

**LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD.
ESTUDIO DE CASO EN MADRID SALUD.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
Departamento de Publicidad, Relaciones Públicas y Comunicación
Audiovisual
Doctorado en Publicidad y Relaciones Públicas

Tesis Doctoral:

LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA PROMOCIÓN DE LA
SALUD
ESTUDIO DE CASO EN MADRID SALUD

Doctorando:

Edilson Bustamante Ospina

Directora:

Dra. Norminanda Montoya Vilar

Prof. Titular Departamento de Publicidad, Relaciones Públicas y
Comunicación Audiovisual

Bellaterra – Barcelona (España)

Marzo de 2013

Dra. Norminanda Montoya Vilar
Directora

Edilson Bustamante Ospina
Doctorando

***A mi madre,
porque aún hoy en su situación,
me sigue regalando su ejemplo de fortaleza y superación.***

AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas e instituciones que han hecho parte de este proceso. A todos ellos mi gratitud y mi cariño. En especial quiero agradecer:

A la Dra. Norminanda Montoya Vilar, mi directora de tesis, por su interés en mi proyecto, por sus valiosos aportes y por su disposición constante para apoyarme, orientarme, animarme y compartir conmigo sus valiosos conocimientos.

A mis profesores y compañeros de la Universidad Autónoma de Barcelona, de la Universidad Complutense de Madrid y de la Universidad Rey Juan Carlos, por sus enseñanzas y aportes, y por permitirme disfrutar de mi estadía en España viviendo a plenitud esta etapa de mi vida.

A mi amigo Antonio Ruiz Cañadas, por su apoyo incondicional, su tiempo, su paciencia y su especialidad, que hicieron que este proceso fuera único.

A mi compañera Kelly Johana Santiago Ramírez, por sus contribuciones tan significativas a mi tesis y sus palabras de ánimo permanentes.

A mis amigos de siempre de mi pueblo natal Aguadas, a mis amigos de la Universidad de Antioquia, a mis amigos de España y a mis amigos y compañeros de Extensión del CIEC, por sus palabras y sus gestos constantes de aprecio y apoyo, aún en la distancia.

Al Programa Enlazamundos del Municipio de Medellín, quien me brindó la posibilidad de hacer mi doctorado en el extranjero y de vivir esta experiencia increíble.

A la Universidad de Antioquia, mi Alma Mater, por siempre tener un espacio para mí, para aprender y para compartir mis conocimientos.

A Madrid Salud, por permitirme contar su experiencia y enriquecer mi trabajo a partir de su caso.

Finalmente, a mi familia, tíos, sobrinos y primos por su cariño. Y de manera especial a mi padre José Uriel y a mis hermanas Nancy y Emilsen por creer en mí y por siempre estar dispuestos a apoyarme y acompañarme.

ÍNDICE

PRÓLOGO	14
1. INTRODUCCIÓN	17
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	18
1.2. OBJETIVOS	27
1.3. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	28
2. VISIÓN CONCEPTUAL DE LA REALIDAD DE ESTUDIO	32
2.1. EL CAMPO DE LA SALUD	33
2.1.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD	33
2.1.1.1.Historia	34
2.1.1.2.El concepto de salud	37
2.1.2. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD	43
2.1.2.1.El modelo tradicional y el modelo de promoción de la salud	44
2.1.2.2.La mirada biomédica y la mirada biopsicosocial	47
2.1.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD	50
2.1.3.1.Antecedentes	53
2.1.3.2.Un marco legal: la Carta de Otawa y posteriores declaraciones	57
2.1.3.3. Definición, principios y áreas de actuación	60
2.1.3.4.Modelos de actuación	62
2.1.3.5.Métodos	64
2.1.3.5.1.Educación para la salud	65
2.1.3.5.2.Grupos de ayuda mutua	67
2.1.3.5.3.Participación comunitaria	69
2.1.3.5.4.Marketing social	70
2.1.3.5.5.Abogacía en medios de comunicación	72
2.1.3.6.Entornos	73

2.1.3.6.1.Centros de Salud saludables	74
2.1.3.7.Apuntes finales	76
2.1.4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	79
2.1.4.1.Contexto	79
2.1.4.2.Un marco legal: la Declaración de Alma Ata	80
2.1.4.3.Definición y elementos constitutivos	82
2.1.4.4. Objetivos y funciones	84
2.1.5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA	86
2.1.5.1.Generalidades	86
2.1.5.2.Organización del Sistema	88
2.1.5.3.Datos importantes del Sistema	90
2.1.5.4.Crisis del sector sanitario	91
2.1.5.5.Salud Pública, Promoción de la Salud en España y en el Ayuntamiento de Madrid	93
2.1.5.6.Atención Primaria de Salud en España	99
2.1.5.7.Apuntes finales	101
2.2. COMUNICACIÓN EN SALUD	103
2.2.1 HISTORIA Y MARCO LEGAL DESDE LA SALUD	104
2.2.1.1.Marco legal desde la salud	105
2.2.1.2.Historia	106
2.2.2. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y FUNCIONES	110
2.2.2.1.Definición	110
2.2.2.2.Aspectos importantes, objetivos y funciones	113
2.2.3. DIMENSIONES DE TRABAJO Y ENFOQUES	116
2.2.3.1.Dimensiones de trabajo	116
2.2.3.2.Enfoques	117
2.2.4. INVESTIGACIÓN, TEORÍAS Y MODELOS	120
2.2.4.1.Investigación	120
2.2.4.2.Teorías y modelos	121

2.2.4.2.1.Del nivel individual	123
2.2.4.2.2.Del nivel interpersonal y grupal	123
2.2.4.2.3.Basados en dinámicas sociales y culturales	125
2.2.4.2.4.Nuevas perspectivas y modelos combinados	126
2.2.5. CAMPOS DE ACCIÓN	129
2.2.5.1.Comunicación interpersonal y grupal	130
2.2.5.2.Periodismo sanitario	132
2.2.5.3.Comunicación de riesgo	134
2.2.5.4.Telemedicina y salud 2.0	136
2.2.5.5.Políticas comunitarias de salud	138
2.2.5.6.Comunicación interna y corporativa	139
2.2.6. RETOS	139
2.3. COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD	141
2.3.1. INTRODUCCIÓN	141
2.3.2. LA COMUNICACIÓN INTERNA	147
2.3.2.1.Historia y definición	147
2.3.2.2.Importancia	150
2.3.2.3.Objetivos y funciones	152
2.3.2.3.1. Objetivos	152
2.3.2.3.2.Funciones	154
2.3.2.4. Tipos de comunicación y canales	155
2.3.2.5.El papel de los líderes	157
2.3.2.6.Marketing interno	160
2.3.2.7.Desde dentro hacia fuera	162
2.3.3. LA COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD	164
2.3.3.1.Importancia	164
2.3.3.2.Un marco desde la salud	169
2.3.3.3.Objetivos y funciones	173

2.3.3.3.1.Objetivos	173
2.3.3.3.2.Funciones	174
2.3.3.4.Variables	176
2.3.3.4.1. Identificación	176
2.3.3.4.2.Información	179
2.3.3.4.3. Instrucción – formación	182
2.3.3.4.4. Integración	189
2.3.3.4.5.Imagen	194
2.3.3.4.6.Investigación	199
2.3.3.5.Estudios previos	202
2.3.3.5.1.Sobre el sector salud en España	203
2.3.3.5.2.Sobre la comunicación interna en escenarios de salud en España	207
2.3.3.5.3.Sobre otros estudios internacionales de comunicación interna en escenarios de salud	211
2.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	221
3. METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO	222
3.1. EL ESTUDIO DE CASO	223
3.2. EL ESCENARIO: MADRID SALUD	225
3.3. HIPÓTESIS	229
3.4. DESCRIPCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES	229
3.4.1. Medición de Identificación	231
3.4.2. Medición de Información	232
3.4.3. Medición de Instrucción	233
3.4.4. Medición de Integración	234
3.4.5. Medición de Imagen	235
3.4.6. Medición de Investigación	237
3.4.7.Medición de las expectativas sobre las seis variables en relación con el trabajo de promoción de la salud y comunicación interna	237

3.5. MUESTRA	238
3.5.1. Muestra	238
3.5.2. Criterios de inclusión y exclusión	239
3.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS	239
3.6.1. Entrevistas	240
3.6.2. Análisis de contenido	241
3.6.3. Encuesta	241
3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS	243
3.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	243
4. RESULTADOS	244
4.1. ENTREVISTAS	245
4.1.1. PROCEDIMIENTO	245
4.1.2. RESULTADOS	248
4.1.2.1.Contexto del desarrollo de la promoción de la salud en Madrid Salud	248
4.1.2.2.Aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud	253
4.1.2.3.Estado actual y expectativas de la comunicación interna en Madrid Salud (evaluación de las 6 íes)	258
4.1.2.4.Relación entre comunicación interna y promoción de la salud y aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud	265
4.1.3. DISCUSIÓN	267
4.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO	274
4.2.1. PROCEDIMIENTO	274
4.2.2. RESULTADOS	278
4.2.2.1.Contexto del desarrollo de la promoción de la salud en Madrid Salud	278
4.2.2.2.Aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud	280
4.2.2.3.Estado actual y expectativas de la comunicación interna en Madrid Salud (evaluación de las 6 íes)	281

4.2.2.4.Relación entre comunicación interna y promoción de la salud y aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud	285
4.2.3. DISCUSIÓN	286
4.3. ENCUESTA	291
4.3.1. PROCEDIMIENTO	291
4.3.2. RESULTADOS	294
4.3.2.1.Aspectos generales	294
4.3.2.2.Análisis de las seis íes	300
4.3.2.3. Aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud	313
4.3.3. DISCUSIÓN	314
5. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS	323
5.1. CONCLUSIONES	324
5.1.1. CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN TEÓRICA	324
5.1.2. CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO	332
5.1.2.1.Contexto del desarrollo de la promoción de la salud en Madrid Salud	332
5.1.2.2.Aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud	334
5.1.2.3.Estado actual y expectativas de la comunicación interna en Madrid Salud (evaluación de las 6 íes)	335
5.1.2.4.Relación entre comunicación interna y promoción de la salud en Madrid Salud	338
5.1.2.5. Aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud	338
5.1.3. CONCLUSIONES GENERALES	339
5.2. IMPLICACIONES PARA LAS ORGANIZACIONES	343
5.3. LIMITACIONES	348
5.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	351
6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	354
7. ANEXOS	399

7.1. ANEXO 1: Cuestionario de la entrevista al Jefe de Comunicaciones de Madrid Salud	400
7.2. ANEXO 2: Cuestionario de la entrevista al Jefe de Servicio de Promoción de la Salud de Madrid Salud	405
7.3. ANEXO 3: Cuestionario de la entrevista a Responsables de los Centros de Madrid Salud	407
7.4. ANEXO 4: Encuesta aplicada a los empleados de los Centros de Madrid Salud	408

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS

Tabla 1. Problemas de Salud a través de la historia	36
Tabla 2. Conceptos precedentes al surgimiento de la promoción de la salud	54
Tabla 3. Comparación entre Asistencia Sanitaria y Atención Primaria	84
Tabla 4. Competencias de las Administraciones Públicas en materia de salud en España	88
Tabla 5. Diferencias entre Atención Primaria y Atención Especializada en España	89
Tabla 6. Teorías y modelos de la comunicación en salud	123
Tabla 7. Ventajas de la comunicación interna	150
Tabla 8. Funciones de la comunicación interna	155
Tabla 9. Relación de entrevistas del trabajo de campo	246
Tabla 10. Relación de entrevistas por objetivos de la tesis	247
Tabla 11. Objetivos de la tesis en el Informe de Madrid Salud 2011	276
Tabla 12. Porcentaje de participación en la encuesta Madrid Salud 2012	293
Tabla 13. Distribución porcentual de las áreas profesionales de los encuestados	296
Tabla 14. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Identificación	299
Tabla 15. Puntajes obtenidos para la categoría de Identificación, según variables trazadoras	300
Tabla 16. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Información	301
Tabla 17. Puntajes obtenidos para la categoría de Información, según variables trazadoras	302
Tabla 18. Puntuaciones medias sobre la importancia de recibir información sobre algunos aspectos relacionados con la organización	303

Tabla 19.Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Instrucción	304
Tabla 20.Puntajes obtenidos para la categoría de Instrucción, según variables trazadoras	305
Tabla 21.Puntuaciones medias de la importancia de recibir formación en algunos temas relacionados con la promoción de la salud	306
Tabla 22.Puntuaciones medias de la importancia de recibir formación en habilidades de comunicación, para el trabajo de promoción de la salud	306
Tabla 23.Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Integración	307
Tabla 24. Puntajes obtenidos para la categoría de Integración, según variables trazadoras	308
Tabla 25.Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Imagen	309
Tabla 26. Puntajes obtenidos para la categoría de Imagen, según variables trazadoras	310
Tabla 27.Puntajes medios por variable y por centro obtenidos en la encuesta	312
Tabla 28.Puntajes medios de la incidencia de mejorar la comunicación interna sobre el desempeño de la organización	313
Tabla 29.Puntajes medios de la importancia de algunos aspectos de la comunicación interna para el trabajo de promoción de la salud	314

FIGURAS

Figura 1. Niveles de organización según los modelos biomédico y biopsicosocial	49
Figura 2. Vínculos de las organizaciones	145
Figura 3. Modelo de las “seis íes” de la comunicación interna	175
Figura 4.Distribución porcentual del nivel de escolaridad de los encuestados Madrid Salud 2012	295
Figura 5.Puntajes globales para cada una de las íes contempladas en la encuesta	312

PRÓLOGO

La presente tesis denominada “La comunicación interna y la promoción de la salud, estudio de caso en Madrid Salud”, parte de la necesidad de buscar nuevos escenarios desde los cuales se puedan potenciar la Promoción de la Salud, como la razón de ser más entrañable de cualquier organización que trabaje en el sector Sanitario. Así, desde la comunicación interna en escenarios de salud, poco investigada y explorada, se pretende potenciar el subcampo de estudio de la comunicación en salud que tiene como fin último promocionar la salud y trabajar en pro del bienestar y la calidad de vida de individuos y comunidades.

Es por eso que esta tesis tiene como principal objetivo describir la incidencia de la comunicación interna en las labores de promoción de la salud. Para ello, en la visión conceptual de la realidad de estudio la tesis cuenta con tres subcapítulos: en el primero se explora el campo de la salud, repasando cuál ha sido la evolución del concepto de salud hasta llegar a la promoción de la salud como la meta final de cualquier sistema sanitario; en el segundo se ahonda en la comunicación en salud como un subcampo del conocimiento que tiene por esencia promocionar la salud y del que la comunicación interna hace parte como uno de sus campos de acción; y finalmente el tercer subcapítulo se

centra en la comunicación interna en salud, campo central de esta tesis, en donde se construye un referente teórico para su trabajo y se propone el modelo de la seis íes de la comunicación interna para el trabajo en promoción de la salud, analizando y profundizando en 6 variables: Información, Identificación, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación.

Con el fin de contrastar el marco teórico con la realidad, el trabajo de campo de esta tesis se realizó en Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que tiene como principal objetivo el trabajo en Salud Pública y Promoción de la Salud. Para ello se utilizó la metodología del estudio de caso, a través de la aplicación de tres técnicas: entrevistas en profundidad a 8 líderes de la organización, análisis de contenido, y aplicación de una encuesta a los empleados de seis centros de Madrid Salud. Con la aplicación de esta metodología se buscó contextualizar el desarrollo tanto de comunicación interna como de promoción de la salud en la Organización y evaluar el estado actual y las expectativas de las seis variables definidas (modelo de las seis íes) en una muestra de empleados, todo ello con el fin de identificar la relación de influencia de cada una de las seis variables de comunicación interna en el trabajo de promoción de la salud que lleva a cabo la organización.

