiones e indicadores. Al respecto, Espinosa (2019) refiere que la Dimensión “es el factor rasgo de la variable que debe medirse y que permite establecer indicadores; se apoyan en el marco teórico, al igual que la variable operacional. Es un elemento que resulta del análisis y/o descomposición de la misma”. Igualmente, este autor define que un Indicador es:

Un indicio, señal o unidad que permite estudiar y cuantificar una variable, mostrando cómo medir cada uno de los factores o rasgos presentes en una dimensión (es) de la variable. Los indicadores: consisten en lo medible, verificable, el dato, el hecho; forman parte de la descomposición o clasificación de las dimensiones; los indicadores no deben surgir de la nada, ni ser inventados por el investigador, más bien deben partir de la clasificación dada por algún autor consultado en una referencia bibliográfica o documental, y rigurosamente referenciados en el marco teórico. (p. 175).

En la literatura, como ya se ha mencionado, se encuentra este proceso designado en diferentes formas, así mismo sus elementos cobran distintas denominaciones, por lo que se ha incluido en la tabla 2, que continuación que se muestra.

Tabla 2. Operacionalización de Variables

Objetivo General: Proponer estrategias de promoción de salud en las Universidades del estado Cojedes. Un enfoque desde el Modelo Lalonde.				
Variable	Definición conceptual de las Variables	Dimensión	Indicadores	Ítems
<i>Dependiente</i> MODELO LALONDE	Según Velasco (2015), es un modelo de tipo horizontal, que se establece sobre los factores determinantes de la salud, y surge al ver la importancia que juegan los estilos de vida en el determinismo de la mayoría de los procesos mórbidos, que producen mortalidad: en el 43%, versus los otros factores determinantes de la salud como la biología en el 27%, el entorno en el 19% y el sistema de asistencia sanitaria en el 11%." (p. 206).	Determinantes Sociales de Salud	Estilos de Vida	01-02-03-04
			Cambio de Comportamiento	05
			Actividades físicas y recreativas	06
			Biología Humana	07
			Servicios Sanitarios	08
			Políticas Públicas	09
			Ambiente	10
<i>Independiente</i> UNIVERSIDAD PROMOTORA DE SALUD	Según Arroyo (2009), el concepto de Universidades Promotoras de la Salud hace referencia a las entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud (PS). (p. 01)	Calidad de Vida	Necesidades Integración Social	11
			Bienestar Emocional	12
			Competencias Sociales	13
			Bienestar Psicosocial	14
				15
		Promoción de la Salud	Promoción de Salud	16-17
			Formación	18
			Educación para la Salud	19
			Prevención de Enfermedades	20
			Brigadas de Salud	21
Tecnología	22			
Estrategias	23			
Servicios Médicos	24			
Bienestar	25			
Estudiantil	26			

Fuente: Elaboración propia (2024).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

*“Jamás se descubriría nada, si nos consideraremos
satisfechos con las cosas descubiertas”.*
Séneca

En cualquier proceso de investigación se debe tener presente la intencionalidad que permite razonar en torno a factores de orden epistemológico, ontológico y metodológico para su desarrollo. Lo que indica que toda metodología incluye unos preceptos filosóficos, puesto que no hay valores absolutos en el conocimiento científico.

3.1. Adscripción al Paradigma

Este tipo de investigación inicialmente se encuentra enfocada dentro del paradigma cuantitativo, pues es aquel que “usa recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías”, según Hernández y Otros (ob. cit.; p 4).

De igual manera, Meza (2010) expresa que el positivismo asume que existe un método específico mediante el cual el sujeto puede acceder a conocer de manera absoluta al objeto de conocimiento. Además, añade que el paradigma positivista ha privilegiado los métodos cuantitativos en el abordaje de la investigación.

Profundizando un poco más dentro del concepto, según Ballinas (2007) el paradigma positivista, también denominado paradigma cuantitativo, empírico-analítico-racionalista, es el paradigma dominante; tiene como fundamento filosófico el positivismo, la cual es la escuela filosófica que defiende determinados supuestos sobre concepción del mundo y del modo de conocerlo, por lo que se extienden las características del positivismo a las dimensiones del paradigma.

Para finalizar, este mismo autor afirma que el positivismo acepta como único conocimiento válido al conocimiento verificable y medible, visible. Recalca, que para el positivista lo que importa es la cuantificación y medir una serie de repeticiones que llegan a constituirse en tendencias, a planear nuevas hipótesis y a construir nuevas teorías, todo esto fundamentado en el conocimiento cuantitativo.

3.2. Enfoque de la Investigación

Mata (2019), expone que “la selección del enfoque de investigación nunca se reduce a un asunto de azar o capricho, sino, a decisiones de quien investiga, en función de la construcción del problema y las metas del estudio”. (p. 1).

También señala este autor, que cuando se habla de enfoque de una investigación, se refiere a la naturaleza del estudio, la cual se clasifica como cuantitativa, cualitativa o mixta; y abarca el proceso investigativo en todas sus etapas: desde la definición del tema y el planteamiento del problema de investigación, hasta el desarrollo de la perspectiva teórica, la definición de la estrategia metodológica, y la recolección, análisis e interpretación de los datos.

Aunque con frecuencia la atención se concentra en la metodología y el denominado marco metodológico, la definición del enfoque de investigación debe ser asumida de forma integral, comprendiendo que responde también a criterios epistemológicos; es decir, a perspectivas amplias respecto a la labor científica y a cómo se asume el proceso investigativo. En este sentido, esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, el cual es definido por Hernández y Otros (2010) como:

El enfoque cuantitativo (que representa, como dijimos, un conjunto de procesos) es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis. (p. 5).

3.3. Tipo de Investigación

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), cuando se habla de tipo de investigación se "refiere al alcance que puede tener una investigación científica y al propósito general que persigue el investigador". (p. 57).

Desde la perspectiva de la investigación se puede decir que es descriptiva, de hecho, se quiere conocer más a fondo el fenómeno, así como también identificar las variables que definen la problemática, objeto de estudio a fin de describir cómo opera y cuáles son sus implicaciones en el entorno.

Al respecto, Hernández y Otros (2010) señalan que este tipo de investigación es definido por "su alcance que ha de tener el investigador, considerando el tipo de búsqueda que es ejecutado, éste puede ser: exploratorio, descriptivo, correlacionar o explicativo; el tipo de investigación hace énfasis en cómo se ejecutará la misma". (p. 79). De igual manera, los autores citados al referirse a los estudios con un alcance descriptivo mencionan lo siguiente: "...la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar como son y cómo se manifiestan". (p.80); y más adelante, al ahondar sobre su finalidad, señalan: "Los **estudios descriptivos** buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, entre otros.

3.4. Diseño de la Investigación

Por consiguiente, en el marco metodológico uno de los componentes más importantes es el Diseño de la Investigación. El concepto del término Diseño, hace referencia al modelo o estrategias concebida para obtener la información que se desea; él indica al investigador las directrices a cumplir para alcanzar los objetivos del estudio y dar respuestas a las interrogantes concernientes al área de conocimiento que se han planteado.

En el mismo orden de ideas, este estudio es una investigación de campo, pues según Hernández y Otros (ob. cit.) destaca que:

Es aquella que se realiza en el mismo lugar y en el tiempo donde ocurre el fenómeno. Normalmente se utiliza en las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud, su objetivo es levantar la información de forma ordenada y relacionada con el tema de interés; las técnicas utilizadas aquí podrían ser la entrevista, la encuesta o la observación. (p. 67).

Esto corresponde con el caso en estudio, ya que se busca realizar diversas Universidades del estado Cojedes, específicamente en aquellas donde se ofertan estudios de pregrado y postgrado en las Ciencias de la Salud.

Por otro lado, Hernández y Otros (ob. cit.), reseñan la investigación descriptiva como el tipo de investigación que “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (p. 80).

Sin embargo, Hernández y Otros (ob. cit.), dentro de este marco, siguiendo con el precitado autor, el diseño a utilizar es el No Experimental; Este puede definirse como “la investigación que se realizará sin la manipulación deliberada de las variables, es decir, no existe intencionalidad para ejercer acción sobre las variables, pues lo que se hace es observar el fenómeno tal y como se desarrollará en el contexto natural donde ocurre, para luego ser analizado”. (p. 149). Estos autores opinan que es de carácter transeccional o transversal, donde viene dado de las investigaciones que recopilan datos en un momento único. (p. 151).

3.5. Modalidad de la Investigación

En este orden de ideas, Dubs de Moya (2002) destaca que el término proyecto es básicamente polisémico dado que se le relacionan diferentes usos y aplicaciones. Esta diversidad de significados lo convierte en un término impreciso. (p. 3).

Desde este contexto, la UPEL (2006), define el proyecto factible como:

Aquel que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organización o grupos sociales; puede referirse a la formulación de políticas, programas, métodos o procesos. El proyecto debe tener apoyo, en una investigación de tipo documental, de campo o de diseño que incluya ambas modalidades. (p. 7).

Por otra parte, un proyecto factible, como su nombre lo indica, tiene un propósito de utilización inmediata, la ejecución de la propuesta. De igual manera, la Universidad Nacional Experimental “Simón Rodríguez” (1980) considera que un proyecto factible está orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en una institución.

De las definiciones anteriores se deduce que, un proyecto factible consiste en un conjunto de actividades vinculadas entre sí, cuya ejecución permitirá el logro de objetivos previamente definidos en atención a las necesidades que pueda tener una institución o un grupo social en un momento determinado. Es decir, la finalidad del proyecto factible radica en el diseño de una propuesta de acción dirigida a resolver un problema o necesidad previamente detectada en el medio.

En cuanto a la realización de Trabajos de Grado, también existen ciertas diferencias en la presentación formal una vez se han finalizados, tanto en la modalidad de una investigación de campo, como en la modalidad de un proyecto factible, tal como es el caso de la presente investigación.

3.6. Población y Muestra

3.6.1. Población

Igualmente, Tamayo (ob. cit.), señala que “la población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de análisis tienen características comunes, las cuales al analizarlas dan lugar a los datos de la investigación”. (p. 101). De esta manera, siguiendo estos lineamientos la población en esta investigación estuvo conformada por Directivos, Trabajadores Universitarios y Estudiantes de diversas Universidades del estado Cojedes, donde se ofertan estudios de pregrado y postgrado en las Ciencias de la Salud. Se tomó en consideración una población de 20 personas (Docentes, Administrativos, Obreros y Estudiantes Universitarios).

3.6.2. Muestra

Es pertinente, ubicar la muestra desde el punto de vista de la definición del término, Hernández, Fernández y Baptista (ob. cit.) afirman que “Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión. Este deberá ser representativo de dicha población”.

Para efectos de esta investigación, se asume la muestra igual a la población, considerando lo expresado por Castro (2003), quien señala “si la población es menor a cincuenta (50) individuos, la muestra es igual a la población” (p. 69).

Por tanto, es oportuno, indicar que la unidad de análisis en este estudio será los veinte (20) personas (Docentes, Administrativos, Obreros y Estudiantes Universitarios), de diversas Universidades del estado Cojedes, donde se ofertan estudios de pregrado y postgrado en las Ciencias de la Salud. Por consiguiente, el autor considera toda la población para no excluir a ningún individuo encuestado y así los precitados tengan la misma oportunidad de beneficiarse con la propuesta a desarrollar, en donde se considera que no era necesario calcularla, ya que la población es muy pequeña y se puede acceder a toda sin dificultad.

3.7. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.7.1. Técnica

Para Hernández y Duana (2020) citados por Sánchez (2022), las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener información necesaria para dar respuesta a su pregunta de investigación.

Asimismo, dicen los autores antes mencionados que algunas de las técnicas e instrumentos más comunes para la recolección de datos en una investigación son: observación, cuestionarios, entrevistas y escalas.

A fin de realizar dicha recopilación se selecciona la técnica de la encuesta, la cual en opinión de Tamayo (ob. cit.) es un diseño “Exclusivo de las ciencias sociales. Parte de la premisa de que, si queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor es preguntárselo directamente a ella”. (p. 110). Del mismo modo, Palella y Martins (2006) señalan que es “una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones interesan al investigador”. (p. 134).

3.7.2. Instrumento de Recolección de Datos

Una vez, señalada la técnica, se procede a indicar que el instrumento para recabar la información será el Cuestionario, Palella y Martins (ob. cit.) señalan que “es un instrumento de investigación que forma parte de la técnica de la encuesta. Es fácil de usar, popular y con resultados directos”. (p. 143). Es por ello, que se utilizó el cuestionario tipo escala, elaborado con preguntas en categorías que han sido delimitadas; es decir, se presentaran las posibilidades de respuestas y los sujetos deben circunscribirse a ellas.

En atención a lo señalado, Hernández, Fernández y Baptista (ob. cit.), exponen que la Escala de Likert “consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se solicita a los sujetos la reacción pidiéndoles que la extremen a fin de que elijan una de las cinco alternativas de la escala”. (p. 245).

3.8. Validez y Confiabilidad del Instrumento

3.8.1. Validez

En términos generales, la validez hace referencia al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Considera, Sabino (2008) que la Validez “es la cual se puede tener diferentes tipos de evidencias tales como: evidencia relacionada con el contenido, evidencia relacionada con el criterio y evidencia relacionada con el constructo”. (p. 105).

En la presente búsqueda la validez se midió a través del Juicio de Expertos, estos son tres (3) profesionales acreditados académica y laboralmente y vinculados directamente con el tema en estudio; cuyos expertos serán: un (01) (01) Doctora en Gerencia Avanzada; un Licenciado en Enfermería con Maestría en Gerencia de Salud Pública y una (01) Magister en Planificación Institucional y experta en Metodología de la Investigación, los cuales determinaran su validez, generando los juicios necesarios que permitieran optimizar las condiciones del mismo.

3.8.2. Confiabilidad del Instrumento

Posteriormente, sobre la base de los resultados arrojados por dicha prueba, se efectuó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach; el cual según los autores arriba mencionados, es una “medida de consistencia interna (...) tal vez es la más utilizada” (p. 208); asimismo, al referirse a los coeficientes de confiabilidad acotan lo siguiente: “La mayoría pueden oscilar entro cero (0) y uno (1), donde un coeficiente de cero significa nula la confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad perfecta)”. (p. 207).

Tabla 3. Valoración Total del coeficiente de confiabilidad aplicado en la investigación

Rangos	Magnitud
0,01 a 0,20	Muy Baja
0,21 a 0,40	Baja
0,41 a 0,60	Moderada
0,61 a 0,80	Alta
0,81 a 1,00	Muy Alta

Fuente: Pallella y Martins (2006).

Los investigadores Carmines y Zeller (1979) consideran, que, como regla general, las confiabilidades no deben ser inferiores a 0.80. Otros valores referenciales pueden encontrarse en Kerlinger y Lee (2002).

En este sentido, la magnitud de confiabilidad obtenida ofreció una respuesta concreta sobre el grado de confiabilidad que originaba el instrumento aplicado a los veinte (20) sujetos del estudio (Personal Administrativo, Docente, Obrero y Estudiantes de las diferentes universidades del estado Cojedes), obteniéndose el **0,86** enmarcado en el rango **Muy Alta**. (Ver Anexo “C”).

3.9. Técnica de Análisis de Datos.

Una vez recolectados en la totalidad de la población, los datos obtenidos fueron sometidos al Análisis Estadístico con Microsoft Excel. De igual manera, Hernández, Fernández y Baptista (ob. cit.), lo definen como “un archivo/matriz de un programa computarizado de análisis estadístico”. (p. 266). En síntesis y para su mejor apreciación, fueron presentados mediante el empleo de cuadros de distribución de frecuencia; y posteriormente sometidos a análisis destinado a la identificación de patrones y tendencias, que conlleven a la formulación de conclusiones al respecto y, eventualmente, de recomendaciones a las que hubiere lugar.

Finalmente, este proceso de análisis secuencial ha de proporcionar los elementos requeridos para definir las competencias objeto del presente estudio; y por último llevar a cabo la propuesta del diseño e implementación de estrategias de promoción de salud bajo el Modelo Lalonde, en el contexto universitario del estado Cojedes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

*“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos pensantes
y comprometidos pueden cambiar el mundo.
De hecho, son los únicos que lo han logrado”.*

Margaret Mead

4.1. Presentación y Análisis de Resultados

En este contexto, Hernández y Otros (2010) sostienen que este apartado presenta los resultados del proceso de investigación a través de sus dos momentos; al final de cada momento se presentan los aportes a la investigación general y para terminar la integración de los resultados, para dar paso a las conclusiones en el próximo capítulo.

Igualmente, los autores antes mencionados señalan que, para llevar a cabo el análisis de la información recolectada se puede recurrir a diversas técnicas, con el fin de sintetizar los datos obtenidos y examinar las relaciones entre las variables medidas en la investigación.

Para Tamayo y Tamayo (2011), el análisis de los resultados en una investigación se relaciona con el proceso de convertir los fenómenos en datos científicos, con el fin de obtener conclusiones válidas. En este sentido, una vez recolectados los datos a través del cuestionario diseñado aplicado a la población de interés en el estudio, fueron elaboradas unas tablas contentivas de las frecuencias absolutas, relativas y medias aritméticas para cada indicador propuesto, así como su respectiva dimensión que conlleva a alcanzar los objetivos específicos planteados.

Cuando se organiza y se analiza la información, la estadística se vuelve una herramienta esencial. Antes de iniciar con la selección de la herramienta primero se debe tener presente que la estadística se divide en dos vertientes según la intencionalidad: descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva

contiene una serie de procedimientos para resumir, sintetizar, organizar y describir datos, mientras que la inferencial comprende un conjunto de técnicas que le permiten a la persona investigadora estimar o inferir los resultados alcanzados de una población o muestra estudiada.

Se indican los resultados tal y como se dieron durante la investigación, en forma lógica. Se pueden presentar los datos en tablas, gráficas o figuras. Es necesario indicar la razón por la cual se está incluyendo en el informe y su interpretación. A continuación, se realizó el análisis e interpretación de los resultados del estudio sobre estrategias de promoción de salud en las universidades del estado Cojedes. Un enfoque desde el Modelo Lalonde:

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Estilos de Vida”.

1	Desde que estás en la Universidad has vivido cambios en tu estilo de vida.
2	Tienes conocimiento de que es un estilo de vida saludable.
3	Practicas hábitos saludables en tu vida cotidiana.
4	Practicas hábitos nocivos para la salud en tu vida cotidiana.

Tabla 4

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Estilos de Vida.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
1	0	0%	4	20%	12	60%	4	20%	0	0%	20	100%
2	0	0%	4	20%	10	50%	6	30%	0	0%	20	100%
3	0	0%	0	0%	0	0%	18	90%	2	10%	20	100%
4	0	0%	7	35%	6	30%	5	25%	2	10%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Estilos de Vida”**, arrojaron que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que siempre 20%, algunas veces 60% y 20% casi nunca desde que están en la Universidad han vivido cambios en su estilo de vida; por otro lado, el 20% siempre y un 50% algunas veces se tiene conocimiento de que es un estilo de vida saludable, por el contrario, un 30% de los encuestado casi nunca tiene conocimiento de que es un estilo de vida saludable; seguidamente el 90% dijo que casi nunca y el 10% nunca practica hábitos saludables en su vida cotidiana; Por último, el 35% casi siempre y un 30% algunas veces practica hábitos nocivos para la salud en su vida cotidiana.

Al respecto, Vargas (2019) señala que las primeras discusiones que surgieron en torno al análisis sobre los estilos de vida datan del siglo XIX con los escritos elaborados por Karl Marx alrededor del año 1850. Marx consideraba que los estilos de vida de la gente estaban determinados económicamente, porque en un sistema de producción, tanto el ingreso como la posición laboral de un individuo eran parte del estilo de vida que experimentaban los grupos sociales.

Al mismo tiempo, el investigador de este estudio, define el estilo de vida como el “conjunto de hábitos y conductas que adoptamos a lo largo de nuestra vida. Incluye aspectos como la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de alcohol y tabaco, el manejo del estrés y el sueño”.

Ahora bien, la relación entre el estilo de vida y la salud es compleja y bidireccional. Por un lado, el estilo de vida puede influir en la salud, aumentando o disminuyendo el riesgo de desarrollar enfermedades. Por otro lado, la salud también puede influir en el estilo de vida, dificultando o facilitando la adopción de hábitos saludables. Por esta razón, es importante destacar que las Universidades Promotoras de Salud, deben promover la práctica de buenos hábitos de salud que puedan permitir evitar enfermedades y mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Cambio de Comportamiento”.