Los resultados de la tesis confirman que la comunicación interna es clave en la formación de una nueva cultura sobre la salud en las organizaciones sanitarias y que por tanto el enfoque de comunicación interna debe llevar por esencia la Promoción de la Salud para lograr potenciar sus acciones en este sentido. Así, esta tesis concluye que una estrategia de comunicación interna que busque potenciar el trabajo de promoción de la salud

desde una organización, debe contemplar básicamente seis funciones: buscar la **Identificación** de los empleados con la organización y con la filosofía de promoción de la salud, suministrar **Información** útil y oportuna sobre la organización y sobre promoción de la salud, apoyar la **Instrucción-Formación** de los empleados en cuanto a promoción de la salud y especialmente en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, propiciar la **Integración** de los empleados y en especial su participación en los procesos de promoción de la salud que lleve a cabo la organización, trabajar por la creación de una buena **Imagen** de los empleados sobre la organización que esté en consonancia con la imagen proyectada de cara a la opinión pública y, fomentar la **Investigación** de los procesos comunicativos internos para potenciar la estrategia y sus funciones.

Se espera que esta tesis contribuya al fortalecimiento del subcampo de la comunicación en salud y al desarrollo de otras investigaciones que potencien la promoción de la salud desde el trabajo de comunicación interna.

1.INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Pensar en la salud como un concepto integral que se aleja de la visión cerrada de la ausencia de la enfermedad ha sido un proceso que ha ido evolucionando. Sin lugar a dudas la introducción del concepto de promoción de la salud en este campo ha jugado un papel muy importante en la mirada bio-psico-social con la que se empezó a concebir la salud; y aunque hay muchos retos por resolver, existe una base fundamentada y amplia sobre la cual trabajar.

Según Milton Terris (Terris, 1992), quien hace un recuento de la evolución del concepto de promoción de la salud, ya desde el siglo XIX los especialistas por esta época en el campo de la salud (médicos) habían comenzado a observar otros factores, además de los biológicos, que afectaban la salud de las personas.

Y aunque cada vez se hacía más claro que el concepto de salud necesitaba ser redefinido, tuvieron que pasar varias décadas después de estos planteamientos iniciales para que a nivel mundial se le diera otro enfoque a la salud. Podría decirse que la inclusión de la promoción de la salud ha estado ligada a este cambio de perspectiva.

Según Terris (1992) en 1945, el historiador médico Henry Sigerist, utilizó por primera vez el término promoción de la salud dentro del campo sanitario, cuando definió las 4 tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. Sigerist (citado en Terris, 1992) consideró que la salud se promovía proporcionándole a las personas condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso, y que requeriría un sistema de instituciones sanitarias y de personal médico accesibles a todos, responsables de la salud de la población, preparado y capacitado para aconsejar y ayudar a los ciudadanos a mantener la salud y a restablecerla cuando la prevención fallara.

Eso sí, vale la pena anotar que sólo fue a partir de la Carta de Ottawa (OMS, 1986 b) cuando finalmente se le dio una base conceptual y un marco de acción a la promoción de la salud. La Carta enfatiza el papel de la comunidad, dejando a un lado el papel pasivo que asumían desde los enfoques de educación para la salud tradicionales donde sólo eran receptores de programas educativos desarrollados por profesionales de la salud; así la Carta induce a una participación activa de la comunidad, en un proceso que “proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida... las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud” (OMS, 1986 b: 3). Asimismo la Carta señala el papel fundamental de la acción multisectorial para la promoción de la salud.

Esta percepción permite mirar la salud más allá de la ausencia de enfermedad para situarla en un contexto de calidad de vida y de disfrute de la

misma. La Promoción de la Salud, en consecuencia no es dominio exclusivo del sector salud.

Esta nueva mirada implica un cambio de discurso y de concepción de la salud donde el único objetivo ya no es la curación y se abrirá paso a la promoción de la salud, la que tiene que ver con el bienestar y la calidad de vida individual pero también colectiva. Y por tanto el recurso humano dedicado a esta apuesta no será aquel formado en una disciplina exclusiva para ello, sino que tendrán cabida todas las disciplinas que de una u otra forma aportan a este objetivo tan amplio, un objetivo que contiene una necesidad latente de una mirada interdisciplinar y transdisciplinar, y en la que la comunicación tiene un papel muy importante.

En 1990 la Conferencia Sanitaria Panamericana señaló que la comunicación social era un elemento fundamental para la formación básica de personas, familias y comunidades. Por su parte, la resolución Promoción de la Salud en las Américas aprobada en el 39º Consejo Directivo en 1993 insta a los gobiernos miembros a que incluyan, como instrumentos claves en los programas de salud de la comunidad, campañas de comunicación social y de educación, promoviendo la responsabilidad de la población. Esto se reafirmó en la Declaración de Jakarta (OMS, 1997) sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI, adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, la cual indica que el acceso a los medios de información y la tecnología de las comunicaciones son importantes para adelantar la promoción de la salud.

En el glosario sobre promoción de la salud publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) se precisa que la comunicación en salud abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social. A este respecto, la comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor *empoderamiento* para la salud de los individuos y las comunidades.

En la actualidad y a pesar de ser una disciplina reciente, la comunicación en salud cuenta con numerosos estudios sobre diferentes temas que le atañen. De ahí se destacan los estudios sobre comunicación de riesgo (Obregón, Arroyave y Barrios, 2010), educación-entretenimiento (Singhal y Rogers, 2002), movilización social y comunitaria (Obregón y Waisbord, 2010), comunicación participativa (Gumucio, 2010), periodismo cívico (Alfaro, 2005), entre otros.

Y si bien hay unas áreas de la comunicación y salud, como las mencionadas anteriormente, sobre las que más se ha estudiado, también existen otras que empiezan a emerger y sobre las que aún queda mucho camino que recorrer -procesos que investigar-.

Ese es el caso de la comunicación interna dentro de los escenarios de salud, que a pesar que se intuye dentro de la bibliografía más actual como un campo de la comunicación en salud, son pocos los estudios al respecto y en su mayoría se quedan en los asuntos puntuales de indagar por la comunicación

interna como fenómeno de comunicación y no se traslada a otros escenarios para medir por ejemplo su impacto en las labores que desempeña el equipo de trabajo estudiado, en este caso labores de salud.

Ya los estudios clásicos desde las teorías administrativas y organizacionales han revelado el importante papel de la comunicación interna en el cumplimiento de los objetivos de una organización. Desde esta perspectiva autores como Barranco han puesto en evidencia cómo la comunicación interna influye en la eficacia, la eficiencia y la calidad de la gestión de una organización (Barranco, 1993).

La comunicación interna “debe ser una vocación integradora de las posibilidades de presentación y representación de una organización, con el propósito de fortalecer y fomentar su identidad y por efecto, mejorar la imagen” (Múnera, 2005: 149), que se proyecta ante los públicos externos con el logro óptimo de resultados. Asimismo, la comunicación juega un papel clave como elemento cohesionador en la organización, pues cuando los empleados disponen de la información necesaria para realizar su trabajo y tienen metas claras, todo ello repercute positivamente en la gestión de las mismas.

En el campo de la salud, sólo en los últimos años las organizaciones sanitarias se han interesado por incluir planes de comunicación interna dentro de sus planes estratégicos, partiendo de que los “buenos cauces de comunicación interprofesional, el establecimiento de criterios homogéneos y objetivos claros influyen directamente en la calidad ofrecida por las organizaciones sanitarias” (Villares, Ruiz, López y Sáinz, 2000: 62).

Algunos estudios sobre comunicación interna en escenarios de salud en España han reflejado la necesidad de que en el sector salud se establezcan acciones claras y eficaces (desde el diseño y la implementación) de comunicación con y entre sus públicos internos.

Estos estudios han permitido entrever cuestiones como que la comunicación interna en los hospitales es escasa, confusa, ocasional, tardía y que se expresa por canales informales, (Prieto y March, 1997); los profesionales que trabajan en el área de salud perciben importantes desacuerdos entre los intereses de los directivos y de la organización y los suyos propios (March, Prieto y Gutiérrez, 2000); los médicos no se sienten escuchados por la Dirección y la primera información llega en forma de rumores (Pajares, March y Gómez, 1998), y los médicos consideran más importante la comunicación ascendente y enterarse de los proyectos antes que se publiquen en los medios de comunicación (Ballvé, Pujol, Romaguera, Bonet, Rafecas y Zarza, 2008).

Sin embargo, valdría la pena ir más allá, para desentrañar realmente el papel de la comunicación interna en los organismos de salud y su impacto en el cumplimiento de los objetivos de la organización en cuanto a metas de salud se refiere, pues así como la relación médico –paciente (otra de las áreas de la comunicación en salud) ha demostrado su impacto en el cumplimiento de los objetivos de salud, se espera que la comunicación interna no sólo se quede en un cumplimiento de metas desde el plano del clima organizacional, sino que influya en los procesos y productos que ofrece la organización, en este caso procesos y productos que promueven la salud.

La promoción de la salud no es un asunto de unos cuantos, es una tarea que debe ser asumida por todos los individuos y comunidades, pero especialmente por las personas que trabajan en el sector salud, quienes están llamados a ser defensores y promotores constantes de la promoción de la salud; y ello supone que como el objetivo final de cualquier empresa, organismo o entidad de salud debe ser el bienestar y la calidad de vida, todos sus integrantes estén informados, capacitados, motivados e integrados para apuntar a este fin (no sólo el personal estrictamente formado en las áreas de la salud, sino todos los perfiles que trabajan en la empresa u organización y que aportan a la consecución de sus objetivos y metas).

Y aunque la realidad hoy día es otra, pues en la mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial la promoción de la salud es una tarea puntual de unos cuantos y con unos perfiles específicos, está claro que para obtener buenos resultados dentro de la promoción de la salud se requiere un proceso transversal.

En el caso Español, el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) organiza los servicios de salud en dos entornos o niveles: Atención Primaria y Atención Especializada, y aunque la promoción de la salud está incluida dentro de las funciones de ambas, le da un protagonismo mayor a las acciones que se deben emprender en materia dentro de la Atención Primaria. Es decir, aunque en los centros de salud (Atención Primaria) es donde mayor acciones de promoción se deben realizar, en los centros de especialidades y hospitales (Atención Especializada) también se deberían desarrollar acciones encaminadas a la promoción de la salud. Claro está que las funciones en este campo (promoción de la salud)

aunque cuenten con estas directrices generales del Sistema Nacional de Salud, varían de acuerdo a las particularidades de gestión y de acción entregadas a cada Comunidad Autónoma bajo la figura de descentralización, y dependen también en gran medida de las políticas y acciones de salud pública en donde se suscriben las acciones de promoción de la salud. Ahora bien, a pesar de que esta organización del Sistema, vigente desde la entrada en vigencia de la Constitución Española de 1978, rige las acciones de la Sanidad en España en la actualidad, la crisis que enfrenta el sector ha trastocado el cumplimiento de estas funciones, tal y como se verá en el desarrollo de esta tesis.

Para esta investigación se buscó una organización dentro del Sistema Nacional de Salud que tuviera como objetivo central el trabajo en Promoción de la Salud, con el fin de realizar en él un estudio de caso. Después de analizar varias organizaciones, la entidad seleccionada fue Madrid Salud -organismo Autónomo del Ayuntamiento de Madrid que tiene bajo su responsabilidad las tareas de Salud Pública y en especial las de promoción de la salud-, por tratarse de la única entidad que dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid (lugar donde el autor de la tesis residía y donde realizaría el trabajo de campo), tenía claramente definidas las funciones de promoción de la salud como su principal objetivo, y en comparación con otros escenarios como los Centros de Salud de Atención Primaria donde la promoción era considerada una tarea más, y los Hospitales y Clínicas de la Atención Especializada donde la promoción de la salud tenía una presencia mínima.

La promoción de la salud es una tarea que debería emprenderse a lo grande desde todos y cada uno de los escenarios que trabajan por la salud en

sus múltiples facetas, lo que conlleva a re-pensar la importancia de concebir a la promoción de la salud como filosofía de acción y el trabajo que se hace desde dentro con los públicos internos con miras a que cada organización encuentre en cada uno de sus empleados un socio estratégico para alcanzar los objetivos de salud.

Y es ahí donde las organizaciones de salud cuentan con un aliado fundamental que es la comunicación interna, hasta el momento poco explorado y puesto al servicio de los resultados organizacionales, que al lado de otros procesos y estrategias de la organización, se convierten en bases fundamentales para lograr la máxima conexión entre los objetivos de la organización (de promocionar la salud) y sus empleados.

Así, los públicos internos (empleados) del sector salud se deberían constituir en uno de los públicos principales para las organizaciones de salud, pues son ellos quienes necesariamente tienen un contacto directo con los usuarios externos, contacto en que transmiten sus motivaciones, convicciones y sus expectativas en cuanto a la realidad organizacional; buscando un cambio de discurso sobre la salud por parte de quienes trabajan en los escenarios del Sistema Nacional de Salud y haciéndolo extensivo a la ciudadanía. De lo que se trata es de potenciar los productos o servicios de la organización (en este caso productos y servicios de salud) a través del trabajo con los públicos internos, pues como ha quedado demostrado constituyen la base para alcanzar los objetivos de la misma. Se trata de un trabajo intenso desde dentro (con los públicos internos: empleados) hacia fuera (públicos externos: pacientes-personas-clientes).

En otras palabras se pretende promocionar el marketing interno (Romeo, 2005 b) en los escenarios de salud, modelo de intervención que permite a la empresa (organización) disponer permanentemente de un capital de recursos humanos capaz de dinamizar y de acompañar su propio desarrollo. Esta propuesta concibe al empleado como un tipo especial de cliente al que es preciso vender la empresa y su forma de gestión, ya que el trabajador ya no busca solamente ganarse la vida, sino también expresar a través del trabajo su personalidad y experimentar satisfacción por medio de sus tareas y ocupaciones; por lo tanto la empresa “utiliza las capacidades y talentos personales de los empleados, establece las relaciones de conexión adecuadas y promueve la iniciativa personal, la comunicación, la creatividad y el cumplimiento de las tareas asignadas” (Romeo, 2005 b: 142).

Los objetivos de promoción de salud siguen siendo una tarea por cumplir, y la comunicación interna en los escenarios de salud, puede ayudar en el cumplimiento de éstos.

1.2. OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la necesidad actual de potenciar las labores de promoción de la salud, considerando que estas labores se deben y se pueden fomentar desde los escenarios de salud, y llamando la atención sobre cómo la comunicación interna impacta los objetivos organizacionales, la presente tesis tiene por objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la incidencia de la comunicación interna en las labores de promoción de la salud, en Centros de Madrid Salud

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contextualizar el desarrollo de la promoción de la salud (significados, líneas de acción y Recursos Humanos) en Centros de Madrid Salud.

- Indagar por los aspectos generales de la comunicación interna en programas de promoción de la salud en Centros de Madrid Salud.

- Evaluar el estado actual y las expectativas de comunicación interna (basado en el modelo de las 6 íes que plantea el autor en esta tesis) en el trabajo de promoción de la salud en Centros de Madrid Salud.

- Analizar la relación entre la comunicación interna y las labores de promoción de la salud en los Centros de Madrid Salud evaluados.

- Identificar los aspectos de la comunicación interna que permiten potenciar las labores de promoción de la salud.

1.3. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El objeto de estudio de esta tesis es la comunicación interna en el ámbito de la salud, con el fin de realizar un análisis de qué elementos de la comunicación interna potencian el trabajo de promoción de la salud en Madrid Salud.

La comunicación interna es un asunto poco estudiado en las organizaciones sanitarias, de ahí que esta tesis busque contribuir con un campo del conocimiento poco explorado y con el que se puede potenciar las acciones que buscan beneficiar a los individuos y comunidades.

Los pocos estudios encontrados en el tema en España, revelan una necesidad latente de intervención, fundamentada por un lado en las necesidades encontradas en esta materia (falta de una política clara de comunicación interna en las organizaciones sanitarias), y por otro, en los resultados de investigaciones internacionales que han demostrado el impacto tan positivo de una buena estrategia de comunicación interna al interior de cualquier organización (incluidas las del área de la salud).

Específicamente y para el caso de las organizaciones de salud, este hecho adquiere relevancia si se tiene en cuenta que las instituciones de este gremio ante todo cumplen una labor social, lo que conlleva necesariamente a la potenciación de las acciones emprendidas desde el trabajo con los públicos internos.

Asimismo, y desde el marco de la comunicación en salud, los públicos internos se constituyen en uno de los principales públicos con los que hay que trabajar, pues la comunicación en salud no sólo es referente externo (de campañas, medios de comunicación, trabajo con las comunidades...) sino y en igualdad de importancia necesita ser referente interno (para el armado, consolidación y funcionamiento de los equipos humanos y profesionales), lo que le permita un equilibrio en su misión dentro de la organización. Básicamente de lo que se trata es de que los objetivos de comunicación en una

organización sanitaria no sólo sean externos (como en la actualidad y en la mayoría de los casos), sino integrales, incluyendo además el componente interno; esa debe ser la visión real e integradora de la comunicación en salud.