5	Cambió tu comportamiento con respecto al consumo de tabaco, cigarrillos, bebidas alcohólicas o drogas, desde que llegaste a la Universidad.
---	---

Tabla 5

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Cambio de Comportamiento.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
5	0	0%	0	0%	14	70%	3	15%	3	15%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Cambio de Comportamiento”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que el 70% algunas veces cambió su comportamiento con respecto al consumo de tabaco, cigarrillos, bebidas alcohólicas o drogas, desde que llegó a la Universidad y 30% casi nunca y nunca desde que están en la universidad, no cambiaron su comportamiento en cuanto al consumo de productos nocivos para la salud.

Por su parte, Schwarze y Gutierrez (2009) señalan lo siguiente:

Los comportamientos que ponen en riesgo la salud humana, como el sedentarismo y la dieta inadecuada son muy resistentes al cambio. La mayoría de teorías sociocognitivas consideran que la intención es el mejor predictor del cambio; sin embargo, se sabe que las personas son muy inconsistentes con sus intenciones y que la discrepancia entre intención y acción es función de múltiples factores.

De igual manera, los autores antes mencionados señalan que los comportamientos de riesgo como consumo de alcohol y tabaco, abuso de sustancias, conducción irresponsable, excesos en comer y sexo sin preservativo son causantes de muchas condiciones de salud.

Afortunadamente, los comportamientos que comprometen la salud, pueden eliminarse gracias a que los seres humanos podemos ejercer control comportamental y autoregulatorio de nuestra salud, reemplazando comportamientos riesgosos por comportamientos que optimizan la condición de salud, por ejemplo, haciendo ejercicio físico regularmente, controlando el peso corporal, adoptando una nutrición saludable y aplicando rutinas de higiene dental, usando preservativo, conduciendo responsablemente en carreteras, entre otras cosas.

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Actividades Físicas y Recreativas”.

6	Se realizan actividades físicas y recreativas en la comunidad universitaria.
---	--

Tabla 6

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Actividades Físicas y Recreativas.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
6	0	0%	0	0%	06	30%	12	60%	2	10%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Actividades Físicas y Recreativas”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que el 60% casi nunca realiza actividades físicas ni recreativas y el otro 30% algunas veces se hace actividades deportivas y recreativas dentro de la Universidad.

En este sentido, Albelo (2008), argumenta lo siguiente:

La actividad física es fundamental, puesto que esta desarrolla a la persona y logra de una mejor calidad de vida, contrarrestando los problemas que trae aparejado el sedentarismo, en cuanto a la salud corporal y al empobrecimiento de la capacidad de

acción. Todo esto permite reflexionar sobre la importancia de la actividad física, si logra la toma de conciencia en toda la comunidad universitaria, del beneficio de la actividad físico-recreativa que tiene sobre la salud, permitiendo que ellos sean los portadores de una postura crítica sobre el sedentarismo, que hoy día llevan los adultos y los gerentes, y en especial los ancianos, debido a que la sociedad toma en esta etapa de la vida como pasiva y es una imagen errónea.

Desde esta perspectiva, el investigador de este estudio reconoce que la implementación de programas de actividades físicas y recreativas en los distintos ámbitos permite ver que se está produciendo una acción para concienciar a las personas a realizar ejercicio, esta concienciación a la actividad física va a permitir incrementar vida a los años; pero para ello se debe lograr que las personas descubran la satisfacción por la actividad física, estimulando la aptitud de cada individuo en su desarrollo potencial en permanente trabajo de cogestión y se obtendrá de esta manera el bienestar deseado.

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Biología Humana”.

7	Los cambios genéticos, biológicos y hereditarios influyen en las enfermedades comunes como el cáncer, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales, entre otras.
---	---

Tabla 7

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Biología Humana.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
7	8	40%	9	45%	3	15%	0	0%	0	0%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Biología Humana”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados

expresaron que el 85% siempre y casi siempre los cambios genéticos, biológicos y hereditarios influyen en las enfermedades comunes como el cáncer, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales y el otro 15% de los encuestados dijo que influyen los cambios genéticos algunas veces.

En razón de ello, MedlinePlus (2018), reseña lo siguiente:

Una predisposición genética resulta de variaciones genéticas específicas que a menudo se heredan de uno de los padres. Estos cambios genéticos contribuyen al desarrollo de una enfermedad, pero no la causan directamente. Algunas personas con una variación genética predisponente nunca contraerán la enfermedad, mientras que otras sí, incluso dentro de la misma familia. Los cambios en muchos genes, cada uno con un efecto pequeño, pueden ser la base de la susceptibilidad a muchas enfermedades comunes, como el cáncer, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardíacas y los trastornos mentales.

Desde este aspecto, el investigador de este estudio reconoce que existen diferentes estrategias terapéuticas para poder paliar los síntomas y signos, aumentar la expectativa de vida, mejorando así la calidad de vida de los pacientes que tienen algunas de estas enfermedades genéticas. Al ser las enfermedades genéticas clínicamente heterogéneas, abre la posibilidad de poder investigar cada vez más nuevas estrategias en un mayor número de enfermedades que en la actualidad están olvidadas, según estudios realizados por Abarca y Otros (2021). Por ello, es importante promover estos tratamientos terapéuticos dentro de la comunidad universitaria para que acudan a los especialistas y tratar dichas patologías.

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Servicios Sanitarios y Políticas Públicas en Salud”.

8	Los servicios de salud en el país son de calidad, acceso y oportunos en la atención de la población.
9	Se desarrollan políticas públicas saludables desde sector público.

Tabla 8

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Servicios Sanitarios y Políticas Públicas en Salud.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
8	1	5%	0	0%	3	17%	9	50%	5	28%	20	100%
9	4	20%	0	0%	4	20%	4	20%	8	40%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Servicios Sanitarios”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que el 78% casi nunca y nunca los servicios de salud en el país son de calidad, acceso y oportunos en la atención de la población y el otro 22% de los encuestados dijo que los servicios sanitarios algunas veces son de calidad.

En este contexto, la OMS (2018), reseña que:

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud.

Desde esta visión, el investigador de este estudio puede decir, que existe una creciente preocupación de la sociedad venezolana sobre la situación de la salud en nuestro país. Y no puede sino serlo, la salud es la angustia existencial primordial del ser humano. Las serias deficiencias del sistema de salud se manifiestan en falta de una atención apropiada y oportuna, largos tiempos de espera, y altos costos, al tanto que se sufren las consecuencias de la insuficiente dotación de equipos y medicinas en los hospitales, y la pérdida de

capital humano en el sector salud por la emigración de profesionales de la medicina a otros países.

En cuanto a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Políticas Públicas en Salud”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que el 40% algunas veces se desarrollan políticas públicas saludables desde sector público y el otro 60% de los encuestados por el contrario dijo que casi nunca y nunca se desarrollan políticas públicas saludables desde sector público, lo que evidencia una gran deficiencia en el sector.

En este orden de ideas, la Krivoy (2008), enfatiza que:

La salud pública en Venezuela ha sufrido las consecuencias de políticas carentes de una visión integral, la discontinuidad en los criterios y esfuerzos, la improvisación de soluciones parciales, sistemas deficientes de selección de los beneficiarios, un diseño institucional excesivamente centralista, la ausencia de mecanismos que aseguren la transparencia, evaluación, control y seguimiento del desempeño de los entes responsables, una gerencia deficiente, y un gasto apreciable, probablemente insostenible, que es canalizado a través de una multiplicidad de instituciones y termina en un gran despilfarro. (p. 1).

Por su parte, el investigador de este estudio puede decir, que una buena política de salud debe consolidar las fuentes de financiamiento del sector público, fortalecer el sistema intergubernamental de salud, combinar a prestadores de servicios públicos y privados, enfatizar en el cuidado integral y la prevención, y que el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) debe hacer un control y seguimiento más exhaustivo en las políticas públicas de salud en el país. Además, se debe involucrar a las universidades y a la comunidad científica, para el asesoramiento y la implementación de políticas públicas en salud.

Afirmaciones: Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: “Ambiente”.

10	Influye el medio ambiente en los determinantes de salud.
----	--

Tabla 9**Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Determinantes Sociales de Salud”. Indicador: Ambiente.**

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
10	10	50%	8	40%	2	10%	0	0%	0	0%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Indicador: “Ambiente”**, se puede observar que un considerable porcentaje de los encuestados expresaron que el 90% siempre y casi siempre Influye el medio ambiente en los determinantes de salud y el otro 10% de los encuestados dijo que influyen algunas veces el ambiente en los determinantes de salud.

En relación a ello, Bartolomé y Otros (2024), refieren lo siguiente:

La salud de las personas no depende únicamente de factores biológicos o genéticos, sino que se ve fuertemente influenciada por las condiciones sociales y económicas en las que viven. Estos denominados «determinantes sociales de la salud» incluyen aspectos como la educación, el empleo, los ingresos, las condiciones de la vivienda o el acceso a sistemas de salud de calidad.

Asimismo, los autores antes mencionados, señalan que:

Más recientemente, también se han identificado los llamados «determinantes comerciales de la salud», que apuntan a los efectos nocivos que ciertos intereses comerciales y económicos tienen para la salud de las poblaciones. Por ejemplo, la comercialización masiva de productos poco saludables como comida rápida, bebidas azucaradas o tabaco contribuyen en gran medida a problemas de salud como la obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Las estrategias agresivas de marketing dirigidas a los más jóvenes resultan especialmente preocupantes.

Desde este aspecto, el investigador de este estudio destaca que las condiciones de trabajo, de vivienda, la disponibilidad de agua segura y saneamiento o los estilos de vida más o menos saludables son determinantes sociales de salud o enfermedad que se vinculan con la exposición a factores de riesgo ambientales, tales como la contaminación con agentes químicos, físicos o biológicos. Por ello las políticas públicas en materia de Salud

Ambiental deben orientarse a evaluar, corregir, controlar y prevenir esos factores socioambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de las generaciones presentes y las futuras, trabajando en las diferentes áreas que la afectan.

Por ello, es importante promover estas estrategias dentro de la comunidad universitaria tales como: medicina ambiental, la terapéutica ambiental y la prevención ambiental, aplicando conocimientos, destrezas y habilidades con una visión integral y actitud eficiente en la prevención, evaluación y control de los factores del ambiente laboral, de seguridad, salud ambiental y de gestión administrativa, ante las instituciones públicas y privadas.

Afirmaciones: Dimensión “Calidad de Vida”. Indicadores: “Autoestima”; “Integración Social”; “Bienestar Emocional”; “Competencias Sociales”; “Bienestar Psicosocial”.

11	Has notado algún cambio en tu autoestima desde que estás en la Universidad.
12	Has visto algún cambio en tu integración social desde que estás en la Universidad.
13	Existe dentro de la Universidad la necesidad de orientación psicológica.
14	Desde la universidad se contribuye a elevar el grado de cultura cívica, incidiendo en aspectos relativos a la convivencia y a la cohesión social.
15	La Universidad toma en consideración tu bienestar biopsicosocial.

Tabla 10

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Calidad de Vida”. Indicadores: “Autoestima”; “Integración Social”; “Bienestar Emocional”; “Competencias Sociales”; “Bienestar Psicosocial”.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
11	0	0%	2	10%	12	60%	4	20%	2	10%	20	100%
12	4	20%	0	0%	4	20%	4	20%	8	40%	20	100%
13	7	35%	11	55%	2	10%	0	0%	0	0%	20	100%
14	0	0%	3	15%	7	35%	10	50%	0	0%	20	100%
15	0	0%	0	0%	8	40%	8	40%	4	20%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Ítem 11 (Autoestima)**, arrojaron que un 60% por ciento y otro 20% indica que algunas veces y casi nunca se ha notado algún cambio en la autoestima de las personas desde que hacen vida en la Universidad. Igualmente, un 10% opinó que nunca. Es importante trabajar y mejorar la autoestima periódicamente para poder conocernos mejor, reforzar nuestras propias capacidades y estar más cerca de alcanzar nuestras metas.

Por consiguiente, Pérez (2018), expresa lo siguiente:

Los aportes dados por la Psicología de la salud han contribuido de manera significativa al bienestar del ser humano mediante la aplicación de un modelo biopsicosocial, el cual relaciona el comportamiento, los pensamientos y las relaciones sociales de la persona con su estado de salud, al adoptar y practicar comportamientos positivos que estimulen el desarrollo de un buen estado de salud que le permita al individuo tener un buen nivel de calidad de vida al contar con un óptimo equilibrio físico, mental, emocional y social, que es influenciado por los factores sociales, económicos, espirituales, culturales y psicológicos que afectan de manera notoria su estado de salud.

Esto evidencia que es necesario realizar actividades donde se promueva la autoestima y la resiliencia en los estudiantes y los trabajadores universitarios, subrayando que factores de la autoestima en sí mismo o la autoconciencia

tienen mayor relación con el rendimiento académico, el desempeño laboral del mismo modo, dimensiones de la resiliencia como la confianza y la perseverancia inciden con mayor intensidad en el rendimiento académico y el desempeño laboral.

De igual manera, los resultados obtenidos en el **Ítem 12 (Integración Social)**, arrojan que un 20% por ciento de los encuestados revela que siempre y otro 20% algunas veces han visto algún cambio en su integración social desde que están en la Universidad. Por el contrario, un 60% opinó que casi nunca y nunca han visto algún cambio en su integración social desde que están en los centros universitarios. Según la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid (2023), refiere que “la integración social es un proceso complejo pero esencial para el bienestar individual y el funcionamiento saludable de la sociedad en su conjunto. Permite que las personas se conecten, se relacionen y contribuyan al tejido social”. Por lo tanto, destaca el autor de esta investigación, que al comprender la importancia de la integración social y las formas en que se pueda fomentar, se debe trabajar juntos desde las universidades para crear comunidades más inclusivas y cohesionadas donde cada individuo tenga la oportunidad de pertenecer y prosperar.

En cuanto a los resultados obtenidos en el **Ítem 13 (Bienestar Emocional)**, un 35% por ciento de los encuestados deja ver que siempre y otro 55% casi siempre existe dentro de la Universidad la necesidad de orientación psicológica. Por otro lado, solo un 10% refiere que algunas veces existe la necesidad de orientación psicológica. Según la Martin (2016), docente de la Fundación Universitaria Iberoamericana, expresa que:

En el desarrollo psicológico de las distintas etapas de una persona, un profesional capacitado también representa un apoyo dentro de la red social y psicológica de los estudiantes y por su parte dar los auxilios psicológicos a las necesidades mientras se propicia la inclusión social de los mismos y la resolución de conflictos en diferentes situaciones de la vida cotidiana.

De allí, que resulta de gran relevancia poner en marcha programas de mediación universitaria enfocados en la solución del conflicto, especialmente donde intervengan como mediados los estudiantes y los trabajadores universitarios. Por ende, se suele señalar que:

Los programas universitarios de mediación sirven de eslabón entre distintos ámbitos de la institución. Es una condición de arbitradores de fronteras, los mediadores pueden ayudar a entrelazar todas sus actividades de una manera que reduzca e impida el conflicto destructivo a su interior y hacia el exterior, esto es, convertir a la universidad en un ente social activo para vivir en paz. (Warters, citado por Gorjón Gómez, 2012, p. 69).

En vista de ello, el autor de esta investigación plantea que un aspecto a considerar en los programas de mediación universitaria es que todos los conflictos no pueden ser mediables, de allí que al aplicarse un programa de mediación se deben delinear dichos parámetros para que vayan en consonancia con las normativas vigentes en cada universidad.

Asimismo, los resultados obtenidos en el **Ítem 14 (Competencias Sociales)**, destacan que un 35% por ciento de los encuestados expresó que algunas veces y un 50% dijo que casi nunca desde la universidad se contribuye a elevar el grado de cultura cívica, incidiendo en aspectos relativos a la convivencia y a la cohesión social. Al respecto, Cadoche y Otros (2011), citan lo siguiente:

Las competencias sociales constituyen una herramienta básica en las relaciones interpersonales para alcanzar un grado óptimo de bienestar y ajuste social. Estas habilidades deberían requerirse en todos los espacios educativos y más en la Universidad, en donde se modelan los futuros profesionales quienes deben estar capacitados para comunicarse eficazmente, coordinar equipos, resolver conflictos interpersonales, etc.

De allí que este estudio, permitirá avanzar hacia estrategias que el mercado laboral insiste en la necesidad de contar con profesionales con excelentes condiciones para el trabajo en equipo, con habilidades para la comunicación eficaz, con competencias para la resolución de conflictos interpersonales. Las aspiraciones de los futuros empleadores no se remiten únicamente a profesionales con habilidades técnicas, sino que, se incorporan exigencias

relacionadas íntimamente con las habilidades sociales, que se solicitan con el mismo énfasis que las disciplinares específicas.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el **Ítem 15 (Bienestar Psicosocial)**, ponderan que un 80% por ciento de los encuestados dicen que algunas veces y casi nunca la Universidad toma en consideración el bienestar biopsicosocial de los estudiantes ni tampoco de sus trabajadores. Igualmente, otro 20% expresó que nunca considera su bienestar biopsicosocial. En este sentido, Ruíz (2020), resalta la importancia de implementar dentro de las organizaciones universitarias, un modelo biopsicosocial en salud, el cual es definido de la siguiente manera:

El modelo biopsicosocial es uno de los modelos que encontramos en el ámbito de la psicología, e incluso de la psicoterapia. Se trata de un enfoque que establece que son diversos los factores que influyen en el desarrollo y bienestar de una persona, en el contexto de una enfermedad, trastorno o discapacidad. Dichos factores, como el propio nombre del modelo indica, son de tres tipos: biológicos (genética, herencia...), psicológicos (conductas, emociones, pensamientos...) y sociales (oportunidades educativas, pobreza, desempleo...).

Por esta razón, el investigador de este estudio enfatiza que, el enfoque biopsicosocial tiene implicaciones significativas en la práctica clínica y en la promoción de la salud. En lugar de centrarse únicamente en el tratamiento de los síntomas de una enfermedad, este enfoque busca identificar y abordar las causas subyacentes de los problemas de salud dentro del recinto universitario.

Afirmaciones: Dimensión “Promoción de la Salud”. Indicadores: “Promoción de Salud”; “Formación y Educación para la Salud”; “Prevención de Enfermedades”; “Brigadas de Salud”; “Tecnología”; “Estrategias de Salud”; “Servicios Médicos” y “Bienestar Estudiantil”.

16	Se debe crear una instancia dentro de la universidad donde se promocióne la salud.
17	La instancia que asuma la promoción de la salud dentro de la universidad, debe estar conformada por un equipo multidisciplinario.
18	Es necesaria la formación en promoción de la salud dentro de la Universidad.

19	Se debe incorporar la Educación en Salud, dentro de las Unidades Curriculares de las carreras universitarias.
20	Se previenen las enfermedades dentro del recinto universitario.
21	Existen las Brigadas promotoras de Salud dentro de la Universidad.
22	Es importante el papel que juegan las tecnologías en la promoción de la salud.
23	Se realizan jornadas, intervenciones comunitarias, campañas o programas de salud dentro de la Universidad.
24	Funciona dentro de la Universidad la Unidad o Departamento de Servicios Médicos.
25	Le da importancia al área de bienestar estudiantil en la universidad.
26	Con frecuencia utilizas los servicios de bienestar estudiantil.

Tabla 11

Distribución de Frecuencia y Porcentaje de la Dimensión “Promoción de la Salud”. Indicadores: “Promoción de Salud”; “Formación y Educación para la Salud”; “Prevención de Enfermedades”; “Brigadas de Salud”; “Tecnología”; “Estrategias de Salud”; “Servicios Médicos” y “Bienestar Estudiantil”.

Ítem	Siempre		Casi Siempre		Algunas Veces		Casi Nunca		Nunca		Totales	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
16	12	60%	8	40%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
17	12	60%	8	40%	0	0%	0	0%	0	0%	20	100%
18	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
19	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
20	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
21	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
22	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
23	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
24	0	0%	2	11%	4	22%	12	67%	0	0%	20	100%
25	6	32%	10	53%	2	10%	0	0%	1	5%	20	100%
26	6	32%	10	53%	2	10%	0	0%	1	5%	20	100%

Fuente: Elaboración Propia (2024).

De acuerdo a los resultados obtenidos en el **Ítem 16 y 17 (Promoción de Salud)**, arrojó que un 60% por ciento y otro 40% indica que siempre y casi siempre se debe crear una instancia dentro de la universidad donde se promocióne la salud.