Es por eso que esta tesis busca analizar esta variable (la comunicación interna) dentro de las organizaciones de salud, para aportar no sólo en el desarrollo de las mismas (organizaciones), sino expandir y potenciar el campo de comunicación en salud.

Así, y al ser un campo tan poco estudiado dentro del sector sanitario, se busca construir un modelo propio para el trabajo de comunicación interna que responda a las necesidades y características propias del sector salud, enfocado básicamente en la promoción de la salud como tarea esencial de cualquier institución del sector.

Para ello se analizarán las funciones básicas de comunicación interna descritas por reconocidos autores internacionales (Almerana, 2005; Andrade, 2005; Costa, 2011; Somoza, 1993; Lucas, 1997; Ferrer, 2000; Villafañe, 1999; Barney, 1991; Bartoli, 1992; Ongallo, 2007; Del Pozo Lite, 1997; De Marchis, 2007, entre otros), y se tendrán en cuenta los trabajos específicos de otros autores en el campo de la salud para delimitar estas funciones a las necesidades reales del sector (Belenes y Artells, 1992; Ugarte, 2011; March et al, 2011; Díaz, 2011; Marqués, 2009; Segura Galvez, 2004; Prieto y March, 1997; Inforpress Comunicación de Salud, 2004; entre otros).

Así, se delimitará primero (en el marco teórico) cuáles son las funciones de comunicación interna que deben ser tenidas en cuenta por las organizaciones sanitarias y luego, se hará un estudio de caso (trabajo de

campo) para evaluar la importancia de cada una de esas funciones (variables independientes de la investigación) dentro del modelo.

Esta tesis busca, una vez finalizado el desarrollo teórico y práctico, aportar un modelo propio para el trabajo de comunicación interna en las organizaciones de salud que tengan como principal función la promoción de la salud.

A continuación se aborda el tema desde el marco histórico y teórico.

2. VISIÓN CONCEPTUAL DE LA REALIDAD DE ESTUDIO (MARCO HISTÓRICO Y TEÓRICO)

2.1. EL CAMPO DE LA SALUD

2.1. 1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD

Cuando se habla de salud no se evita remitir a un concepto que, aunque con diversos significados, hace parte de la misma esencia del hombre, de sus valores, de sus creencias y de su ser. La salud es, por así decirlo, uno de los grandes motores del ser humano, pero a la vez una de sus grandes preocupaciones. Por eso la salud como valor que todo ser humano tiene, como individuo pero también como miembro de una colectividad, se ha constituido en sinónimo de lucha constante por alcanzarla, por preservarla, por cuidarla y por qué no, por conquistarla. Incluso, por eso en la actualidad, la salud continúa siendo un tema de gran importancia para cualquier ser humano, es considerado uno de los grandes bienes públicos y por tanto hace parte de las políticas públicas de cualquier gobierno, ocupa los primeros renglones a nivel mundial en temas de interés, y se ha convertido en muchos casos en un bien mercantilizado con el que se negocia, se trafica y se benefician unos pocos.

Todo esto se ha dado a partir de la misma historia de la humanidad, la que le ha otorgado a la salud un significado y unas características propias en cada una de sus etapas de evolución, por lo que la definición de salud y su interpretación conceptual han “evolucionado a lo largo de la historia en función

del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento” (Gómez y Rabanaque, 2000: 3).

La historia señala que durante un largo período de tiempo de la humanidad, e incluso actualmente para muchos, la salud ha estado conectada directamente a su relación con la enfermedad.

2.1.1.1. HISTORIA

En los pueblos primitivos la relación salud-enfermedad se daba bajo un contexto mágico-religioso donde se tomaba la enfermedad como un castigo divino. De ahí que estudios realizados sobre los pueblos primitivos actuales han permitido desvelar que el hombre atribuía el origen de la enfermedad a causas como el hechizo nocivo, la infracción de un tabú, la penetración mágica de un objeto en el cuerpo, la posesión por espíritus malignos y la pérdida del alma (Gómez y Rabanaque, 2000). Aún en algunas poblaciones de América, Asia, África y Australia se mantienen estas creencias.

Después de este sentido mágico-religioso aparece el concepto de higiene en las civilizaciones egipcia y mesopotámica. La mitología de *Hygieia*, más adelante conocida como *Salus*, divinidad del bienestar o “diosa de la salud” dio paso a las creencias de que las personas podían estar sanas si vivían de acuerdo a determinados preceptos relacionados con la higiene. Así los griegos crearon normas higiénicas no sólo individuales sino también públicas. La construcción de grandes acueductos y de lugares para alejar los desechos en la civilización romana son reflejo de sus preocupaciones por el cuidado del cuerpo y del medio ambiente, como respuesta a sus

preocupaciones sanitarias. Asimismo la Ley Mosaica (antigua civilización hebrea) contiene “ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes” (Perea, 2009: 12).

En la Edad Media, la salud se presenta para muchos en un contexto relacionado con el oscurantismo religioso de la época, donde la enfermedad es considerada una expresión de la cólera divina (y en especial la peste negra), a la vez que las grandes epidemias, relacionadas especialmente con los conflictos bélicos, centran los esfuerzos en medidas como la cuarentena o el aislamiento y las barreras sanitarias en las fronteras (medidas preventivas).

La Revolución Industrial como uno de los detonantes de la Edad Contemporánea trae consigo el periodo científico para la salud, con la aparición de la primera Escuela de Higiene Ambiental y Experimental en Alemania, los avances en bacteriología, el descubrimiento de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de Centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación (Perea, 2009). A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX aparecen los modelos ecológicos y holísticos de la salud como respuesta al carácter multifactorial de la enfermedad y a la consideración de la salud como fenómeno supranacional, lo que motivó a un cambio en la formulación de la salud en términos negativos, como se venía entendiendo hasta el momento, a una consideración positiva, tal y como se verá más adelante.

Dando una visión general sobre los elementos más representativos que han llevado a un cambio en la concepción sobre la salud, Gómez y

Rabanaque (2000) resumen el panorama general sobre cómo se han desarrollado los conocimientos sobre la salud a lo largo de la historia:

Tabla 1: Problemas de salud a través de la historia

Periodos Históricos	Situación del conocimiento
<i>Antes del siglo XIX:</i> grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas y grandes carestías nutricionales.	Insuficiencia para explicar las causas naturales de la enfermedad y sus mecanismos de producción.
<i>Siglo XIX:</i> cambios en el sistema social. La Revolución Industrial. Desarrollo de las enfermedades infectocontagiosas crónicas, distribución desigual de los alimentos y presencia de hacinamientos urbanos.	Aparición de la Higiene Social. Se sientan las bases de la Prevención y de la Epidemiología.
<i>Siglo XX:</i> Extensión de las enfermedades sociales, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso, con origen en los estilos de vida no saludables. Problemas medioambientales y demográficos.	Desarrollo del conocimiento científico y crecimiento de la ciencia médica. Aparición de la Teoría de Sistemas y extensión de la Ecología. Impulso de la Sanidad Internacional.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez y Rabanaque (2000)

Esta evolución, del contexto en el cual se ha desarrollado la salud, ha llevado a que el hombre se haya apropiado cada vez más de la salud como un gran valor al que le dedica grandes recursos, tanto materiales como intelectuales. Ha pasado de ser un regalo de dioses a convertirse en un ideal que el hombre puede conseguir por sus propios medios, tal y como lo ejemplifica el doctor Alejandro Navas:

“La mortalidad infantil era muy elevada, la esperanza de vida más bien corta y la existencia estaba frecuentemente amenazada. Sobrevivir era una suerte, un regalo de dioses o del destino. Este panorama cambia radicalmente con el siglo XX. Los avances de la ciencia y la tecnología llegan a la Medicina y permiten derrotar a los azotes clásicos de la humanidad (peste, cólera, infecciones, hambre...) e incluso la propia muerte parece ceder terreno. La salud pasa de ser un regalo aleatorio de una lotería que escapa al control humano a convertirse en una auténtica conquista” (Navas, 2011: 16).

Hay que remitirse a todo este contexto histórico, social y cultural de la humanidad para entender cómo la salud ha evolucionado a la par de cada uno de los acontecimientos que la han afectado, lo que también se ha visto reflejado en los conceptos que sobre ella (la salud) se han dado a través de la historia.

2.1.1.2. EL CONCEPTO DE SALUD

La salud ha ido evolucionando en cada período de nuestra historia, al igual que se le han ido asignando conceptos, que bien o mal, han tratado de definirla, concretarla (por tratarse de un aspecto que puede llegar a ser abstracto), y enmarcarla en un grupo de acciones y de responsabilidades que sobre ella recaen. Y aunque en la época actual es donde mayor discusión, y por tanto más cantidad de definiciones se han dado de la salud (por tratarse de un tema sobre el que públicamente se trabaja día a día), desde la historia más antigua de la humanidad se han tenido aproximaciones de cómo era definida.

Fernando Marqués, recoge varios de los conceptos más clásicos sobre la salud, que han servido de referente para las conductas de muchos seres humanos y para el establecimiento de políticas sanitarias. La mayoría de estos conceptos acentúan el significado de la salud en términos negativos y en relación directa con la enfermedad, lo que durante muchos siglos fue incuestionable, sobre todo si se tenía en cuenta que se trataba de definiciones de personajes célebres, políticos y poetas (Marqués, 2001: 20):

“Aquello que uno tiene cuando puede moverse sin dolor dentro del programa elegido.” GALENO

“La salud depende del equilibrio y armonía de las fuerzas y de las potencias.” ALCMEON (siglo I a.C.)

“La vida está en la salud y no en la existencia.” ARIFÓN (Siglo V a.C.)

“No hay riquezas que sean preferibles a la salud del cuerpo.” Biblia

“Consiste en estar robusto, ileso o ausente de malestar, dolor o enfermedad.” S JONSON, 1775

“Tan sólo el hombre completamente estúpido es perfectamente normal (sano).” P BAROJA, 1902

“Es un estado transitorio precursor de nada bueno. Un sano es una persona insuficientemente explorada.” J ROMAINS, 1923

“Nunca me siento peor que cuando estoy saludable y robusto.” A. MACHADO, 1930

“Una gozosa actitud, una alegre aceptación de las responsabilidades.” SINGERIST, 1940

“La salud es todo aquello que todos saben lo que es hasta el momento que la pierden o cuando intentan definirla.” PIÉDROLA GIL, 1979.

Pero como el desarrollo de la salud ha estado siempre ligado al desarrollo social, y éste se ha caracterizado por buscar mejorar la calidad de vida de las personas, en el último siglo surge un gran cambio en la concepción de la salud.

En su Carta Magna, y como preámbulo de su constitución, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946: 1). Este intento por consensuar una definición para la salud que fuera referente para todos los estados miembros de la OMS aportó elementos innovadores a la mirada clásica de la simple ausencia de enfermedad. Entre los elementos que se destacan están: la definición de la salud por primera vez en términos positivos, la inclusión de las áreas mental y social como componentes de la salud, y el hecho de haber

logrado que en términos de jerga se mencionara de forma reiterada este concepto como idea común sobre salud (Gómez y Rabanaque, 2000).

Con respecto a la definición de la salud en términos positivos, ésta se equipara a otros conceptos también abstractos, pues al igual que la paz no es sólo la ausencia de guerra, o la riqueza la inexistencia de pobreza, la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedad (Monnier, 1982 y Salleras, 1990).

Pero esta definición de la OMS, que sigue vigente en la actualidad, ha sido fuente de críticas constantes desde su aparición. Las más comunes y destacadas se refieren al carácter absolutista, subjetivo, estático y utópico de la definición. Absolutista al referirse a la idea de completo bienestar físico, mental y social, lo que deja casi en cero el número de personas sanas en el mundo. Subjetivo, ya que se refiere sólo al bienestar, algo difícilmente alcanzable y olvidándose de aspectos más objetivos como la capacidad de funcionamiento. Estático al utilizar el término completo cuando existen diversos grados de bienestar y salud, lo que está en contradicción con cualquier fenómeno biológico. Utópico al considerar que esta definición está formulada más como un deseo que como una realidad, pues parece una declaración de objetivos imposibles de alcanzar y poco operativos a la hora de entrar en acción.

Ante estas críticas y con el advenimiento de una gran cantidad de nuevas experiencias en el tema, surgen nuevas definiciones, más adaptadas a la realidad y a la mirada contemporánea de la salud. Una de las que más ha tenido eco ha sido la expresada por el epidemiólogo norteamericano Milton Terris quien definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y

social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 1980: 12). En esta definición, que parte de la expresada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) se elimina la palabra “completo” que se había otorgado a la salud, considerando que existen distintos grados o niveles tanto de salud como de enfermedad (se puede estar enfermo o muy enfermo, o sano, muy sano o sanísimo, por ejemplo). Además el concepto determina la existencia de dos aspectos, uno subjetivo (los síntomas, o sensación de malestar) y el otro objetivo (los signos, la capacidad de funcionar).

El mismo Terris (1980), establece el concepto del continuo salud-enfermedad, una definición más sociológica de la salud, donde se define la salud desde un punto de vista más dinámico. Esta teoría plantea que la salud y la enfermedad forman un continuo con dos extremos: en el uno el óptimo de salud y en el otro la muerte, además de existir una zona neutra en la que resulta difícil distinguir lo normal de lo patológico; esto conduce a una dinámica relación entre salud y enfermedad.

Piédrola et al. (1991), recoge otras miradas más sociológicas para la salud. Destaca por ejemplo la de Sigerist cuando planteaba que “la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” (Sigerist, 1946: 4), y la de Gol cuando definía la salud como una forma de vivir autónoma, solidaria y alegre (Gol, 1976).

Otros autores han querido ir más allá de los planteamientos anatómicos, fisiológicos o mentales. Por ejemplo Dubos (1995) definió la salud como la

habilidad de un individuo para funcionar de una manera aceptable para él mismo y para el grupo del que forma parte. Por su parte Illich la relacionó con la capacidad de adaptación al entorno cambiante; con la capacidad de crecer, de envejecer, de curarse; y con la capacidad de sufrir y de esperar la muerte en paz (Illich, 1986); esta autora consideraba la salud como un recurso aplicable a la vida cotidiana y no como el objetivo de esa vida, un concepto positivo que se apoya en los recursos sociales y personales y también en la capacidad física.

Y dado que el panorama de la salud empezó a cambiar en las décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial, gracias a los avances de la terapéutica, a la vigilancia sanitaria continuada y a la mejora en la calidad de vida, fueron apareciendo nuevas patologías, muchas de ellas agrupadas en las llamadas “enfermedades debidas a los estilos de vida” como son los problemas cerebrovasculares, el cáncer, la drogadicción, las enfermedades mentales y los accidentes de tránsito (Romera, 1996). Por eso y a partir de los descubrimientos en el terreno que relaciona la salud con los estilos de vida, se ha acentuado el papel del individuo y de las comunidades en la definición y construcción de su propia salud, y por tanto en la toma de conciencia de su nivel de autocuidado. Al respecto varios autores también han puesto de relieve la importancia de este tema al definir la salud en un marco de la promoción, desde los conceptos positivos y generales que ésta abarca, como se verá más adelante. Epp señalaba a la salud como un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar; como una fuerza básica del vivir cotidiano y como una dimensión esencial de la calidad de vida, y anota: “la calidad de vida supone la oportunidad de elegir y de obtener

satisfacciones por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la capacidad de manejar e incluso modificar su entorno” (Epp, 1986: 26). Por su parte Perea señala que “el sentido de salud positiva se considera como un referente de acciones dirigidas no sólo al desarrollo de las capacidades de los individuos sino también a favorecer cambios ambientales, sociales y económicos en relación con la salud” (Perea, 2009: 19).

En conclusión, son numerosas las definiciones que en la actualidad se han formulado sobre la salud, unas más generales y otras más específicas, en concordancia con las áreas y con los fines de quienes las estudian y trabajan; pero eso sí, todas con un punto de referencia en el concepto de salud positiva establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), el más universalmente citado. En la actualidad la salud no se entiende ya como la ausencia de enfermedad, sino que tiene alcances más profundos, como los establecidos desde la promoción de la salud donde ésta se define como un recurso para la vida diaria y no como un fin en sí misma.

Es así como surgen nuevas ciencias como la Salud Pública, encargada de la protección de la salud a nivel poblacional, y que busca mejorar la salud y erradicar las principales enfermedades que aquejan a las comunidades. Así, unas de las tareas principales de la Salud Pública es la Promoción de la Salud. Por eso en la mayoría de los Sistemas Sanitarios, los asuntos de Promoción de la Salud están encargados directamente a las áreas de Salud Pública, tal y como sucede con el Sistema Nacional de Salud en España donde es a este Departamento Ministerial (de Salud Pública) a quien corresponde las competencias en Promoción de la Salud en asocio directo con las direcciones

de Salud Pública de cada Comunidad Autónoma. En el caso de Madrid, específicamente los Centros de Madrid Salud han sido concebidos desde la función de Salud Pública y con el objetivo de trabajar específicamente la Promoción de la Salud.

Finalmente, es preciso anotar que la Teoría General de Sistemas y el desarrollo de la Ecología especialmente, han dado paso al desarrollo de todo un marco de referencia para la salud. Así, desde el punto de vista operativo, tal y como lo señalan Gómez y Rabanaque: “no cabe la menor duda que los conceptos ecológicos sobre la salud son los que mayor refrendo han obtenido. Además son los que están dando lugar al desarrollo de modelos que permiten conocer y trabajar mejor en el fomento de la salud” (Gómez y Rabanaque, 2000: 11-12). Estos modelos, incluidos en el siguiente subcapítulo, se han convertido en un referente para analizar la salud y sobre todo los factores que influyen en ella, los factores determinantes de la salud.

2.1. 2. LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

Para estudiar la salud, establecer qué asuntos llevan a conseguirla (determinantes), y orientar las acciones que deben darse para trabajar en ella (políticas de salud), se han creado modelos o representaciones formales que han buscado ordenar el campo de la salud, un campo complejo y en el que intervienen varios actores. Por eso, se han formulado varios modelos, y principalmente, a través de la historia, dos de ellos han ordenado el campo de la salud teniendo en cuenta sus factores determinantes (Rodríguez, F y Abecia, L, 2000). Estos modelos se explican a continuación.

2.1.2.1. EL MODELO TRADICIONAL Y EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El primer modelo conocido como *tradicional o ecológico de enfermedad*, se originó a finales del siglo XIX, cuando las enfermedades infecciosas eran las principales causas de enfermedad y muerte. El modelo consta de tres componentes: el agente (biológicos como los microorganismos infecciosos, físicos como el frío o el calor, y químicos como los tóxicos), el huésped (elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes), y el entorno o ambiente (elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente). La enfermedad es determinada por la interacción de estos tres componentes, según este modelo.

Pero con la llamada transición epidemiológica (Robles, E; García F y Bernabeu, J, 1996), que explica los cambios en el patrón de las principales causas de muerte surgidos en el siglo XX (como la aparición de las enfermedades crónicas -como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares-, y las lesiones por accidentes no intencionados -como los accidentes de tránsito-), se adopta un nuevo modelo más amplio que busca explicar los nuevos determinantes de estas enfermedades. Aparece así el segundo modelo conocido como el de *promoción de la salud*, el llamado a aplicar en la actualidad. Este modelo fue dado a conocer en el mundo por un informe de Marc Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá, por lo que se le conoce como el Informe Lalonde (Lalonde, 1974). Pero a pesar de ello, hay que aclarar que fue un administrador de este Ministerio quien sentó las bases de este modelo

(Laframboise, 1973), en el que se considera a la salud como algo más que la ausencia de enfermedad y como la resultante de la interacción de un conjunto de factores agrupados en cuatro categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de la salud y la propia biología humana.

A partir de este modelo, se introduce la idea de *campo de la salud* (Lalonde, 1974), como un mapa del territorio de la salud que organiza sus múltiples fragmentos de forma sencilla, con el fin de ubicar rápidamente las ideas, problemas o actividades relacionadas con la salud. Así, se contempla la descomposición del campo de la salud en los cuatro componentes amplios de biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención en salud.

En la biología humana están todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo (herencia genética, procesos de maduración y envejecimiento y diferentes aparatos internos del organismo).

El medio ambiente incluye todos aquellos factores externos al cuerpo humano, y sobre los que las personas tienen poco o ningún control (ej: pureza de los alimentos y abastecimiento de agua, contaminación del agua y del aire, eliminación adecuada de los desechos, cambios en el medio social).

Los estilos de vida representan el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud, y sobre las cuales ejerce cierto grado de control (hay riesgos provocados por las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales).

Finalmente, la organización de la atención en salud, consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud (ej: práctica de la medicina y la enfermería, hospitales, medicamentos, ambulancias).

Desde la formulación del modelo de promoción de la salud (en el que se incluye el concepto campo de la salud), se enfatizaba en la necesidad de replantear las prioridades a nivel presupuestario y de intervención que se estaban dando en cada uno de los cuatro componentes, pues era evidente que se gastaban grandes cantidades de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido. Es decir, casi todos los esfuerzos y los gastos directos en materia de salud se habían concentrado en el componente de la organización de la atención sanitaria, lo que no correspondía con la realidad que mostraba que el origen de las enfermedades y las causas de muerte estaban en los otros tres componentes: biología humana, medio ambiente y estilos de vida.

En este mismo sentido, se dieron otros estudios que buscaron ponderar estos cuatro componentes en relación directa con su incidencia en el estado de salud-enfermedad. Blum (1974) en su estudio le dio la máxima importancia al medio ambiente, seguido por los estilos de vida y la biología, y terminando por los sistemas sanitarios. Por su parte Denver (1976) a través de su estudio los ponderó así de mayor a menor incidencia: estilos de vida, biología humana, medio ambiente y servicios sanitarios. Estos estudios constataron que los recursos no se estaban empleando de acuerdo a las causas que determinaban realmente los procesos de salud-enfermedad.

Una de las principales diferencias del modelo de promoción de la salud con el modelo tradicional o ecológico de enfermedad, es que el modelo de promoción de la salud es integral e incluye todos los determinantes de salud-enfermedad, y por eso contiene, además de los tradicionalmente biológicos, factores como el estrés , la clase social o el apoyo social, considerados determinantes biopsicosociales, lo que implica a la vez una mirada distinta al individuo.

2.1.2.2. LA MIRADA BIOMÉDICA Y MIRADA BIOPSIOSOCIAL

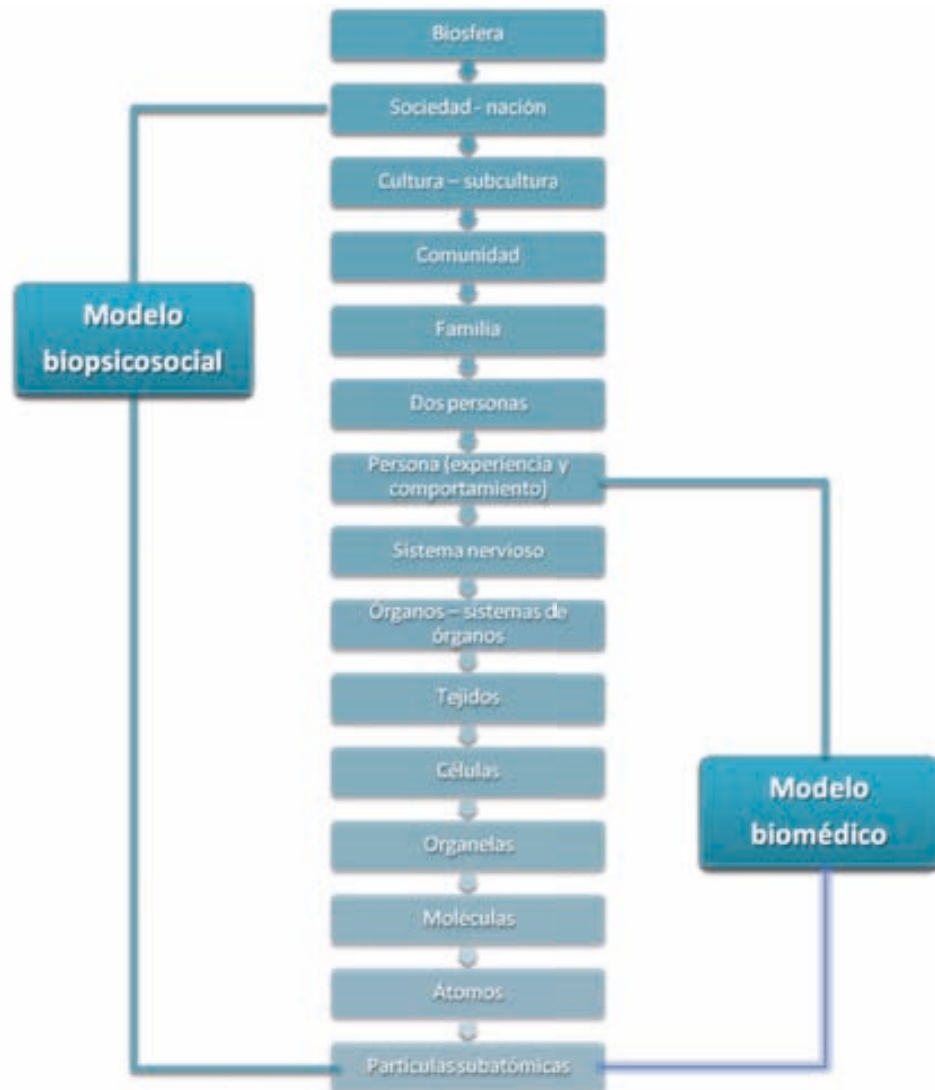
El desarrollo de la medicina científica en el siglo XIX trajo consigo la preocupación de los médicos por encontrar las respuestas a las causas de las enfermedades, lo que originó una mirada *biomédica* que buscaba explicar las molestias y los síntomas del enfermo a través de una de estas tres vías: anatomopatología (alteración anatómica), fisiopatología (alteración de las funciones de los órganos), y microbiología (microorganismos causantes de enfermedades). Por lo tanto, el médico intenta de alguna forma corregir la anomalía a través del suministro de un fármaco o la manipulación quirúrgica (Corral,1994). Pero la dificultad de este modelo (mirada) radica en que no interviene a la hora de solucionar las enfermedades de carácter psicológico y social, o apoyar la intervención de problemas biológicos desde estos otros campos. En este modelo a la persona (paciente) se le mira y se le trata únicamente desde el enfoque biológico.

Por eso surge la mirada *biopsicosocial* (Engel, 1997) que incluye diferentes niveles de organización (psicosociales y biológicos), confluyendo en

un punto central: la persona; y es la interacción entre estos niveles, la que explica el estado de salud-enfermedad. En este modelo se mira a la persona en relación con todo lo que la afecta y en todas sus dimensiones (biológica, psicológica y social). Partiendo de la figura 1, se observa cómo las diversas disciplinas y ciencias se organizan para estudiar los diferentes niveles del sistema (por ejemplo, la física y la química estudian los problemas a escala atómica y molecular, la biología continúa estudiando la célula, la histología los tejidos, y por encima del nivel de las personas las ciencias sociales, como la psicología y la sociología, también tienen un campo de acción).

Esta mirada biopsicosocial entra en total sintonía con el modelo de promoción de la salud (campo de la salud), en el que se tienen en cuenta todos los posibles determinantes de la salud y en el que tienen competencias un número mayor de disciplinas, además de las del área de la salud (tratado en el siguiente subcapítulo), pues como se veía en los párrafos anteriores, los determinantes no son sólo biológicos, sino que apelan a la dimensión más amplia del ser humano, en la que se incluyen además factores como el medio ambiente y los estilos de vida. A través de la definición del *campo de la salud*, se “unifican todos los fragmentos y se permite a los individuos descubrir la importancia de todos los componentes, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros” (Lalonde, 1974: 5).

Figura 1: Niveles de organización según los modelos biomédico y biopsicosocial



Fuente: Corral (1994)

El modelo de promoción de la salud (*Informe Lalonde*) ha sido utilizado como referente para la creación de políticas de salud en todo el mundo, y orientó la *Estrategia de Salud para Todos en el año 2000* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1977) en la que ya no aparece en la definición de salud la palabra completo, sino que se habla de que su objetivo es que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente

para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

Esta nueva concepción de la salud ha llevado a que los expertos se interesen e interroguen por sus otros determinantes, hasta ese momento menos estudiados; es decir, aquellos referidos a los estilos de vida y al medio ambiente. Si se entiende la salud como equilibrio y ella fluctúa en relación a cómo vivimos la vida, hay que estudiar e intervenir los determinantes que condicionan ese equilibrio, “sobre los cuales la promoción de la salud ha demostrado ser la herramienta fundamental para modificarlos hacia un equilibrio saludable” (Marqués, 2001: 25).

Capacitar y *empoderar* a las personas para que puedan influir en la aportación positiva de los factores determinantes para su salud, y les permita mantener ese equilibrio saludable, viviendo con autonomía, responsabilidad, solidaridad y alegría, es el principal objetivo de la promoción de la salud.

2.1. 3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como se ha visto en el desarrollo de este capítulo, la salud ha ido evolucionando a la par de los cambios sociales y del medio que la han albergado. Es así como se han cambiado las ideas con respecto a ella, se han incorporado nuevas áreas y componentes a su estudio, y se han formulado nuevos modelos para atenderla, para estudiarla y para responder ante las demandas nuevas que le han surgido. Esto ha implicado un cambio de paradigma, sobre todo en el último siglo, en donde se logró demostrar que la salud no sólo dependía de factores biológicos, sino que implicaba una serie de

nuevos elementos, hasta el momento poco estudiados. A la par, se ha intentado extender el significado de la salud, ya no reducida a una relación exclusiva con la enfermedad, sino como un todo, como un valor presente en la vida del ser humano, como parte y esencia de él, pasando así de una noción negativa (enfermedad) de la salud a una visión positiva (la vida).

Las respuestas ante los cambios de la sociedad (sobre todo por parte de la medicina, y de los gobiernos y sus políticas sanitarias) se han quedado cortas, por una parte en atender las nuevas dolencias de las personas y las comunidades, ya no centradas en curar y prevenir las enfermedades tradicionales (infectocontagiosas y crónicas, en un nivel biológico y causadas por un germen identificable y eliminable) sino ahora con retos mayores en las nacientes enfermedades sociales (relacionadas con los estilos de vida y el medio ambiente, causadas por los intrincados procesos y factores que conforman los patrones de vida); y por otra parte en pasar de una mirada eminentemente patológica (con la investigación y el estudio al servicio de la enfermedad, para conocer qué factores la producen), a una salutogénica (Antonovsky, 1996) (interesada en los aspectos que promueven la salud y en saber qué la produce y dónde se crea).

Como anotan Comoler y Alvarez (2000), las actuaciones de los servicios de salud no han sido efectivas en muchos casos en la reducción de la enfermedad, y mucho menos en la ganancia de salud, pues aunque se hayan dado respuestas científicas como la *medicina basada en la evidencia* (tan de moda en nuestros días y que realiza un control de calidad a las actuaciones preventivas y curativas), se sigue estando basado en la enfermedad, y en muchos casos éstas no se curan por no considerar a la persona enferma en su

globalidad. Estos autores anotan además que “si las causas de la enfermedad son múltiples y variadas, abordar las biológicas, olvidando las psicológicas y sociales, no sólo es inhumano sino que impide que las actuaciones estén basadas en la evidencia existente sobre la etiología de la enfermedad” (Colomer y Álvarez, 2000: 30).

Por eso la nueva mirada salutogénica del campo de la salud supone una nueva forma de trabajar la salud, en la que todas las personas que trabajan en sus escenarios, tengan que tener una visión del individuo como ser completo y complejo, en donde se tengan en cuenta los determinantes sociales de la salud, y en donde se cuestione y se encuentre la génesis de la misma para poder promocionarla, pues de lo contrario los resultados siempre serán, cuando más, a corto plazo e incompletos.