Por consiguiente, Vio (2006), expresa lo siguiente:

Una universidad promotora de la salud es aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales. De esta manera promueve conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la implantación de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria.

En este sentido, si una universidad asume el desafío de ser promotora de la salud, debe entonces conocer, comprender, apoyar y fortalecer los estilos de vida saludables para cada uno de los grupos de esa comunidad. También, es necesario que la instancia que asuma la promoción de la salud dentro de la universidad, debe estar conformada por un equipo multidisciplinario. El investigador de este estudio, sugiere que este equipo multidisciplinario esté conformado por médico, enfermera(o), odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta o educador físico, trabajadora social, psicólogo con perfil en Salud Pública, promotor de salud, directores y profesionales de servicios de bienestar universitario, coordinadores y profesionales de Cultura, Deportes y Recreación, abogados, gerentes y administradores, entre otros.

De igual manera, los resultados obtenidos en el **Ítem 18 y 19 (Formación y Educación para la Salud)**, arrojan que un 33% por ciento de los encuestados revela que siempre y algunas veces, es necesaria la formación en promoción de la salud dentro de la Universidad. Por el contrario, un 67% opinó que casi nunca y nunca han visto la formación y la educación en salud en las carreras universitarias. Según Hernández y Otros (2020), la educación para la salud se define como la “disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud”.

Por lo tanto, destaca el autor de esta investigación, que un nivel bajo de educación en salud puede representar una serie de dificultades en el mantenimiento de la salud, entre las que se recalcan: 1) Barreras sociales para el acceso a servicios de salud; 2) Problemas en el uso correcto de medicamentos; 3) Acceso deficiente a información en salud; 4) Dificultades en el control de enfermedades crónicas.

En cuanto a los resultados obtenidos en el **Ítem 20 (Prevención de Enfermedades)**, un 33% por ciento de los encuestados revela que siempre y algunas veces se previenen las enfermedades dentro del recinto universitario. Por el contrario, un 67% opinó que casi nunca y nunca se previenen las enfermedades dentro de las universidades. En este sentido, la OMS (1998), define la prevención como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. De igual forma, Redondo (2004) afirma lo siguiente:

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud.

De allí, que resulta de gran relevancia poner en marcha programas de prevención en salud dentro de las universidades, los cuales implica trabajar en la modificación de hábitos o conductas que contribuyen a estar sano, además de la detección precoz de enfermedades. Incentivar la actividad física, promover una alimentación saludable y evitar el tabaco son acciones a trabajar en una consulta médica preventiva.

Asimismo, los resultados obtenidos en el **Ítem 21 (Brigadas de Salud)**, destacan que un 33% por ciento de los encuestados revela que siempre y algunas veces existen las Brigadas Promotoras de Salud dentro de la Universidad. Por el contrario, un 67% opinó que casi nunca y nunca Existen las Brigadas Promotoras de Salud en las universidades.

De allí que este estudio, generará una propuesta de la creación de la Brigada Universitaria de Salud Integral, la cual estará orientada a la promoción de la salud, a la calidad de vida y el bienestar estudiantil y de los trabajadores, bajo las directrices de la Oficinas de Bienestar Estudiantil (OBE) y el Departamento de Servicios Médicos de cada universidad y conformada por Directivos, Personal Administrativo, Obrero, Docente y Estudiantes que cursan carreras relacionadas con el Área Académica de Ciencias de la Salud.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el **Ítem 22 (Tecnología)**, ponderan que un 33% por ciento de los encuestados dijo que siempre y casi siempre es importante el papel que juegan las tecnologías en la promoción de la salud. Por el contrario, un 67% opinó que casi nunca y nunca las tecnologías juegan un papel importante en la promoción de la salud. En este sentido, Del Pozo y Nuez (2012), resaltan la importancia de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en la Promoción de la Salud, refiriéndose a ello de la siguiente manera:

Las TIC pueden aportar a la promoción de la salud la herramienta idónea para conseguir que la comunicación en redes sociales promueva una implicación en el autocuidado de la salud. Especialmente en grupos a los que no se llega con métodos tradicionales como los jóvenes. Los jóvenes aceptan mejor las TIC para transmitir información preventiva. Por otro lado, esta estrategia puede permitir avanzar en un empoderamiento para impulsar estrategias de prevención ambientales centradas en la modificación de entornos no protectores de la salud. Se analiza el concepto de red social y sus aportaciones a la promoción de la salud y al empoderamiento en particular.

Por esta razón, el investigador de este estudio enfatiza que, tiene implicaciones significativas el uso de las TIC para promover la salud en las Instituciones de Educación Universitaria (IEU).

De igual forma, los resultados obtenidos en el **Ítem 23 (Estrategias de Salud)**, ponderan que un 33% por ciento de los encuestados dijo que siempre y casi siempre se realizan jornadas, intervenciones comunitarias, campañas o programas de salud dentro de la Universidad. Por el contrario, un 67% opinó

que casi nunca y nunca se realizan estrategias de promoción de salud dentro de las universidades. Al respecto, Cosme (2017), expresa lo siguiente:

Las funciones esenciales de la salud pública se fundamentan en procesos y movimientos que permiten un mejor desempeño de su gestión, tanto respecto a los factores internos como a los externos. La importancia estratégica de dichas funciones, como la vigilancia y promoción de la salud, radica en la generación por parte del sistema de sanidad, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad, en materia de salud, a intereses colectivos.

Por esta razón, el investigador de este estudio subraya que, dentro de estas estrategias está el desarrollo de normativas y políticas institucionales para propiciar una cultura universitaria y un ambiente favorable a la Salud, a través de una Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Universitaria.

Consecutivamente, los resultados obtenidos en el **Ítem 24 (Servicios Médicos Universitarios)**, ponderan que un 33% por ciento de los encuestados expuso que siempre y casi siempre funciona dentro de la Universidad la Unidad o Departamento de Servicios Médicos. Por el contrario, un 67% opinó que casi nunca y nunca funciona dentro de la Universidad la Unidad o Departamento de Servicios Médicos. Al respecto, la UNELLEZ (2021), describe la importancia de contar con un Departamento de Servicios Médicos dentro de la Universidad, cuya misión sea:

Brindar un servicio de calidad al personal Docente, Administrativo, Obrero y Estudiantil en salud integral, mediante la sistematización, articulación y vinculación de los procesos administrativos y servicios de protección médico asistencial promovidos por la Universidad, para dar atención inmediata y segura a los beneficiarios de la institución; promocionar la salud y prevenir las enfermedades.

En razón de ello, el investigador de este estudio recalca que, el Departamento de Servicio Médico Universitario es la unidad encargada de brindar servicios de salud preventiva, así como también primeros auxilios y atención médica inicial. Es un departamento donde se tiene la seguridad y la confianza de que la salud será monitoreada por personal médico y demás profesionales de salud capacitados para prestar dicho servicio.

Por último, los resultados obtenidos en el **Ítem 25 y 26 (Bienestar Estudiantil)**, arrojan que un 85% por ciento de los encuestados dejar ver que siempre y casi siempre, se le da importancia al área de bienestar estudiantil en la universidad. Por el contrario, un 15% opinó que casi nunca y nunca utilizan los servicios de bienestar estudiantil.

Se dice que el bienestar, entendido como elemento institucional para González, Aguilar y Pezzano (2002), es un soporte para el fin de la educación superior, es decir la formación integral. Para lograr dicha formación la institución debe realizar programas y actividades que promuevan el “desarrollo físico, mental espiritual y social” de los miembros de una comunidad.

De ahí que, en su relación con la actividad y la vida académica, el bienestar pretendido por la institución universitaria deba tener puestos objetivos en asegurar los medios y el ambiente necesario para que estudiantes y también docentes participen activamente en este proceso que constituye, por un lado, la razón de ser de la institución, y por otro, el camino más seguro para preparación profesional (González, Aguilar y Pezzano, 2002).

4.2. Propuesta

Al respecto, Carhuancho y Otros (2019) expresan que:

El diseño de la propuesta corresponde al objetivo general de la investigación: Proponer el plan o estrategias para mejorar o reducir o aumentar la categoría problema. Sin embargo, debemos de destacar que el desarrollo de la propuesta requiere del fundamento de las herramientas para la solución del problema.

4.2.1. Título

Implementación de Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSP) en el contexto universitario del estado Cojedes.

4.2.2. Objetivo General

Fomentar la salud y el bienestar de la comunidad universitaria promoviendo los estilos de vida saludables, potenciando la seguridad y una oportunidad de

integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados.

4.2.2.1. Objetivos Específicos

1. Fomentar la universidad como entorno saludable y centro de formación y generación de conocimiento en el contexto de los objetivos de la EPSP.
2. Proponer acciones que se puedan desarrollar de manera universal en todas las universidades del estado Cojedes, a nivel nacional e internacional.
3. Facilitar la coordinación de las acciones de la universidad con el entorno local y las instituciones de salud pública.

4.2.3. Características

Entre otras características, esta Estrategia se plantea con un enfoque de entornos saludables. La salud está influenciada por el entorno en el que vivimos, el trabajo, la educación, el vecindario, las condiciones de vida, el marco político y económico, los valores sociales, etc. Estos factores son lo que se denominan determinantes sociales de la salud. De este modo, la promoción de la salud supone realizar acciones en diferentes ámbitos. Aunque la adopción de un estilo de vida saludable puede parecer que es una decisión individual, hay muchos factores externos que nos hacen elegir uno u otro comportamiento, por lo que centrarse exclusivamente en lo individual resultaría ineficaz. Debemos trabajar para crear un entorno social y medioambiental adecuado donde estas opciones saludables sean fáciles de elegir, es decir, que “las elecciones más sanas sean las más fáciles” (OMS).

4.2.4. Fase

La implementación de la EPSP, se está trabajando en el entorno sanitario, educativo y comunitario-local (ver figura 6). Durante la planificación de la EPSP se priorizaron esos tres entornos, pero la universidad se considera un

elemento esencial para la promoción de la salud, ligado tanto al ámbito comunitario y local como al educativo; por lo que se ha considerado clave impulsar la implementación de la EPSP en la universidad.

PROPUESTA



Figura 6. Esquema de la implementación de la EPSP.

Fuente: Elaboración propia (2024).