Además, desde este punto de vista de la salud y sin olvidar sus determinantes, se requiere de un trabajo conjunto de diversos profesionales que integren las dimensiones biológica, psicológica y social de la misma. A diferencia del trabajo sobre la enfermedad realizado casi exclusivamente por la medicina (en donde los especialistas tratan los órganos o aparatos de los pacientes de forma aislada), el trabajo sobre la salud es impensable si no se concibe a la persona en su totalidad y con todas las miradas puestas en su conjunto (pues no se puede tener equilibrio de algunas partes, sino que el equilibrio se da sobre un todo).

Es así, como para responder ante este reto, surge la *Promoción de la salud*, intentando dar respuestas desde otra perspectiva: la de la salud, como dimensión de la calidad de vida.

En el contexto de la calidad de vida, “la salud deja de ser mensurable tan sólo con los términos estrictos de enfermedad y muerte, a pasar a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, mantener o recuperar... Es una fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano , en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico” (Epp, 1986: 26). Por eso se trata entonces de reestablecer los lazos existentes entre salud y bienestar social, entre calidad de vida individual y colectiva.

Y aunque se ha tenido una concepción muy corta sobre la *Promoción de la Salud*, relacionándola con carteles y folletos y la mera distribución de información -en palabras de Epp: “una visión tan simplista como la de asociar la atención médica a las batas blancas y a los estetoscopios” (Epp, 1986: 29) - la Promoción de la Salud tiene realmente su marco de acción en un ejercicio polifacético que comprende educación, formación, investigación, legislación, desarrollo comunitario y coordinación de políticas. Por eso, no se trata de una tarea médica sino de un proyecto social ligado a las responsabilidades de muchos y en donde el sistema de salud deberá ser rediseñado en torno a un eje que no sea la curación, sino la *Promoción de la Salud*.

2.1.3.1. ANTECEDENTES

Si bien el concepto de *Promoción de la Salud* ha sido mayormente utilizado en las últimas décadas, su filosofía y su término ya habían sido utilizados en algunos escenarios en el siglo XIX. Terris (1992) recoge algunos de esos momentos, pensamientos e ideas que demuestran que desde hace

algunos siglos ya había indicios de un cambio de pensamiento con relación a la salud/enfermedad (tabla 2).

Tabla 2: Conceptos precedentes al surgimiento de la promoción de la salud

Año	Autor y concepto	Ideas destacadas
1820	William P. Alison (Escocia) describió la estrecha asociación existente entre la pobreza y la enfermedad. Posteriormente, sus experiencias con las epidemias de tifus, fiebre recurrente y cólera le permitieron afirmar su idea.	Puede gastarse mucho dinero en eliminar diversas molestias, tales como los prados anegados de la vecindad y los estercoleros de las distintas partes de la ciudad, todo lo cual sería perfectamente ineficaz para prevenir la reaparición de la fiebre epidémica mientras continúen, como en los tiempos actuales, las condiciones y costumbres de la gente más pobre y sus recursos se vean reducidos por cualquier causa a la indigencia.
1826	Louis René Villermé (Francia) escribió su informe sobre la mortalidad en los distintos barrios de París, demostrando la relación entre pobreza y enfermedad, y años más tarde publicó la encuesta sobre las condiciones físicas y morales de los obreros de las fábricas de algodón, lana y seda, en la que demostraba que eran las condiciones de vida de los trabajadores las que causaban su muerte prematura.	
1847	Rudolf Virchow (Alemania) investigó una epidemia en los distritos industriales de Silesia en la que encontró que las causas eran tanto sociales y económicas, como físicas.	El remedio consiste en prosperidad, educación y libertad, que sólo pueden desarrollarse en una democracia libre e ilimitada.
1936	John Snow (EEUU), en sus estudios clásicos sobre el cólera, describió las múltiples formas en que las causas generales, la miseria y el hambre influían en la relación entre los agentes causales específicos, el huésped y el ambiente.	
1945	Henry Sigerist, el gran historiador médico utilizó por primera vez el término promoción de la salud cuando definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el	La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso... La atención médica

	restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. El autor definió la promoción de la salud en términos de los factores generales que causan enfermedad.	requiere un sistema de instituciones sanitarias y de personal médico accesibles a todos, responsables de la salud de la población, preparado y capacitado para aconsejar y ayudar a los ciudadanos a mantener la salud y a restablecerla cuando la prevención haya fallado.
--	--	---

Elaboración propia a partir de Terris (1992)

Con la aparición de los nuevos factores que concernían a la relación de salud-enfermedad, varias áreas de la medicina empezaron a estudiarlas, entre ellas se destacan la Medicina Social y la Salud Pública.

Sin lugar a dudas, en la mayoría de los países fue la Salud Pública quien lideró este proceso. Así, la Salud Pública pasó de la vacunación a los procedimientos complejos de detección sistemática, haciendo sus actividades más diagnósticas que preventivas, para luego centrarse en la epidemiología del comportamiento con una amplia influencia de la educación para la salud en la búsqueda por reducir los factores de riesgo a nivel individual (Kickbusch, 1986). La siguiente etapa de la Salud Pública debía pasar, de la planificación para controlar los factores de riesgo, a la planificación de la salud, es decir, trazar metas para la acción política y no sólo para el comportamiento individual. Por ejemplo, en Canadá se hablaba hacia 1980 de una nueva salud pública que comprendiera el nuevo contexto de la salud (la crisis económica, responsabilidad general y del entorno, el estilo de vida de las sociedades), volviera a pensar el concepto de salud (algo dinámico de gran valor tanto para individuos como para la sociedad), replanteara los problemas y prioridades (circunstancias más complejas y de carácter social), integrara nuevos actores (la promoción de la salud trasciende a los profesionales de la salud), e

integrara el pensamiento político (establecer lazos con la acción política para lograr grandes reformas).

Nadie niega que fue el Informe Lalonde (1974), considerado la primera declaración teórica general de la salud pública surgida de los descubrimientos hechos en el campo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas, el que se convirtió en punto de partida para la creación de un marco legal para la Promoción de la Salud. Con base en el concepto de Campo de la Salud incluido en el Informe, se propusieron cinco estrategias: una estrategia de Promoción de la Salud, una estrategia reguladora, una estrategia de investigación, una estrategia de eficiencia de la atención sanitaria, y una estrategia de establecimiento de objetivos.

Los gobiernos, especialmente los de los países industrializados, empezaron a desarrollar acciones en estas cinco estrategias, lo que llevó a que desde la estrategia de promoción de la Salud se lideraran acciones con diversas percepciones de lo que debía ser y hacer. Esto hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableciera un proceso para unificar los criterios sobre Promoción de la Salud y darle un marco de acción reconocido a nivel mundial. Este objetivo se logró en la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, con la firma de la Carta de Ottawa, el mayor tratado de promoción de la salud hasta la fecha.

2.1.3.2. UN MARCO LEGAL: LA CARTA DE OTAWA Y POSTERIORES DECLARACIONES

A partir del Informe Lalonde (1974) la promoción de la salud entra a jugar un papel importante en la concepción de la salud y en su marco de acción. Posterior al Informe se dieron dos acontecimientos importantes también para la promoción de la salud: el documento *Salud para todos en el año 2000* (OMS, 1977) (donde aparece una llamada a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud, junto con otros ejes: equidad, participación comunitaria y reorientación de los servicios) y la *Declaración de Alma Ata* sobre Atención Primaria de Salud (OMS, 1978), (a la que se dedica el siguiente subcapítulo). Estos dos momentos, aunque no profundizaban en la promoción de la salud como tal, ambientaban la necesidad de una nueva mirada para la salud y daban parte de las bases que consolidarían a la promoción de la salud unos años después.

A comienzos de los años 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encarga a la Oficina Regional de la OMS para Europa un proyecto regional/interregional de promoción de la salud, con el fin de dilucidar la importancia de la promoción de la salud en todos los Estados Miembros y en todas las Regiones. Este proyecto se desarrolló en varias etapas.

En la primera de ellas se buscó aclarar el significado de promoción de la salud, a través de un documento de discusión que definió la promoción de la salud (y que fue tenido en cuenta posteriormente en la Carta de Otawa).

La siguiente etapa consistió en conformar un grupo internacional de estudio que se reunió en Copenhague en 1985 y del que formaban parte

representantes de todas las partes del mundo, quienes discutieron y mejoraron el documento. El documento final estuvo listo para 1986 (OMS, 1986).

La fase final de este proceso tenía por objetivo reunir las experiencias sobre promoción de la salud obtenidas por los países industrializados, en lo que se refiere a programas y políticas. Fue así como se programó la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud que se celebró en Ottawa (Canadá) en 1986 y en la que se reunieron más de 100 participantes del mundo, que compartieron sus experiencias en torno a programas y políticas de promoción de la salud, centrados en cinco aspectos: creación de políticas públicas saludables, fortalecimiento de los recursos de salud comunitarios, creación de entornos favorables para la salud, aprendizaje y afrontamiento y reorientación de los servicios de salud (Kickbusch, 1986). De la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud surgió la Declaración conjunta que expresa la opinión consensuada sobre promoción de la salud, llamada la Carta de Ottawa.

La Carta de Ottawa (OMS, 1986 b), para la Promoción de la Salud fue adoptada por 112 participantes procedentes de 38 países y supone la síntesis de los enfoques orientados hacia las causas generales y particulares de la promoción de la salud, lo que la constituye el principal documento base que le da vida y contexto a la Promoción de la Salud.

En esta Carta se declara que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites” (OMS, 1986 b: 1).

Por otra parte, la Carta subraya la necesidad de incrementar las oportunidades a fin de que las personas puedan hacer elecciones saludables en temas específicos, para lo que debe proporcionarse información, educación para la salud y mejora de las capacidades aplicables a la vida cotidiana. Afirma además que “la política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos, si bien complementarios entre los que figuran la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos” (OMS, 1986 b: 2), y destaca el papel fundamental de la acción multisectorial al considerar que la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.

La Carta de Ottawa rechaza el enfoque de la educación para la salud tradicional, en el que la población desempeña tan sólo un papel pasivo como receptora de programas, y por el contrario exige una participación activa de la población, pues señala que: “las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud” (OMS, 1986 b: 3), lo que también se evidencia en la acción comunitaria que promueve la misma.

Con la Carta de Ottawa se definió la promoción de la salud y se establecieron las áreas de actuación. Posteriormente las siguientes conferencias sobre Promoción de la Salud, han trabajado sobre aspectos importantes de la misma. En la página de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se pueden consultar todos estos documentos: <http://www.ops.org>

-Carta de Otawa (1ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Canadá, 1986)

-Declaración de Adelaida (2ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Australia, 1988)

-Declaración de Sundswall (3ª. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Suecia, 1991)

-Declaración de Santafé de Bogotá (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Colombia, 1992)

-Declaración de Jakarta (4ª. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Indonesia, 1997)

-Declaración de México (5ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, México, 2000)

-Declaración de Bangkok (6ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Tailandia, 2005)

-Declaración de Nairobi (7ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Kenya, 2009)

2.1.3.3. DEFINICIÓN, PRINCIPIOS Y ÁREAS DE ACTUACIÓN

La promoción de la salud se definió como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo” (OMS, 1984: 2). Es un concepto que representa una estrategia mediadora entre la población y su entorno, que sintetiza la elección personal y la responsabilidad social y en la que se asume de entrada la salud como un todo, en sentido positivo.

Los cinco principios claves de la promoción de la salud (OMS, 1984) son:

-Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.

-Se centra en la acción sobre las causas de los determinantes de la salud, para asegurar que el ambiente que está más allá de control de los individuos sea favorable a la salud.

-Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

-Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.

-Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Las áreas de actuación u objetivos descritos en la Carta de Ottawa (OMS, 1986 b) para llevar a cabo las estrategias de promoción de la salud y recogidos ampliamente por Marqués (2001) fueron:

-Construir políticas públicas saludables: se insta a que la salud forme parte de los programas de acción de los políticos en todas las instituciones y en todos los sectores. Supone identificar e intentar corregir las barreras que impiden adoptar políticas saludables fuera del sector sanitario. Así, se deben desarrollar políticas que amplíen el espectro de las opciones más saludables y restringir aquellas que lo son menos.

-Crear ambientes que favorezcan la salud: la salud humana se construye sobre la forma en que tratamos a la naturaleza y a nuestro propio ambiente. Las sociedades que no tienen en cuenta los aspectos ecológicos acaban por sentir los efectos adversos en cuanto a problemas sociales y de salud. El trabajo y el ocio tienen un impacto claro en la salud, por eso la promoción de la salud debe crear condiciones de vida y de trabajo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y divertidas.

-Reforzar la acción comunitaria: las comunidades deben tener su propio poder y ejercer el control de sus propias iniciativas y actividades. Esto significa aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones a cualquier nivel.

-Desarrollar habilidades personales: a través de la información y la educación para la salud se pretende el desarrollo de las habilidades necesarias para lograr opciones de vida saludables tanto a nivel personal como a nivel social. Se facilita así un mayor control por parte de la gente sobre su propia salud y sobre el ambiente. Todo este proceso debe ser apoyado desde la escuela, el hogar, el lugar de trabajo y la propia comunidad.

-Reorientar los servicios de salud: debe atenderse a cambiar las actividades clínicas, que ocupan la mayor parte del tiempo de los profesionales por actividades de promoción y educación para la salud que implique a individuos, grupos comunitarios,

profesionales de la salud, personal auxiliar, administrativo, etc. Todos deben trabajar juntos reorientando el sistema hacia una asistencia que realmente tenga la salud como objetivo.

La aplicación de los principios en las diferentes áreas de actuación de la Promoción de la Salud, ha dado lugar al nacimiento de variadas formas de experimentar la promoción, unas más completas y en más sintonía con el carácter global de la Carta de Ottawa, y otras con una visión más cerrada sobre el tema, tal y como se verá a continuación.

2.1.3.4. MODELOS DE ACTUACIÓN

Siguiendo a Naidoo y Wills (1994), existen cuatro formas de concebir la promoción de la salud, que están ampliamente determinadas por los sectores y profesionales específicos que las practican. A partir de esta clasificación, Colomer y Álvarez hacen una aproximación a cada una de ellas:

“-Orientados hacia la prevención médica de las enfermedades: su objetivo es reducir la morbilidad y la mortalidad prematura. Suelen ser intervenciones médicas como la detección precoz de enfermedades e inmunizaciones.

-Orientados al cambio de conductas: pretenden que los individuos adopten conductas saludables, considerando que éstas son la clave para mejorar su salud. Parten de la concepción de la salud como algo propio de las personas, y consideran a éstas con capacidad para influir sobre ella.

-Orientados hacia el empoderamiento: tratan de ayudar a las personas a identificar sus necesidades y adquirir las habilidades y confianza en sí mismas que necesitan para actuar de manera efectiva en la promoción de la salud. Surgen y se construyen desde las propias necesidades y los principales protagonistas son las personas y las comunidades.

-Orientados hacia el cambio social: reconocen la importancia del entorno socio-económico en la salud, y se centran en el ámbito político o ambiental. Pretenden conseguir cambios en los aspectos económicos, sociales y del medio ambiente físico.” (Colomer y Álvarez, 2000: 35-36).

Podría decirse que de estos modelos, con la combinación de los dos últimos (empoderamiento y cambio social) se lograría un mayor impacto en los objetivos de la Promoción de la Salud, mientras que trabajando aisladamente los dos primeros (prevención y cambio de conductas) se correría el riesgo de seguir centrados en la enfermedad y en el nivel individual, lo que va en desacuerdo con la política y función social de la promoción de la salud.

La promoción de la salud se logra a través del autocuidado (decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud), de la ayuda mutua (acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras), y de los entornos sanos (condiciones que favorezcan la salud), y para lograr el objetivo se requiere un poco de todos estos modelos de actuación. Así, por un lado el modelo preventivo ayudaría a mitigar los riesgos, el modelo de cambio de conductas apoyaría desde la educación para la salud las labores de autocuidado, el modelo de empoderamiento llamaría a la activación y a la participación de la comunidad en sus procesos de salud, y finalmente el modelo de cambio social aportaría a la creación de entornos sanos a través de políticas públicas, esto por mencionar algún ejemplo de la incidencia de cada modelo.

De lo que se trata entonces es de trabajar coordinadamente, puede que desde un proceso de promoción de la salud no se puedan trabajar todos sus componentes, pero lo importante es saber que lo que se hace va en sintonía con esta nueva forma de ver la salud y sobre todo que se tiene la garantía de que al estar articulado a otros procesos, se hace parte de una cadena que en su totalidad puede lograr los objetivos definidos para este nuevo modelo que promueve la salud.

Lo importante es tener en cuenta que las opciones de estrategias y de acciones para promocionar la salud, son muy amplias y que todos pueden contribuir al logro de sus objetivos desde la posición en la que se encuentren. Así por ejemplo, como anotan Colomer y Álvarez: “es útil para los profesionales saber que el abanico existente es amplio, que en la práctica pueden encontrarse con situaciones diversas y que, aunque en muchas ocasiones las posibilidades de elegir entre ellas se hallan limitadas por el puesto de trabajo que se desempeñe, siempre es posible introducir pequeñas modificaciones que reoriente el trabajo hacia estrategias más cercanas a los principios de promoción de la salud” (Colomer y Álvarez, 2000: 41).

Y para apuntarle al cumplimiento de estas estrategias, sea cual sea, y en función del área en la que se trabaje, se han ido consolidando unos métodos propios para trabajar la promoción de la salud.

2.1.3.5. MÉTODOS

En esta sección se analizan algunos de los métodos más empleados, a la hora de trabajar cada una de las áreas de actuación definidas para la Promoción de la Salud. Si bien, existen muchos más, los cinco elegidos son de gran importancia en la medida en que, por un lado son los más utilizados, y por otra cubren el espectro total de las áreas de actuación. Estos métodos han sido la base para la creación de otros métodos más actuales, y la combinación de los mismos resulta de gran impacto en una estrategia global de Promoción de la Salud, eso sí, sin dejar de reconocer que en algunos escenarios y programas, por sus características, son más utilizados unos que otros.

2.1.3.5.1. Educación para la salud:

Se puede decir que es el método más antiguo y el más utilizado. Incluso en muchos escenarios se equipara promoción de la salud y educación para la salud, lo importante de ello es distinguir que la educación para la salud es uno de los tantos métodos que contribuye con la promoción de la salud, no es el único, pues la educación para la salud por sí sola no logra abarcar todo el marco de acción de la promoción de la salud.

También es cierto que en la historia de la promoción de la salud se concibe que ésta nació desde la educación sanitaria que se venía dando dentro de las funciones de salud pública en el siglo XX. Incluso desde esta perspectiva histórica, los ámbitos de la Educación para la Salud se polarizaron desde sus orígenes en torno a las enfermedades y su prevención, y así sus objetivos se orientaban a disminuir los factores de riesgo o aumentar los factores de protección (prevención primaria), a detectar tempranamente los problemas de salud y a facilitar cambios de conducta que permitieran el tratamiento de enfermedades (prevención secundaria), y a recuperar la salud y evitar recaídas (prevención terciaria).

Pero esta perspectiva conservadora y restringida, basada en el ámbito de la enfermedad y su prevención, se vio cuestionada con la aparición del concepto de salud positiva. Así se dio paso a un modelo educativo centrado en la capacitación, potenciación o competencia (Albee, 1980; Costa y López, 1986) de los recursos personales y comunitarios, que pretende promover cambios, no por coerción, sino por la elección informada. Como anotan Costa y

López: “la Educación para la Salud puede llegar a ser causa y efecto de una mayor ilustración de la gente en materia de salud, puede llegar a ser causa y efecto también de una mejora de la calidad de los servicios, y por último puede facilitar unas relaciones más igualitarias y menos dependientes entre proveedores de servicios y consumidores y clientes de los mismos” (Costa y López, 1996: 40). Por eso, esa visión amplia de la educación para la salud, es la que actualmente se compagina con la visión positiva de la promoción de la salud.

Los objetivos de la Educación para la salud están orientados a capacitar y responsabilizar a las personas en la toma de decisiones que afectan su salud. Por eso es importante además de informar, persuadir y estimular, pues para lograr cambios en los comportamientos es necesario que las personas se interesen por el análisis de la información facilitada y participen activamente en el proceso de aprendizaje (Aibar, 2000).

Las características de la educación para la salud son (Marqués, 2001):

- es un proceso paralelo a cualquier otra intervención sanitario y/o educativa
- es un conjunto de aprendizajes que contemplan tres aspectos diferentes: información, desarrollo de aptitudes positivas y promoción de hábitos y comportamientos saludables.
- ha de promover la responsabilidad individual y colectiva para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y consecuencias
- debe aumentar la capacidad de interrelación

Los ámbitos donde se realizan las actividades de Educación para la Salud son muy amplios, y abarcan desde los servicios de salud, pasando por la

escuela y los lugares de trabajo, hasta llegar incluso a los medios de comunicación.

2.1.3.5.2. Grupos de ayuda mutua

El primer grupo de ayuda mutua reconocido como tal nace en Estados Unidos en 1935 y sus integrantes buscaban darse apoyo para dejar la bebida: Alcohólicos Anónimos. Hoy en día este grupo es mundialmente reconocido, cuenta con grupos similares en muchos países, y su base de acción y funcionamiento permitió el nacimiento de muchos otros grupos de ayuda mutua en otras áreas y en otros temas.

En muchas ocasiones se les ha nombrado como grupos de autoayuda, pero vale la pena diferenciar estos dos tipos de grupos, pues mientras la autoayuda se aplica a la ayuda que puede darse uno a sí mismo o los miembros de un grupo entre sí, la ayuda mutua es una práctica de intercambio que se establece entre dos o más personas y que repercute muy positivamente sobre quienes la realizan (Roca, 2000). Aquí se hace hincapié en los grupos de ayuda mutua, que para el caso de la salud pueden llegar a realizar grandes contribuciones.

Los grupos de ayuda mutua son estructuras voluntarias de pequeños grupos para ayudarse mutuamente y para el logro de un determinado propósito. Están formados generalmente por iguales que han venido a buscar mutua asistencia para satisfacer una necesidad común o para superar un hándicap común o un problema vital, aportándoles además un cambio social y/o personal deseado (Katz y Bender, 1976).

Para el caso de la salud se les ha denominado “modelo social de salud” puesto que contemplan a la persona de una forma integral, en sus dimensiones física, emocional y social (Branckaerts, Gielen y Nulkers, 1986), permitiendo la comprensión por parte de las personas de un determinado problema, a la vez que sensibiliza a la comunidad sobre el mismo.

Los grupos de ayuda mutua pueden tener muchos objetivos. Roca los clasifica en cinco:

“-para mejorar la información que se tiene de un problema propio, mejorar los conocimientos sobre ese problema e intercambiar experiencias.

-para crear servicios útiles para el propio grupo, cuando no existen recursos institucionales para el problema que se plantea.

-para llevar a cabo actividades sociales y recreativas que permitan salir de casa y encontrarse con otras personas.

-para dar apoyo emocional a aquellas personas que están pasando por una crisis personal.

-para desarrollar presión social y conseguir mejoras por parte de la Administración para su colectivo” (Roca, 2000: 82-83).

Muchos grupos de ayuda mutua han nacido impulsados por los profesionales, como el caso de muchos médicos que han animado a sus pacientes a que den inicio a un grupo determinado, según sus intereses y condiciones. Esto se da a partir del hecho de que los grupos de ayuda mutua en el sector salud, son una ganancia tanto para las personas que los integran, como para los profesionales y los programas (quienes encuentran en ellos una forma de complementar su acción).

2.1.3.5.3. Participación comunitaria:

La participación comunitaria es un tema que se puso sobre la mesa, sobre todo, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a hablar de ella como requisito para alcanzar los objetivos de salud (nuevo concepto, positivo y holístico).

El verbo participar procede del latín *participare* que significa tomar parte. Así, la participación comunitaria se configura como un proceso social en que grupos específicos, que presentan necesidades compartidas y que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para conseguir satisfacerlas (Rifkin, Muller y Bichmann, 1988).

En términos generales, los protagonistas habituales de la participación en promoción de la salud son:

“-personas que trabajan como profesionales: deben reorientar su trabajo de manera que faciliten la incorporación de las personas, grupos, organizaciones y diferentes sectores sociales relacionados con las actuaciones que se lleven a cabo.

-personas responsables de las políticas de salud y de la planificación y gestión de servicios: deben facilitar la participación mediante leyes y normativas, así como la reorientación de los servicios en cuanto a estructuras, funciones y métodos de trabajo.

-ciudadanos y ciudadanas: deben participar en todas aquellas actuaciones en que estén implicados, bien sea individualmente o a través de grupos o asociaciones” (Covadonga y Colomer, 2000: 90).

Siguiendo a Covadonga y Colomer (2000), las principales ganancias que se adquieren con la participación en salud se resumen en cobertura (mayor apoyo a los servicios y programas de salud por parte de la población, e

incremento en el número de beneficiarios potenciales), eficiencia (coordinación y mejor utilización de los recursos existentes para la participación de la comunidad en las labores de planeación, monitorización y evaluación), efectividad (acordar las prioridades, las metas y las estrategias refuerza los conocimientos, habilidades y recursos sociales), y la equidad (mejor acceso a los servicios y a la información por parte de grupos o grupos con dificultades).

En todo programa de salud, por pequeño que parezca, siempre existirán formas de lograr una verdadera participación no sólo de los profesionales que lo gestionan, sino y lo más importante, una participación comunitaria, en donde tienen un papel muy importante esos profesionales al ayudar a gestionarla, garantizarla y utilizarla para el beneficio del proceso.

2.1.3.5.4. Marketing social:

Puede agruparse bajo el concepto de marketing social el diseño, ejecución y control de programas pensados para influir en la aceptabilidad de ideas sociales, incorporando la consideración correcta del producto, precio, distribución, comunicación e investigación del mercado (Kotler y Zaltman, 1971).

Uno de los errores más recurrentes a la hora de hablar de marketing social es pensar que éste equivale a la publicidad, es decir, que se promueven ideas o prácticas sociales mediante campañas de comunicación masiva, sin tener en cuenta otras variables importantes en el proceso de intercambio. Esta mirada enfocada en la publicidad arrojó durante muchos años respuestas parciales y en muchos casos sin ningún impacto, lo que ha llevado a

comprender de nuevo el significado del marketing social como una combinación de varios procesos (no sólo la publicidad) para acercar, familiarizar, y concienciar a un determinado grupo social sobre la adopción de un producto o idea social.

Por eso se plantea que el marketing social (o mercadotecnia social) es la aplicación de los principios del mercadeo a programas sociales. “Es un proceso social que implica el desarrollo de programas para incrementar la aceptación de ideas o prácticas en un grupo diana, y por ello es utilizado de forma sistemática en la solución de problemas de salud, la promoción de conductas saludables, así como de utilización adecuada y racional de los servicios de salud” (Suárez, 2011: 108).

El marketing social como estrategia para cambiar las conductas “combina los mejores elementos de los planteamientos tradicionales de cambio social con una planificación integrada y un marco de acción, utilizando tanto los avances en la tecnología de las comunicaciones como en las habilidades del marketing.” (Grimaldi, 2000: 104). De aquí que el proceso para desarrollar efectivamente una estrategia de marketing social incluya elementos tan importantes como el análisis del entorno y de la población con la que se trabajará, la concreción del producto o bien que se requiere de acuerdo con los problemas y/o las oportunidades de esa población, el diseño de la estrategia y no olvidar después de ponerla en práctica, controlarla y evaluarla.

Existe así una gran variedad de acciones que pueden entrar a hacer parte de una estrategia de marketing social como las campañas en medios masivos, charlas educativas, acciones con líderes, o el contacto cara a cara,

pero la selección de las mismas y sus características de utilización, dependerán del análisis y construcción de la propuesta. De aquí parte que las estrategias de marketing social se fundamenten también en el análisis y relación de las “cuatro P” del tradicional marketing (Grimaldi, 2000).

2.1.3.5.5. Abogacía en medios de comunicación:

La abogacía en los medios de comunicación es un proceso en el que a través de los medios se defienden iniciativas sociales o políticas. Desde los años ochenta, ha sido utilizada para promover los objetivos de la salud pública; es una apuesta donde se utilizan los medios para promover la salud. “Es un esfuerzo destinado a devolver el poder a la comunidad y cultivar su capacidad para ampliar y difundir su voz. En lugar de ofrecer al individuo mensajes para que cambie su comportamiento, ofrece a los grupos la posibilidad de presentar a la población sus alternativas para una política saludable. Su objetivo fundamental es corregir la falta de poder, más que la falta de información” (Wallack, 1994: 310).

El éxito de una estrategia de abogacía en medios, depende en gran medida del arraigo de la propuesta en la comunidad, pues los medios de comunicación sienten una gran responsabilidad hacia la comunidad en que se encuentran y por tanto se interesan por los deseos y luchas de la misma.

Wallack (1994) considera que la abogacía social tiene 3 funciones: utilizar los medios de difusión para llamar la atención sobre un tema y hacer que éste salga a la luz, mantener el tema bajo el foco y centrarse en las causas

que lo producen (crearle un marco), y proponer iniciativas sociales o públicas para mejorar los entornos.

Aunque la abogacía en medios parece a simple vista una tarea difícil, y muchas personas que trabajan en procesos de promoción de la salud la vean como una tarea que escapa a sus responsabilidades y/o alcances, desde la activación de otros métodos como la participación comunitaria, los grupos de ayuda mutua o la educación para la salud, se puede lograr la activación de ésta.

2.1.3.6. ENTORNOS

Los proyectos y programas de Promoción de la Salud se dan en muchos escenarios, en una gran variedad de grupos, y sus planteamientos, de forma y de fondo, dependen en gran medida de quienes los plantean. Colomer y Álvarez (2000) identifican tres puntos de partida a la hora de estructurar un programa de Promoción de la Salud:

- conducta específica (alimentación, consumo de drogas...)
- grupo social (mujeres, ancianos...)
- entorno (ciudad, colegio, lugar de trabajo...)

Y aunque es válido partir de cualquiera de estas clasificaciones, pues en todas se puede lograr un trabajo amplio y coordinado de promoción de la salud, muchas experiencias se han decantado por la clasificación de entornos, al considerar que a partir de ella se puede tener un marco de acción más amplio, en el que se logra involucrar una mayor cantidad de agentes para establecer

políticas intersectoriales. Así por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud ha planteado sus proyectos basados en entornos.

En la actualidad es común escuchar hablar de una amplia clasificación de programas de promoción de la salud por entornos, los que cuentan incluso con un marco legal establecido. Así son comunes entornos como las escuelas saludables, colegios saludables, universidades saludables, centros de salud saludables, hospitales saludables, empresas saludables y ciudades saludables. Incluso se empiezan a abrir escenarios más específicos para la promoción de la salud como los centros penitenciarios saludables o los hogares saludables.

A continuación se profundiza en los Centros de Salud Saludables, al constituirse en punto de interés para esta investigación por tratarse de la filosofía que inspira a los Centros de Madrid Salud, donde se desarrollan el trabajo práctico de la presente tesis.

2.1.3.6.1. Centros de Salud saludables:

Los centros de salud empezaron a desarrollarse en el mundo a partir del siglo XX y adquirieron una gran importancia a partir de la Declaración de Alma – Ata (OMS, 1978) sobre Atención Primaria de Salud, pues se les consideró de gran utilidad en este nuevo modelo. Y aunque han adoptado variadas formas y han acogido diversas funciones, su esencia a nivel mundial sigue estando compaginada con los principios de Alma Ata como escenarios donde se tiene un mayor contacto con la comunidad y donde se desarrollan labores, más que de curación, de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

Hablar de un centro de salud saludable se refiere a “un espacio abierto a la comunidad, capaz de proyectar, a través de sus profesionales, valores de prevención, promoción, autocuidado, asistencia personalizada, cuidados asistenciales, atención social, cuidados paliativos domiciliarios, apoyo, ayuda y consejo en relación con los conflictos de la salud y la enfermedad” (Galindo, 2000: 121).

Existe un ejemplo de centro de salud muy conocido en el medio sanitario: el centro Peckham (Londres), que durante varios años, a partir de su inauguración en 1935 constituyó un referente en el tema. Desde la parte física el centro contaba con paredes de cristal que lo hacían alegre, tenía piscina, gimnasio y amplios salones para actividades como la danza. Desde su base conceptual se había concebido para población esencialmente sana y para todas las edades, con acceso voluntario. Tuvo un equipamiento inicial de un piano, unos cuantos libros, y una sala de billar y juguetes para los niños, el resto fue modelado por los usuarios que se apropiaron del espacio. La utilización del centro y de su equipamiento daba derecho a una serie de servicios educativos y de bienestar. Durante la guerra fue utilizado como fábrica de municiones y hoy en día aunque existe, ya no tiene su filosofía inicial. (Ashton y Seymour, 1990).