Implementación

Durante el proceso de implementación efectiva de la Estrategia se ha previsto:

- El desarrollo operativo de las intervenciones integrales que profundizará en los aspectos comunes y replicables de las mejores prácticas identificadas, para facilitar la universalización de las mismas, así como en promover la coordinación eficaz entre las estructuras de salud pública y atención primaria dentro de las instituciones universitarias en el contexto universitario del estado Cojedes. Todo ello para garantizar la equidad en su implementación
- El diseño de un plan de capacitación profesional en metodología del cambio y educación en estilos de vida saludables, que incluye consejo breve, educación intensiva individual/grupal y educación comunitaria. La capacitación estará basada fundamentalmente en metodología presencial y online.
- La capacitación de la población de la comunidad universitaria a través del diseño de una plataforma web sobre estilos de vida saludable.
- La generación de alianzas, que contempla un Plan de desarrollo local, para lo que ya se ha iniciado el trabajo bilateral (intersectorial), y uno de cuyos elementos clave será la realización de mapas online de recursos comunitarios para la promoción de la salud y prevención, a nivel local.
- En cuanto al trabajo conjunto con el entorno universitario, pretende reforzar las intervenciones de manera armonizada y universal en dos ámbitos concretos: la actividad física y alimentación saludable, y el bienestar y salud emocional. También incluye un trabajo conjunto con el sector deportivo, en dos líneas de actuación: el desarrollo operativo de los programas de formación de actividad física para la salud dirigidos a profesionales de los ámbitos sanitarios, educativo y comunitario, y el apoyo a todas las intervenciones de la estrategia que contemplen la actividad física como instrumento para ganar salud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*“Que tu medicina sea tu alimento,
y el alimento tu medicina”.*
Hipócrates

5.1. Conclusiones

Al respecto, Tintaya (2023) expresa que el análisis de la información, los datos construidos, los resultados identificados y las discusiones efectuadas son operaciones y condiciones que desembocan en la formulación de conclusiones. Éstas, en el cierre de la investigación, se afirman como corolarios de un estudio que se exponen en forma de proposiciones que permiten comprender las particularidades y relaciones del objeto de estudio deducidas de los datos y resultados expuestos previamente. (p. 90).

Lo planteado por Lalonde, los determinantes de salud son el resultado de la interacción de los factores de medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y los sistemas de salud. Se calcula que el mayor peso en mortalidad tiene el estilo de vida 43%, seguida de la biología humana con 27%, el medio ambiente con 19%, y los sistemas de salud con 11%, sin embargo, el mayor gasto se hace en el sistema de salud con el 90,6%, seguido muy atrás por la biología humana, con solo 6%.

Lo antes expuesto, muestra el desequilibrio entre las políticas de salud y la realidad de salud que se pretende mejorar; incluyen además relaciones familiares, situación financiera, trabajo, comunidad y amigos, libertad personal y valores personales. Y las determinantes biológicas: genes, edad, inmunidad, nutrición y vigor, las de medio ambiente, incluyen ambiente físico y natural, y psicosocial (violencia, pobreza, marginación, etc.). Es decir que, para que la calidad de vida sea aceptable, deben estar presentes ciertos factores externos al individuo como también propios, tanto en ámbito físico (biológico o

geográfico), social (educación, ingresos económicos), y psicológico (familia).

Desde la perspectiva de la Agenda 2030, las universidades deben asumir de manera apropiada la promoción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), desde la incorporación en la misión y visión de la organización, como en sus valores y estrategias; esta intención debe fundamentar todas las acciones de la gestión universitaria y permear todos los escenarios: académicos, de investigación, extensión y/o vinculación sociocomunitaria.

Es necesario que, en los planes de estudio de todas las carreras de pregrado, así como en los programas de postgrado, sean incorporadas unidades curriculares concernientes a la promoción de salud y que estén íntimamente relacionadas con los ODS abordando los temas desde la realidad del contexto inmediato, nacional y regional; además de incorporar contenidos contextualizados y relacionados con los ODS y los Determinantes de Salud.

Las Universidades comprometidas con la garantía del derecho fundamental a la salud, ejercen un rol esencial en la construcción de comunidades saludables; su trabajo educativo, investigativo y de extensión en desarrollo de la responsabilidad social que les es inherente, permite forjar en los estudiantes, las trabajadoras y los trabajadores universitarios y sus entornos, hábitos, modos y estilos de vida saludable.

Es en las aulas y fuera de ellas que se promueve la salud pública, la pertinencia de nuestros currículos para una sociedad que demanda respuestas sobre tantos desafíos estructurales, en los que ya no cabe la indiferencia, y por el contrario se impone la empatía, la solidaridad y la compasión con una patria grande y maravillosa que merece nuestros mayores esfuerzos por dignificarla.

5.2. Recomendaciones

También, Tintaya (ob. cit.) destaca que las recomendaciones son proposiciones que sugieren líneas de acción a seguir, diseñar y ejecutar

ciertas estrategias, formular e implementar proyectos de intervención específicos para resolver la misma problemática, formular y realizar investigaciones que profundicen la comprensión del tema, mejorar la situación y/o actuación de los actores involucrados, etc. Estas recomendaciones derivan de la evaluación que se efectúa de los resultados alcanzados, pero no son conclusiones de investigación. (p. 92).

Al concluir el trabajo de investigación, el autor de este estudio plantea en consideración las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar el trabajo entre universidades desde el ámbito de la promoción de la salud como una acción interinstitucional.
2. Mejorar la interrelación con las Unidades Regionales y Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, como entidades metodológicas y evaluadoras externas.
3. Reforzar la relación con la red estatal de instituciones de educación universitaria promotoras de salud, la red nacional y la Red Internacional de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS).
4. Establecer líneas de investigación en la UPS al tratar de llenar las brechas que todavía existen a nivel conceptual y metodológico, mediante la conexión con los programas nacionales prioritarios de investigación para el presente año, como el Programa “Determinantes de salud, riesgos y prevención de enfermedades en grupos vulnerables” y sus líneas específicas: a) desigualdades y vulnerabilidades sociales y su impacto en la salud, b) estudios sociales y salud en las comunidades en transformación. Estas acciones dan salida a la responsabilidad social y extra cátedra (Extensión y/o Vinculación Sociocomunitaria) de las universidades a fin de buscar el bienestar comunitario y el desarrollo local, para lo cual se han indicado trabajos de terminación de algunas de las carreras de pregrado y las maestrías (la de atención primaria de salud y la de salud pública) con que cuentan las Universidades

Cojedeñas que ofrecen carreras en Salud (UCS, UNELLEZ, UNEFM, UC, UNESR, UDS, UNERG, UBV y UNA).

5. Transitar desde una visión del Modelo Lalonde (Biología Humana, Medio Ambiente, Estilo de Vida y Sistema de Salud), que proporciona un moderno marco conceptual para analizar los problemas y determinar las necesidades de salud, así como elegir los medios que puedan satisfacerlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcántara, G. (2008). *La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad*. Sapiens, Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm. 1, junio, 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL). Caracas - Venezuela. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/4iGhN> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- Alfaro, N. (2014). *Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social*. Revista Salud Jalisco, Año 1, Número 1, Enero - Abril de 2014. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/EwsRLA> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Arias, F. (2006). *Introducción a la Técnica de Investigación en ciencias de la Administración y del Comportamiento*, 3ª. ed., Ed. Trillas, México.
- Arias, F. (2014). *Obsolescencia de la literatura científica*. Ponencia presentada en la I Jornada del Centro de Investigación EDUFISADRED, UPEL-IUPMAR, Venezuela. [Artículo en línea]. En. <http://eprints.ucm.es/22962/1/T34774.pdf> [Consulta. Noviembre 02, 2022].
- Arias, F. (2017). *Obsolescencia de las referencias citadas: un mito académico persistente en la investigación universitaria venezolana*. Revista e-Ciencias de la Información, Volumen 7, número 1, artículo científico 4, Ene-Jun2017. Universidad de Costa Rica. [Artículo en línea]. En. <https://n9.cl/0wd4p> [Consulta. Noviembre 02, 2022].
- Arias, F. (2018). *Diferencia entre teoría, aproximación teórica, constructo y modelo teórico*. Revista Actividad Física y Ciencias Año 2018, vol. 10, Nº 2. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) – Venezuela. [Artículo en línea]. En. <https://n9.cl/iyfxg> [Consulta. Noviembre 02, 2022].
- Arroyo, H. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de las universidades promotoras de la salud en las Américas*. Documento de Trabajo para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Universidad de Navarra. Octubre 7-9 de 2009. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/ohDnW8> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Arroyo, H. (2013) *El Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud: concepción y práctica*. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 2013.

- Arroyo, H.; Durán, G. y Gallardo, C. (2015). *Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS)*. *Global Health Promotion*. 2015; 22(4):64-8. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/882EYL> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Arroyo, H. (2017). *Mirada al Movimiento Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud*. *Horizonte sanitario*, 3 (16), 149- 151. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/PDdOGB> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Arroyo, H. (2018). *Las Universidades Promotoras de la Salud: concepción y relevancia global*. In: Chávez, Aída Imelda Valero, editor. *Promoción, alfabetización e intervención en salud: experiencias innovadoras desde la multidisciplinaria*. Cidade do México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) En proceso de publicación; 2018.
- Ávila M. (2009). *Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud*. *Revista Acta Médica Costarricense*, Vol 51 (2), abril-junio 2009. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/fWailr> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Basurto, S. y Vergara, I. (2017). *Estrategias y herramientas de promoción de la salud*. Universidad Nacional Autónoma de México. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/yat7n8> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Becerra, S. (2013). *Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante*. *Revista de Psicología*. 31 (2), 388-314. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/w9FP5j> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- BID (2017). *Promotores de salud, al rescate en comunidades vulnerables*. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/yIQ5eV> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Borgestein, E. (1996). *The three faces of illness. The need for a new interpretation of disease*. *Arch Neurocienc* 1996; 1:208-12
- Briceño-León, R. (2000). *Bienestar, salud pública y cambio social*. En BriceñoLeón, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bunge, M. (1985) *Epistemología*. Curso de actualización. Barcelona: Ariel.
- Carmines, E. and Zeller, R. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. SAGE Publications. USA.