El centro Peckham fue un espacio que ayudó a su comunidad a encontrar herramientas y conocimientos para mejorar su propio entorno y mejorar su salud, combinando oferta de servicios médicos (cuidados pre y postnatales, planificación familiar...), con instalaciones deportivas, actividades sociales y productivas (como una granja – huerta que ayudaba a mejorar la nutrición de los habitantes). Este centro fue el modelo para los centros de vida

saludables desarrollados años más tarde en Gran Bretaña y uno de los programas de medicina comunitaria que influenció el movimiento de salud comunitaria en todo el mundo.

El centro de salud será saludable o no en la medida en cómo se conciba, lo que permitirá que tanto profesionales que trabajen en él como usuarios, puedan desplegar una labor que lo convierta en un verdadero espacio para promocionar la salud desde sus diversas facetas.

2.1.3.7. APUNTES FINALES

A medida que la promoción de la salud ha ganado terreno y protagonismo, ha sido fuente de críticas. Algunas han estado relacionadas con sus métodos, pues para muchos resultan ajenos a la tradición experimental y cartesiana de la medicina; este debate tiene una base más amplia en la interpretación de la salud desde las ciencias biológicas y las ciencias médicas. Muchas más han sido las críticas en relación con la ausencia de evaluaciones, la no aplicación del método experimental y la falta de indicadores confiables de mejora sustancial en el estado de salud de las poblaciones, que han originado críticas a los resultados de los programas (Colomer y Álvarez, 2000). Lo que demuestra esto, es que todavía existe una gran predisposición por parte de muchos profesionales en aceptar los procesos sociales que implica la promoción de la salud, y por tanto sus sistemas de trabajo y medición cualitativo; pero también es cierto que falta una mayor sistematización de las experiencias y publicación de los aprendizajes.

La promoción de la salud es la política más innovadora y amplia que se tiene sobre la salud, lo que la convierte a la vez en la más difícil de aplicar, además es una política joven y que para su proceso de maduración requerirá de muchas más experiencias y de muchos más trabajos documentados. Pero “las muertes prevenibles, tanto por responsabilidad individual como por responsabilidad pública, sustentan el empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive el hombre, para que pueda obtener una mayor calidad de vida, y por ende una mejor salud” (Suárez, 2011: 104), un desarrollo del pensamiento desde la promoción de la salud.

Otro asunto muy importante, tiene que ver con el modelo de colaboración intersectorial establecido a partir de la promoción de la salud. La salud entendida desde sus determinantes abrió la puerta a nuevos campos de acción, y a la vez a nuevas ciencias para que contribuyan a alcanzar los objetivos (es la única forma de lograrlo). Así, “la salud no está exclusivamente ligada al saber de la Medicina. Los sanitarios poseen una parte importante de ese saber, pero no el único” (Limón, 2009: 64). Además, “las nuevas concepciones de la salud y sus políticas han implicado el surgimiento de un nuevo paradigma, y estos nuevos paradigmas requieren del concurso de nuevas disciplinas” (Suárez, 2011: 103).

Finalmente, es preciso centrarse en un aspecto de mucha relevancia en este cambio de modelo: la participación comunitaria. Aunque ya se habló de él como uno de los métodos de la promoción de la salud, no se debe perder de vista que en este nuevo sistema donde la curación y la prevención se compaginan con la promoción, se requieren de procesos más flexibles y

bidireccionales con las personas que se atienden. Se trata de cambiar la tradicional mirada de los pacientes como consumidores a una función más activa como coproductores. Y se debe recordar que “la participación no puede existir sin toma de conciencia, participa solamente quien es consciente de la necesidad de su participación. Para que la participación sea más efectiva, se requiere de un doble aprendizaje: la administración tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad.” (Ruiz y Aguilar, 2010: 64).

La promoción de la salud cuenta con una base que le permite tener un contexto para su desarrollo, y aunque amplio y ambicioso, es el modelo deseado que debe adoptar la salud y quienes trabajan en y por ella. Pues como ya lo decía Kickbusch en el discurso inaugural de la 77ª. Conferencia anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública sobre Promoción de la Salud: “Espero que algún día los historiadores del futuro alaben nuestras sociedades tanto por nuestra habilidad para promocionar la salud como por nuestra capacidad para curar la enfermedad o, en otras palabras, por haber creado una sociedad experta, en su conjunto, tanto en curar como en conservar el bienestar” (Kickbusch, 1986: 24).

El siguiente subcapítulo se dedica a la Atención Primaria de Salud (APS), como un modelo, que concibe a la Promoción de la Salud como uno de sus pilares fundamentales. Así, en muchos países que trabajan con el modelo de APS, las principales labores de promoción de la salud están bajo su responsabilidad.

2.1.4. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD - APS

2.1.4.1. CONTEXTO

Teniendo en cuenta que durante el siglo XX se habían dado grandes cambios en la concepción de la salud, especialmente a partir de la reformulación de su concepto por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), y que existían nuevas demandas para este sector, nacientes de nuevas enfermedades producidas por otros determinantes aún no estudiados (pero que ya se conocían y se postulaban que debían ser incluidos en el campo de la salud), era normal y esencial pensar en una reestructuración de los sistemas de salud, en su concepción, en sus objetivos y sus estructuras.

Hubo cuatro factores que durante los años sesenta y setenta motivaron a un cambio en el enfoque de los servicios de salud :

“-La consideración de la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

-El reconocimiento del derecho a la salud de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política y condición económica o social.

-El reconocimiento de que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar que una salud integral (no solo curativa) cubra a todos los ciudadanos.

-El reconocimiento de que la asistencia de salud, basada sobre todo en la especialización, es incapaz por sí sola de llevar a cabo estos cometidos, y que la base fundamental para conseguir estos objetivos es una asistencia primaria de salud desarrollada y coherente” (Romera, 1996: 290).

La baja cobertura de los sistemas, los altos índices de morbimortalidad en los países pobres y en desarrollo, las desigualdades en la prestación del servicio, y la baja implicación de la comunidad en los temas de salud, eran señales de las deficiencias que presentaba el sistema mundial de salud, y que

mostraban a la vez la escasa importancia del tema en las agendas políticas de los gobiernos y la mirada tan sesgada que se tenía sobre el tema.

Estas preocupaciones por las nuevas demandas para la salud, llevó a que en la XXX Asamblea Mundial de la Salud se señalara que la meta social más importante de los estados miembros de la OMS en el sector de la salud era conseguir que en el año 2000 todos los ciudadanos del mundo alcanzaran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva (OMS, 1977). Este objetivo, aunque pretencioso, se empezó a trabajar en todos los países miembros, y de manera conjunta se creó un marco para llevarlo a cabo a través de hechos como: la Conferencia de Alma –Ata (OMS, 1978) que señaló a la Atención Primaria de Salud como la clave para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000; La XXXII Asamblea Mundial de la Salud de 1979 que ratificó la Declaración de Alma- Ata, e instó a los Estados miembros a formular y poner en ejecución estrategias nacionales, regionales y globales; y la LVIII Asamblea de Naciones Unidas de 1979, que reafirmó la concepción de la salud como parte integral del desarrollo y acogió igualmente las recomendaciones de Alma – Ata.

2.1.4.2. UN MARCO LEGAL: LA DECLARACIÓN DE ALMA - ATA

Teniendo como fundamento la necesidad urgente de todos los gobiernos, de proteger y promover la salud de todos los pueblos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), y bajo el objetivo de lograr “la salud para todos en el año 2000”, convocaron a 134 naciones de todo el

mundo a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Este evento tuvo lugar en Alma – Ata (República de la Antigua Unión Soviética) en 1978.

Partiendo del estudio de varios casos aislados, que operaban bajo una dinámica distinta en salud en cuanto a la organización de su sistema, al papel de los profesionales y las comunidades y a los enfoques preventivos y de promoción (entre ellos casos de países como China, Tanzania, India y Cuba), la Conferencia de Alma – Ata se convirtió en un escenario para discutir las necesidades que debían resolverse, a través de una reorganización de los sistemas de salud a nivel global, para responder a las demandas actuales, que exigían abandonar los modelos centrados en la enfermedad (especialmente la tradicional asistencia ambulatoria que se venía dando en casi todos los países), y los esfuerzos casi totalitarios en perfeccionar sus medios diagnósticos y terapéuticos.

La Conferencia de Alma –Ata se convirtió en la fuente de inspiración para reformar los sistemas de salud y la práctica de la asistencia sanitaria, gracias a las estrategias que en materia de salud, se esperaba desarrollaran todas la naciones y que fueron consignadas en la Declaración de Alma – Ata (OMS, 1978).

Esta Declaración, que aún está vigente como la carta de navegación para cambiar los sistemas de salud hacia un modelo de Atención Primaria de Salud, consta de diez puntos en los que se sintetiza la base filosófica y estructural de un nuevo modelo, que los países miembros habrán de amoldar a sus situaciones propias. Así: “Alma –Ata se extiende por el mundo provocando

transformaciones presupuestarias, transformaciones en la formación de los profesionales y lo que es aún más importante, transformaciones en las políticas sanitarias” (Romera, 1996: 291).

En la actualidad, la mayoría de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud han acogido la propuesta y han fundamentado sus sistemas de salud en Atención Primaria (o por lo menos así lo describen en sus documentos legales), otra cosa es ver qué tan en sintonía están con la filosofía de la Declaración de Alma – Ata.

2.1.4.3. DEFINICIÓN Y ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

Como consta en la Declaración de Alma-Ata, la Atención Primaria de Salud es “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, de la familia y de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar”(OMS, 1978: 1). Además se anota que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud.

Según Vuori (1984), se puede interpretar este concepto a través de cuatro vías:

- Como un conjunto de actividades (áreas de actividades fundamentales: educación sanitaria, provisión de alimentos y nutrición adecuada, abastecimiento suficiente de agua potable, asistencia materno infantil, inmunización, prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas locales, tratamiento apropiado de las enfermedades comunes incluyendo la promoción de la salud mental, y el suministro de medicamentos esenciales).

- Como un nivel de atención (su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud).

-Como una estrategia de organización de los servicios sanitarios (la necesidad de que éstos deban ser diseñados y coordinados para poder atender a toda la población).

-Como una filosofía (implica el desarrollo de un sistema sanitario que se caracterice por la equidad, la autorresponsabilidad y la aceptación de un concepto de salud integral).

Y aunque en muchos espacios puede que la Atención Primaria de Salud (APS) represente sólo un conjunto de actividades o un nivel de atención (importantes también), la mejor interpretación de este concepto conlleva a que se tome como filosofía del modelo sanitario (para todas las acciones que se piensen en materia de salud, y no sólo en un nivel o con actividades aisladas), lo que implica a la vez una nueva organización de los servicios. Así, y teniendo como filosofía la APS, el nuevo sistema debería tener las siguientes características:

“-Integral: considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.

-Integrada: que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

-Continuada y permanente: a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo...), y en cualquier circunstancia (consulta, urgencia, seguimiento...).

-Activa: los profesionales deberán promover la participación en salud de la población, trabajando dinámicamente en la promoción y en la prevención y poniendo especial énfasis en la educación para la salud.

-Accesible: los ciudadanos no deben tener dificultad para tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios.

-Basada en el trabajo en equipo: equipos multidisciplinares de atención en salud, integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.

-Comunitaria y participativa: atención a los problemas de salud colectivos y basada en la participación activa de la población” (Romera, 1996: 295).

La resignificación del concepto de salud desde una mirada biopsicosocial hace que los nuevos sistemas basados en el modelo de APS abandonen las estructuras centradas en las enfermedades. Esto ha posibilitado un giro hacia un enfoque más comunitario de la atención a la salud, como extensión de los horizontes tradicionales del profesional sanitario, desde los estrictamente clínicos hasta los aspectos comunitarios de la atención, que permiten trabajar con las comunidades y las familias para promover la salud (Foz, Pañella, Martín y cols, 1991).

2.1.4.4. OBJETIVOS Y FUNCIONES

La transformación del tradicional modelo asistencial, a un modelo de Atención Primaria de Salud, conlleva cambios en los fines, en las estructuras, funciones y acciones que se desarrollan en un sistema de salud. Vouri (1984), hace una comparación de ellos en relación con la clásica asistencia sanitaria:

Tabla 3: Comparación entre Asistencia Sanitaria y Atención Primaria

	Asistencia Sanitaria	Atención Primaria de Salud
Objetivos	-Enfermedad -Curación	-Salud -Prevención -Cuidado
Contenido	-Tratamiento -Cuidado ocasional -Problemas específicos	-Promoción de la salud -Cuidado continuo -Cuidado global
Organización	-Especialistas -Médicos -Práctica individual	-Médicos generales -Otros profesionales -Trabajo en equipo
Responsabilidad	-Sector sanitario aislado -Dominio profesional -Recepción pasiva de los cuidados	-Colaboración intersectorial. -Participación comunitaria -Autorresponsabilidad.

Elaboración propia a partir de Vouri (1984)

Las funciones de un modelo de Atención Primaria pueden llegar a ser muy amplias, si se tiene en cuenta que deben abarcar todos los procesos de un sistema de salud, que van desde la promoción de la salud hasta los procesos de rehabilitación después de la enfermedad. Esta mirada, que es la llamada a aplicar, tiene en cuenta los principios de la Atención Primaria en todos los escenarios y momentos del sistema. Y aunque deba hacer un trabajo coordinado en todos ellos, las labores de promoción de la salud destacan dentro de los modelos de APS por su inclinación hacia la salud holística y positiva tan necesaria en los nuevos sistemas de salud, como espacios verdaderamente en función de la salud (modelo salutogénico).

Para finalizar este capítulo, se analiza el Sistema Nacional de Salud de España, principal ente a nivel nacional que se encarga de la organización y de la prestación de servicios de salud, y que se constituye en el marco de referencia para el trabajo de campo de la presente tesis, pues al centrarse esta investigación en Promoción de la Salud es el Sistema Nacional de Salud quien orquesta las acciones en este sentido a nivel nacional.

Según la organización del Sistema, las tareas de salud pública y de promoción de la salud, son el resultado de las acciones emprendidas desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y los Departamentos de Salud Pública de cada Comunidad Autónoma y cada Municipio. Es por eso que teniendo en cuenta las competencias del orden Autonómico y Municipal, en especial las referidas a Salud Pública (dentro de las que se encuentra la Promoción de la Salud), el trabajo de campo de la tesis se focaliza en las acciones emprendidas en promoción de la salud por el organismo autónomo Madrid Salud, quien desarrolla estas tareas a nivel del Municipio de Madrid.

Las posibles duplicidades en las funciones de promoción de la salud entre las acciones emprendidas por el Municipio de Madrid (desde Madrid Salud), y las desarrolladas desde la Comunidad Autónoma de Madrid (con otros programas y desde los Centros de Atención Primaria), es un asunto que ya cuenta con varios debates (Segura del Pozo, 2012) y que se verá reflejado en el desarrollo del trabajo de campo de esta tesis, sobre todo ante la situación actual de crisis donde se tienden a recortar estos servicios.

2.1.5. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN ESPAÑA

2.1.5.1. GENERALIDADES

El artículo 43 de la Constitución Española establece el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, a través de:

“-Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.

-Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.

-Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.

-Prestación de una atención integral de salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

-Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 8).

El Sistema Nacional de Salud en España funciona de forma descentralizada, donde cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de

Salud (estructura administrativa y de gestión) para la sanidad. La Administración del Estado (a través del Ministerio de la Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) ejerce una coordinación general del Sistema a través de la fijación de medios que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el órgano de coordinación, cooperación y encuentro entre la Administración Pública Sanitaria central y las Administraciones Autonómicas y está integrado por el Ministerio de la Sanidad y por los consejeros de la Sanidad de cada una de las comunidades autónomas. Su principal finalidad es promover la cohesión del Sistema Nacional a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado.

“La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles: cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud. La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada comunidad autónoma” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 16).

La tabla 4 resume las competencias de las administraciones públicas en materia de salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 8).