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires: Siglo XXI; 1971. Originalmente publicado en francés: *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
- Carballo, K.; López, E.; Ramírez, C. y Vásquez, M. (2021). *Programas y estrategias para el fortalecimiento de la salud mental en personal de la salud*. Monografía. Especialización en Gerencia de la Salud Pública. Universidad CES, Medellín – Colombia. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/QxOLpo> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Chandler, A. (2003). *Strategy and Structure*. Chapters in the history of the American Industrial Enterprise. New York: Beard Books.
- Clarke M, McCarthy C, Álvarez-Dardet, et al. (2007). *New directions in European public health research: report of a workshop*. J Epidemiol Community Health. 61, pp. 194-197. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.048504>
- Cockburn, T. (1963). *La evolución y erradicación de las enfermedades infecciosas*. Baltimore: Prensa de la Universidad Johns Hopkins.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Contreras, E. (2013). *El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica*. Pensamiento & Gestión, núm. 35, julio-diciembre, 2013, pp. 152-181. Universidad del Norte, Barranquilla - Colombia. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/yG6nva> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Davies, W. (2000). *Understanding Strategy*. Strategy and Leadership, 28(5), 25- 30.
- Day, R. (1990). *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Publicación Científica 526. Organización Panamericana de Salud.
- Delgado, M. (2009). *Elementos bioéticos para formular un instrumento de evaluación de los protocolos de investigación*. Trabajo de Grado. Maestría en Ciencias en Bioética. Instituto Politécnico Nacional, México. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/Y8ZdDd> [Consulta. Diciembre 23, 2023].

- Dubs de Moya, R. (2002). *El Proyecto Factible: una modalidad de investigación*. Sapiens, Revista Universitaria de Investigación, vol. 3, núm. 2, diciembre, 2002, p. 0 Universidad Pedagógica Experimental Libertador – UPEL. Caracas, Venezuela. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/PEwh5b> [Consulta. Diciembre 21, 2023].
- Espinoza, E. (2019). *Las variables y su operacionalización en la investigación educativa*. Segunda parte. Revista Conrado, 15(69), 171-180. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/pVKDrc> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Feo, O. (2019). *Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana*.
- Fernández, V.; Sotolongo, M. y Batista, A. (2019). *Centro Universitario de Promoción y Educación para la Salud*. Revista Conrado, 15(67), 8-13. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/2HkNCu> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Gallardo, C. (2013). *Red de Universidad Saludable: Un punto de encuentro entre promoción de la salud y la universidad*. NURE Investigación, 10. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/xGQJus> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- García, B. y Guevara, M. (2014). *Formación de promotores sociales en salud en Venezuela. Una experiencia enmarcada en un enfoque ecosistémico*. Revista Comunidad y Salud, Vol. 12, N° 2, Supl. Maracay, dic. 2014. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/BhUGlo> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- García, R. (1996). *Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos*. En Leff, E. (Coord.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*. (pp. 45-71). México: Siglo XXI Editores.
- Gobierno de Aragón. (2017). *Estrategias y Programas de Salud*. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/WEnMmu> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- González Rojo E, Álvarez-Dardetb C, López Fernández LA. (2017). *Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller*. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org/es-hacia-una-salud-publicaorientadaarticulo-S0213911117302212>

- Hanlon, J. (2014). *La filosofía de la salud pública*. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 40, núm. 1, enero-marzo, 2014. Sociedad Cubana de Administración de Salud. La Habana, Cuba. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/C8ml2t> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Hanlon J. Fisiología de la salud pública. Principios de la administración sanitaria. 3 ed. México, DF: La prensa Médica Mexicana, 973;1-11
- Hernández, J.; Jaramillo, L.; Villegas, J.; Álvarez, L.; Roldan, M.; Ruíz, C.; Calle, M.; Ospina, M. y Martínez, L. (2020). *La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención*. Archivos de Medicina (Col), vol. 20, núm. 2, pp. 490-504. Universidad de Manizales – Colombia. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/azPFj3> [Consulta. Enero 03, 2024].
- Hernández, S. y Duana, D. (2020). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos*. Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA. Publicación semestral, Vol.9, No. 17 (2020) 51-53. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/TiAIQH> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- Hernández, A. (2022). Programa de promoción de estilos de vida saludables en estudiantes de la residencia “Hermanos Saíz Montes de Oca”. Tesis de Maestría en Desarrollo Social. Pinar del Río, Cuba. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/B9T1bL> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- Hernández, I.; Boluma, F. y Gil, A. (2005). *Concepto y funciones de la salud pública*, Manual de Epidemiología y Salud Pública. Editorial Panamericana.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw Hill. México.
- Kiernan, J. (2003). *Alma-Ata: 25 años después*. Volumen 8 No. 1 – 2003. Perspectivas de Salud, la revista de la Organización Panamericana de Salud (publicada de 1996 a 2007). [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/Pk7KQI> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- Kickbusch, I. (1996). *Promoción de la salud: una perspectiva mundial*. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS; 1996. p. 15:9.
- Leal, J. (2012). *La autonomía del sujeto investigador y la metodología de investigación*. Incluye El Paradigma Holónico. 3ra Edición.

- Libreros, L. y Fuentes, L. *El Derecho a la Salud y la Promoción de la Salud en el nuevo Marco Legal Venezolano: Una aproximación*. SABER. Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente, vol. 24, núm. 2, julio-diciembre, 2012, pp. 196-201. Universidad de Oriente, Cumaná - Venezuela. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/q0F6Zd> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- Lizaraso, F. (2012). *Promoción de la salud: un tema pendiente*. Horizonte Médico, vol. 12, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 6-7 Universidad de San Martín de Porres La Molina, Perú. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/78ZHA5> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- LA López-Fernández, O Solar Hormazábal. *Repensar la Carta de Ottawa 30 años después*. Gac Sanit., 30 (2017), pp. 443-445.
- Martínez-Riera, J., Gallardo, C., Aguiló, A., Granados, M., López-Gómez, J. & Arroyo, H. (2018). *La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud*. Gac Sanit, 32(1). 86-91. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/RiOuXt> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- Martínez-Sánchez, J. & Balaguer, A. (2016). *Universidad saludable: una estrategia de promoción de la salud y salud en todas las políticas para crear un entorno de trabajo saludable*. Arch Prev Riesgos Labor, 19 (3), 175-177. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/58xjcU> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Mendoza, J. (2007). *Primer encuentro de Reflexión sobre la implantación del subsistema de salud colectiva: una nueva relación del Ministerio de Salud con la vida cotidiana de la gente*, Ministerio de Salud.
- Mendoza, L. y García, J. (2022). *Indicadores de evaluación para la promoción de la salud*. Editorial TeseoPress. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/BIVfql> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- Mintzberg, A. (1998). *Safari a la estrategia*. Buenos Aires: Gránica.
- MPPS (2023). *MPPS garantiza Rutas de Atención Integral en el 2023*. Artículo de Prensa. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas – Venezuela. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/kAljyA> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Muñoz, M. y Cabieses, B. (2008). *Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?* Revista Panam Salud Pública. 2008; 24 (2):139–46. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/BIVfql> [Consulta. Diciembre 22, 2023].

- Núñez, M. (2007). *Las variables: Estructura y función en la hipótesis*. Investigación Educativa, 11(20), 163-179.
- Nutbeam, D. (1996). *Glosario de Promoción de la Salud*. En: *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica No. 557; 1996. pp. 383-403.
- OMS (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Informe de Secretaría de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/WQD9ru> [Consulta. Diciembre 27, 2023].
- OPS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Organización Panamericana de Salud. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/qW3oPk> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- OPS (2023). *El Honorable Marc Lalonde*. Héroes de la Salud Pública. Organización Panamericana de Salud. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/lcQrDF> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- PAHO (2002). *Public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*. Scientific and Technical Publication No. 589. Washington, D.C.
- Palella, S. y Martins, F. (2006). *Metodología de la Investigación cuantitativa*. Caracas: Fedupel.
- Peña, A. y Paco, O. (2002). *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta*. Primera parte Anales de la Facultad de Medicina, vol. 63, núm. 3, 2002, pp. 223-232. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/c0vn9U> [Consulta. Diciembre 25, 2023].
- Pérez, M.; Cassie, M. y Caucil, O. (2016). *Mejorando la salud humana: Enfoque de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación en salud*. Rev. Fac. Med. Hum. 2016; 16 (3):77-83. [Artículo de Revisión]. En. <https://acortar.link/NUjj8e> [Consulta. Diciembre 21, 2023].
- Pineda, E.; Alvarado, E. y Canales, F. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para desarrollo de personal de salud*. Segunda edición, Serie para Ejecutivos del Programa Ampliado de Libros de Textos (PALTEX). Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. E.U.A.

- [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/DmGnxO> [Consulta. Diciembre 21, 2023].
- Porter, M. (1996). *What is strategy?* Harvard Business Review, 74(6) 61–78.
- Reguant, M. y Martínez, F. (2014). *Operacionalización de conceptos/variables*. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/TI4P4Y> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Resende, S. (2008). *Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria*. Salud Colectiva, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 335-347 Universidad Nacional de Lanús - Buenos Aires, Argentina. [Documento en línea]. En. <https://acortar.link/urYLWV> [Consulta. Diciembre 22, 2023].
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica clásica*. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Rojas, R. (1986). *La investigación Social: Teoría y Praxis*. Edit. Folios. México. 1986. Pág.177.
- Shain, M. & Kramer, D. (2004). *Health Promotion in The Workplace: Framing the Concept, Reviewing The Evidence*. Occup Environ Med, 61. 643-648. [Artículo en línea]. En. <https://oem.bmj.com/content/61/7/643> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Solomon, P. (2002). *Guía para redactar Informes de Investigación*, Ed. Trillas, México.
- Tamayo, T. (2002). *El Proceso de la Investigación Científica. Fundamentos de Investigación*. Editorial Limusa.
- Tintaya, P. (2023). *Formulación de conclusiones de investigación*. Revista de Investigación Psicológica, N° 30, dic. 2023. La Paz – Bolivia. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/2WqL8E> [Consulta. Agosto 07, 2024].
- Van Ryn, H. (1992). *What's the use of theory?* Health Educ. Q. 1992; 19:315-30.
- Vargas, P.; Kawa, S.; Saazar, A.; Mazón, J. y Flisser, A. (2000). *Informed consent in clinical reserarch at a general hospital in México: opinions of the investigations*. Dev Wor Bioetc, 2000;6 (1):41-51.

- Velasco, C. (2015). *El modelo de Lalonde como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre del grupo de investigación gastrohnut de la Universidad del Valle de Cali, Colombia*. Revista Gastrohnut Año 2015 Volumen 17 Número 3 (septiembre-diciembre): 204-207. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/gpcMa6> [Consulta. Enero 03, 2024].
- Vento, M. y Ordaz, M. (2020). *La formación de estudiantes universitarios como promotores de estilos de vida saludables*. Universidad y Sociedad, 12(1), 105-110. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/9mpqHr> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Venezuela (1998). *Ley Orgánica de Salud*. Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998. Caracas – Venezuela.
- Venezuela (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1999. Caracas – Venezuela.
- Villasana, P. y Caraballo, J. (2019). *El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva*. Salud trab. (Maracay) 2019, Ene-Jun, 27(1), 51-64. [Artículo en línea]. En. <https://acortar.link/1fUD7K> [Consulta. Diciembre 28, 2023].
- Winslow, C. *The untilled field of public health*. Mod Med. Mar. 1920; 2:183.

ANEXOS

Anexo A
Cuestionario Aplicado



**UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
(UNELLEZ)
PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Estimado ciudadano (a):

Reciba un cordial saludo, me dirijo a usted con la finalidad de recopilar los datos necesarios para el desarrollo de mi trabajo de grado que lleva por título: **ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS UNIVERSIDADES DEL ESTADO COJEDES. UN ENFOQUE DESDE EL MODELO LALONDE**; cabe destacar que esta investigación se realizó como requisito indispensable para obtener el título de Magíster en Salud, mención: Salud Pública, por esta razón se requiere de su apoyo para responder de la manera más objetiva posible este cuestionario.

Es importante indicar que la información obtenida será usada con fines académicos; además este cuestionario es anónimo se le agradece no identificarlo y por favor responda todas las afirmaciones; de antemano gracias por su valiosa colaboración. Considere leer detalladamente las instrucciones siguientes:

- Antes de responder por favor lea cuidadosamente cada afirmación.
- Se presentan veinticinco (25) afirmaciones de selección múltiple que deberán ser respondidas claramente.
- Marque con una equis (X) la respuesta de acuerdo a su opinión.
- Por favor no deje ninguna afirmación sin contestar.
- Marque sólo una alternativa por afirmación

Atentamente,

**Lcdo. Daniel Tovar
Autor del Trabajo**

CUESTIONARIO

N°	Responda cada pregunta mediante el método señalado: (S) = Siempre / (CS) = Casi Siempre / (AV) = Algunas Veces (CN) = Casi Nunca (N) = Nunca					
	Afirmaciones / Preguntas	(S)	(CS)	(AV)	(CN)	(N)
1	Desde que estas en la Universidad has vivido cambios en tu estilo de vida.					
2	Tienes conocimiento de que es un estilo de vida saludable.					
3	Practicas hábitos saludables en tu vida cotidiana.					
4	Practicas hábitos nocivos en tu vida cotidiana.					
5	Cambió tu comportamiento con respecto al consumo de tabaco, cigarrillos, bebidas alcohólicas o drogas, desde que llegaste a la Universidad.					
6	Se realizan actividades físicas y recreativas a la comunidad universitaria.					
7	Los cambios genéticos, biológicos y hereditarios influyen en las enfermedades comunes como el cáncer, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales, entre otras.					
8	Los servicios de salud en el país son de calidad, acceso y oportunos en la atención de la población.					
9	Se desarrollan políticas públicas saludables desde sector público.					
10	Influye el medio ambiente en los determinantes de salud.					
11	Has notado algún cambio en tu autoestima desde que estás en la Universidad.					
12	Has visto algún cambio en tu integración social desde que estás en la Universidad.					
13	Existe dentro de la Universidad la necesidad de orientación psicológica.					
14	Desde la universidad se contribuye a elevar el grado de cultura cívica, incidiendo en aspectos relativos a la convivencia y a la cohesión social.					
15	La Universidad toma en consideración tu bienestar biopsicosocial.					
16	Se debe crear una instancia dentro de la universidad donde se promocióne la salud.					

17	La instancia que asuma la promoción de la salud dentro de la universidad, debe estar conformada por un equipo multidisciplinario.					
18	Es necesaria la formación en promoción de la salud dentro de la Universidad.					
19	Se debe incorporar la Educación en Salud, dentro de las Unidades Curriculares de las carreras universitarias.					
20	Se previenen las enfermedades dentro del recinto universitario.					
21	Existen las Brigadas promotoras de Salud dentro de la Universidad.					
22	Es importante el papel que juegan las tecnologías en la promoción de la salud.					
23	Se realizan jornadas, intervenciones comunitarias, campañas o programas de salud dentro de la Universidad.					
24	Funciona dentro de la Universidad la Unidad o Departamento de Servicios Médicos.					
25	Le da importancia al área de bienestar estudiantil en la universidad.					
26	Con frecuencia utilizas los servicios de bienestar estudiantil.					

Anexo B
Validación a través de juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
(UNELLEZ)

PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FORMULARIO PARA EVALUAR EL INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluador: **Rossana Aponte**

Títulos: **Doctora en Gerencia Avanzada; Docente e Investigadora.**

Fecha: **15/08/2024**

N°	Cree usted que las preguntas elaboradas en el instrumento son redactadas en forma			Cree usted que las afirmaciones del instrumento guardan relación con los objetivos	
	Clara	Confusa	Tendenciosa	Si	No
1	X			X	
2	X			X	
3	X			X	
4	X			X	
5	X			X	
6	X			X	
7	X			X	
8	X			X	
9	X			X	
10	X			X	
11	X			X	
12	X			X	
13	X			X	
14	X			X	
15	X			X	
16	X			X	
17	X			X	
18	X			X	
19	X			X	
20	X			X	
21	X			X	
22	X			X	
23	X			X	
24	X			X	
25	X			X	
26	X			X	

Observación: Ninguna.

Dra. Rossana Aponte
C.I. N° V- 16.775.740



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
(UNELLEZ)

PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FORMULARIO PARA EVALUAR EL INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluador: **Omar Arjona.**

Títulos: **Magíster en Gerencia de la Salud Pública; Licenciado en Enfermería; Docente e Investigador.**

Fecha: **15/08/2024**

N°	Cree usted que las preguntas elaboradas en el instrumento son redactadas en forma			Cree usted que las afirmaciones del instrumento guardan relación con los objetivos		
	Ítems	Clara	Confusa	Tendenciosa	Si	No
1	X				X	
2	X				X	
3	X				X	
4	X				X	
5	X				X	
6	X				X	
7	X				X	
8	X				X	
9	X				X	
10	X				X	
11	X				X	
12	X				X	
13	X				X	
14	X				X	
15	X				X	
16	X				X	
17	X				X	
18	X				X	
19	X				X	
20	X				X	
21	X				X	
22	X				X	
23	X				X	
24	X				X	
25	X				X	
26	X				X	

Observación: Ninguna.

MSc. Omar Alexander Arjona Vivas
C.I. N° V-18.503.617



UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS OCCIDENTALES
"EZEQUIEL ZAMORA"
(UNELLEZ)

PROGRAMA DE ESTUDIOS AVANZADOS
MAESTRÍA EN SALUD, MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FORMULARIO PARA EVALUAR EL INSTRUMENTO
DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Evaluador: **Susana Quintero**

Títulos: **Magister en Planificación Institucional; Licenciada en Administración; Docente e Investigadora.**

Fecha: **15/08/2024**

N°	Cree usted que las preguntas elaboradas en el instrumento son redactadas en forma			Cree usted que las afirmaciones del instrumento guardan relación con los objetivos	
	Clara	Confusa	Tendenciosa	Si	No
1	X			X	
2	X			X	
3	X			X	
4	X			X	
5	X			X	
6	X			X	
7	X			X	
8	X			X	
9	X			X	
10	X			X	
11	X			X	
12	X			X	
13	X			X	
14	X			X	
15	X			X	
16	X			X	
17	X			X	
18	X			X	
19	X			X	
20	X			X	
21	X			X	
22	X			X	
23	X			X	
24	X			X	
25	X			X	
26	X			X	

Observación: Ninguna.


MSc. Susana Quintero
C.I. N° V- 6.780.247

Anexo C
Matriz de Respuestas de la
Confiabilidad Alfa de Cronbach

**MATRIZ DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH DE LA ENCUESTA SOBRE
UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD, EN EL CONTEXTO DEL ESTADO
COJEDES, DESDE EL MODELO LALONDE.**

S P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	ST
1	1	2	3	3	4	3	2	3	2	3	1	2	3	3	4	3	2	3	2	3	52
2	2	2	3	3	4	2	2	3	2	3	2	2	3	3	4	2	2	3	2	3	52
3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	40
4	1	3	3	3	4	1	2	4	2	2	1	3	3	3	4	1	2	4	2	2	50
5	4	3	1	3	3	3	2	3	3	2	4	3	1	3	3	3	2	3	3	2	54
6	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	3	3	3	3	2	2	1	2	2	2	46
7	5	5	4	5	5	3	3	4	4	4	5	3	4	4	5	5	5	4	4	4	85
8	2	1	3	2	5	2	2	1	3	2	2	1	3	3	2	2	3	1	1	2	43
9	3	1	1	3	5	2	5	1	1	2	3	1	1	3	5	2	5	1	1	2	48
10	3	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	4	3	4	88
11	4	3	1	3	3	3	2	3	3	2	4	3	1	3	3	3	2	3	3	2	54
12	3	1	1	3	5	2	5	1	1	2	3	1	1	3	5	2	5	1	1	2	48
13	5	4	3	4	4	4	5	4	5	4	5	4	3	4	4	4	5	4	5	5	85
14	3	2	2	3	3	4	2	2	2	4	3	2	2	3	3	4	2	2	2	3	53
15	2	2	1	3	3	3	3	2	1	2	2	2	1	3	3	3	3	2	1	2	44
16	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	92
17	5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	92
18	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
19	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
20	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
21	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
22	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
23	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
24	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	1	2	2	3	4	2	3	2	2	2	46
25	5	4	5	4	4	3	4	4	5	1	5	4	5	4	4	3	4	4	5	1	78
26	5	4	5	4	4	3	4	4	5	1	5	4	5	4	4	3	4	4	5	1	78
St	70	70	70	87	100	71	78	71	71	67	72	70	69	86	100	71	82	69	66	64	1504

Var 2,5 1,3 1,9 0,7 0,6 1,2 1,3 1,4 1,8 1,4 2,7 1,4 1,8 0,5 0,9 1,1 1,5 1,1 1,5 1 27,59

Vart 28

VarS 310,38

Coef AC = 0,86

Confiabilidad Muy Alta