Tabla 4: Competencias de las Administraciones Públicas en materia de Salud en España

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD		
ADMINISTRACION DEL ESTADO		<ul style="list-style-type: none"> -Bases y coordinación de la sanidad a nivel nacional -Sanidad exterior (vigilancia y control de riesgos derivados del tránsito de mercancías y viajeros) -Política del medicamento (legislación y regulación de los productos farmacéuticos). -Gestión de la Sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla. -Control del medio ambiente y de alimentos, fomento de la calidad del Sistema , formación sanitaria especializada y establecimiento de Sistema de Información del Sistema Nacional (funciones en coordinación con las Comunidades Autónomas)
COMUNIDADES AUTÓNOMAS		<ul style="list-style-type: none"> -Planificación Sanitaria -Salud Pública -Gestión Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013)

2.1.5.2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

El Sistema Nacional de Salud se organiza a través de dos escenarios:

- Atención Primaria

- Atención Especializada

La Atención Primaria es el nivel básico del Sistema y a la que están encomendadas las tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sus principales escenarios son los Centros de Salud, donde trabajan equipos multidisciplinares entre los que se encuentran médicos de

familia, pediatras, personal de enfermería, trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas y personal administrativo, entre otros.

Por su parte, la Atención Especializada se presta en Centros de especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global.

La siguiente tabla resume las principales diferencias entre los dos escenarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013):

Tabla 5: Diferencias entre Atención Primaria y Atención Especializada en España

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
CARÁCTERÍSTICAS	-Accesibilidad	-Complejidad técnica
ACTIVIDADES	-Promoción de la salud y prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	-Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
ACCESO	-Espontáneo	-Por indicación de los facultativos de Atención Primaria
DISPOSITIVO ASISTENCIAL	-Centros de Salud y consultorios locales	-Centros de especialidades y hospitales
RÉGIMEN DE ATENCIÓN	-En el Centro y en el domicilio del ciudadano	-De manera ambulatoria o con internamiento

Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013)

Pero además de estos dos escenarios, la cartera de servicios básicos comunes a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud comprende también (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013):

- Salud pública para preservar, proteger y promover la salud de la población.

- Atención de urgencia.

- Prestación farmacéutica.

- Prestación ortoprotésica.

- Productos dietéticos.

- Transporte sanitario.

- Servicios de información y documentación sanitaria.

2.1.5.3. DATOS IMPORTANTES DEL SISTEMA

A 2010, según el último informe publicado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010) algunos de los datos más relevantes del Sistema Nacional de Salud y que interesan para el desarrollo de esta tesis son:

- Se cuenta con 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios locales a los que se desplazan los profesionales del centro de salud de la zona con el fin de acercar los servicios básicos a la población.

- En los centros asistenciales públicos dedicados a la atención primaria de salud trabajan 34.126 médicos (27.911 médicos de familia y 6.215 pediatras, 27.433 enfermeros y 21.606 personal no sanitario). La tasa de médicos del primer nivel asistencial por 10.000 habitantes es de 7,5.

- En el Sistema Nacional de Salud se atienden más de 273 millones de consultas médicas al año en Atención Primaria, llegando a 300 millones si se cuenta la

atención a urgencias fuera del horario ordinario y más de 406 millones si se consideran además las actividades de enfermería.

-El gasto sanitario público, incluyendo gasto de cuidados de larga duración, es de 63.768 millones de euros, lo que supone un 71,8% del gasto sanitario total del país, que asciende a 88.828 millones de euros. El gasto sanitario público representa el 6,1% del PIB y supone un gasto por habitante de 1.421 euros. Del total del gasto sanitario público el 54,0% se dedica a los servicios hospitalarios y especializados, el 19,8 a la prestación farmacéutica, el 15,7% a la atención primaria de salud y el 1,4% a los servicios de salud pública (aunque las actividades de promoción y prevención se realizan básicamente a través de la red de Atención Primaria y no están contabilizadas de manera específica).

-La tasa bruta de mortalidad sitúa a España en casi 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. La mortalidad por enfermedades cardiovasculares, primera causa de muerte en España, representa el 32,2% del total de defunciones (para los hombres principalmente las enfermedades isquémicas del corazón y para las mujeres las enfermedades cerebrovasculares). La segunda causa de muerte corresponde a los tumores con un 26% del total (en las mujeres el cáncer de mama es el más significativo y en los hombres el cáncer de bronquios y pulmón). El tercer grupo de causa de muerte se le atribuyen a las enfermedades del sistema respiratorio.

-En cuanto a hábitos de vida, el consumo de tabaco, alcohol junto con el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para un amplio número de enfermedades y problemas de salud en España. Un 21,5% de las mujeres mayores de 16 años se declaran fumadoras diarias frente al 31,5% de los hombres. La población (de 16 años en adelante) que dice haber consumido alcohol durante los últimos 12 meses se sitúa en un 68,6%. Entre la población de más de 18 años, el 15,4% presenta obesidad y un 37,1% sobrepeso; en población infantil, de 2 a 17 años, la obesidad se sitúa en el 9,4% y el sobrepeso en el 19,2%. El 60% de la población (de más de 16 años) considera que no realiza todo el ejercicio físico deseable.

Claro está, que estos datos han podido variar en los dos últimos años (2011-2012) con la situación de crisis que vive el país. Sobre estos dos años no se encontró el registro oficial, ni los informes respectivos y según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, está próximo a publicarse el informe de 2011.

2.1.5.4. CRISIS DEL SECTOR SANITARIO

Ahora bien, la crisis económica que afecta al mundo y en especial a países como España, ha tocado en gran medida al sector sanitario. Desde que empezó la crisis económica se agudizó aún más la situación por la que venía

atravesando el sector, en la que la Sanidad Pública se empezó a colapsar ante hechos como las interminables listas de espera y los aumentos en el gasto farmacéutico.

Con la llegada de la crisis económica a España se empezaron a dar una serie de recortes en el Sector Sanitario, dentro de los que se destacan medidas como el copago farmacéutico, el pago por parte de los usuarios de las prótesis ambulatorias y el transporte sanitario no urgente, la no atención a los inmigrantes indocumentados, y la acreditación de falta de ingresos de jóvenes mayores de 26 años para ser atendidos por el Sistema.

Y a la lista de medidas específicas en el sector sanitario, se suman otras más generales como la Reforma Laboral que afecta también a los empleados sanitarios, con medidas como la supresión de la paga extra a los funcionarios, los despidos colectivos y la supresión de plazas, lo que dibuja un panorama más difícil para el sector que tendrá que seguir cumpliendo sus labores con menos personal y con más desmotivación por parte de los sanitarios.

Estas condiciones afectan aún más al sector sanitario, y es evidente que empezarán a visibilizarse en los estudios que de aquí en adelante se realicen sobre este sector, pues si bien la Sanidad Española ya venía en una situación de crisis, especialmente en Atención Primaria (como se verá más adelante en los estudios sobre el tema), las medidas tomadas ante la crisis económica tendrán una repercusión mayor en el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a las tareas de promoción de la salud, España sigue un modelo hospitalocentrista y más asistencial (como se vio anteriormente en los

datos del gasto sanitario público) donde las acciones de promoción y prevención reciben menos recursos. Con la crisis económica las tareas de promoción de la salud tienden a recortarse considerablemente al no considerarlas prioritarias.

Es por eso que el trabajo de campo de esta tesis estará en gran medida condicionado por la situación de crisis que enfrenta el sector sanitario en España, y en especial por tratarse de escenarios que trabajan desde la promoción de la salud, objeto de estudio de esta investigación y uno de los blancos principales de los recortes y reformas de la crisis.

2.1.5.5. SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA Y EN EL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Aunque a nivel estatal (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) no existe un departamento exclusivo para el trabajo de Promoción de la Salud, esta labor se le encomienda al área de Salud Pública.

Asimismo, y siendo consecuente con la política de descentralización, la Salud Pública (dentro de la que se inscriben los procesos de promoción de la salud), hace parte de las tareas encomendadas a cada Comunidad Autónoma y a cada Ayuntamiento, por lo que habría que detenerse en los procesos y proyectos propios de cada uno en este tema.

Es así como en la Comunidad Autónoma de Madrid las funciones de Salud Pública las comparten por un lado el Instituto de Salud Pública de la

Comunidad Autónoma de Madrid, y por otro las dependencias dentro de cada Ayuntamiento encargados de estas tareas.

Para el caso específico de las acciones en Promoción de la Salud en la Comunidad Autónoma de Madrid (dentro de las funciones de Salud Pública), éstas son desarrolladas en los Centros de Atención Primaria, al igual que en las demás Comunidades Autónomas, donde la Promoción de la Salud es una de las tareas adicionales que cumplen los Centros de Salud.

Ahora bien, para el caso específico del Ayuntamiento de Madrid, y teniendo presente que desde este Ayuntamiento se quería trabajar directamente la función de promoción de la salud desde centros especializados para ello, las funciones de Salud Pública están encargadas a Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento que tiene como función la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencia en el municipio de Madrid. Este organismo trabaja en dos direcciones: por un lado con acciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y salud ambiental, y por otro en seguridad alimentaria y control de las poblaciones de animales.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son actividades que Madrid Salud desarrolla a través de los Centros Madrid Salud y los Centros Monográficos, como espacios de referencia de salud pública de los distritos de la ciudad de Madrid. Según el último informe publicado, los principales problemas de salud sobre los que trabaja los Centros de Madrid Salud son la obesidad y el sobrepeso, la inactividad física, la ansiedad, el estrés, el maltrato, el tabaquismo, la violencia en sus diferentes ámbitos, la

maternidad temprana, las enfermedades de transmisión sexual y los problemas de salud de los adultos mayores (Madrid Salud, 2011). Para ello, Madrid Salud cuenta con una serie de programas de Salud Pública de alimentación y actividad física, de salud sexual y reproductiva, de prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo, de envejecimiento activo y saludable, de salud materno-infantil, de prevención y control del tabaquismo, de desigualdades sociales en salud, de psicohigiene y de entorno urbano (Madrid Salud, 2012). Por otro lado, Madrid Salud trabaja en la salud ambiental con programas de vigilancia sanitaria de los riesgos ambientales, contaminación atmosférica, vivienda, factores ambientales, y vectores y plagas.

Todas estas acciones de Salud Pública y dentro de ellas las de Promoción de la Salud son trabajadas desde Madrid Salud con el objetivo de hacer de Madrid una ciudad cada vez más saludable. Sin embargo, y como se anotó mucho antes, aún está pendiente un trabajo articulado en Salud Pública y Promoción de Salud entre las acciones que realiza el Ayuntamiento de Madrid a través de Madrid Salud, y las acciones emprendidas en este terreno por la Comunidad Autónoma de Madrid. Sobre este tema específico Javier Segura anota: “parecía pues que algunos políticos estaban consiguiendo que los profesionales, que dependemos de diferentes administraciones, nos pusiéramos territoriales, mirándonos unos a otros con sospecha y suspicacia. En vez de buscar y reclamar la alianza y la suma de esfuerzos y recursos, a partir del reconocimiento de las limitaciones de cada uno” (Segura del Pozo, 2012:1). Este es el principal reto al que se enfrentan quienes trabajan por la Salud Pública y la Promoción de la Salud desde el Ayuntamiento de Madrid y desde la Comunidad Autónoma de Madrid.

Ahora bien, a nivel nacional la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación es el ente encargado dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de trabajar por la Salud Pública y de controlar y coordinar las acciones en esta materia entre cada una de las Comunidades Autónomas. Para ello se basa en la “cooperación, cohesión y lealtad institucional en coordinación con las autoridades sanitarias de las CCAA, con los profesionales del Sistema Nacional de Salud y con todas las partes implicadas en la mejora del nivel de salud y bienestar de la población” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013: 129).

Específicamente en el área de promoción de la salud, el último informe de Salud Pública del Ministerio hace referencia a las principales acciones en este campo a nivel nacional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010 b):

-Se ha fomentado la intersectorialidad para posicionar la salud en otras políticas, colaborando en la elaboración y desarrollo de planes interdepartamentales dependientes de otros ministerios: Plan Nacional de Acción para la inclusión social del Reino de España, Plan de igualdad de oportunidades, Plan integral contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, Plan interministerial de juventud, Plan estratégico de infancia y adolescencia, Plan estratégico de ciudadanía e integración, Plan de acción para el desarrollo de la población gitana... También se han firmado acuerdos específicos con otros sectores implicados en la promoción de la salud para el desarrollo de objetivos concretos que refuercen actuaciones sectoriales o faciliten el análisis y la implantación de los mismos.

-En el sector educativo, dentro del convenio marco de colaboración entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Sanidad, tras 20 años de colaboración en

Promoción y Educación para la salud en la escuela y generalizada la educación para la salud como materia transversal en el currículo obligatorio escolar, se ha comenzado una etapa destinada a incrementar la calidad de estas actuaciones.

-A partir de 2008 se creó la Red Española de Universidades Saludables (REUS). Sus líneas estratégicas son: potenciación de los entornos universitarios que promuevan la salud, incorporación en los planes de estudio universitarios de la formación en promoción de la salud en los niveles de grado y posgrado, investigación en promoción de la salud, participación y colaboración entre los organismos de salud pública y las universidades, y la oferta de servicios y actividades en el campus dirigidas a promocionar la salud de la comunidad universitaria.

-El proyecto Ciudades Saludables se impulsa a través del convenio de colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias. En este proyecto se busca potenciar entre otros asuntos: generación de espacios de decisión compartida, mayor atención al componente psicológico y social de la salud, cambio climático y salud, modelos de ciudad, participación, intersectorialidad, políticas de proximidad, buenas prácticas en que lo más saludable sea lo más fácil de elegir, promoción y protección de la salud, equidad, envejecimiento activo y saludable en las ciudades.

Pero sin lugar a dudas en el caso Español, uno de los principales escenarios donde se llevan a cabo las labores de Promoción de la Salud (según la estructura del Sistema Nacional de Salud) es dentro de la Atención Primaria, o por lo menos así ha quedado definido en el esquema de competencias de las Comunidades Autónomas respecto al Sistema y con relación a este asunto (la promoción de la salud).

Y aunque está claro que la promoción de la salud juega un lugar primordial dentro de la Atención Primaria, varios estudios han demostrado que por variadas causas esta labor se ha ido relegando cada vez más a un segundo plano. Por ejemplo, el estudio de Díaz GJ (2001), sobre los factores relacionados con la educación sanitaria en la consulta médica en los centros de Atención Primaria de Galicia, muestra las dificultades para integrar elementos de educación para la salud en el trabajo cotidiano de un profesional que siente que su misión principal es otra, y que apenas dispone de tiempo para cubrirla. Así este estudio revela que sólo una tercera parte de los profesionales realizan la labor de educación para la salud y que los mismos profesionales consideran que la única forma de incrementar esta actividad educativa en las consultas es a través de una mayor formación en esta materia (en pregrado y posgrado), y en conseguir un mayor tiempo de consulta por paciente (Díaz GJ, 2001).

Como se señaló antes, para hacer un estudio detallado del estado de la promoción de la salud en España, se tendría que remitir a las acciones emprendidas en esta materia en cada Comunidad Autónoma. Pero a simple vista se observa que a nivel general hay unas acciones específicas encaminadas en este terreno pero que no cumplen con todo el espectro que plantea una política de promoción de la salud. Además la misma descentralización del Sistema no cuenta con herramientas propicias que permitan integración de iniciativas y potenciación de aquellas que resultan más efectivas, lo que conlleva a iniciativas aisladas e inscritas a ámbitos muy locales y con falta de intervención política (políticas públicas). Ya lo decía Villalbí (2001) cuando hablando de la promoción de la salud en España anotaba:

“Sigue habiendo dificultades para ampliar la cobertura de los programas con éxito, probablemente por la falta de un esquema de difusión y financiación apropiado. Quizás la estructura autonómica del país y la existencia de fondos para proyectos innovadores favorece que surjan iniciativas, pero la falta de recursos para la extensión a mayor escala de los proyectos con éxito y las fronteras administrativas no favorecen su extensión... En España necesitamos un mayor énfasis en el desarrollo de políticas públicas saludables. El ejemplo de otros países sugiere que debemos prestar una mayor atención al proceso de construcción de políticas, y no desdeñar el papel de lobby que pueden jugar determinadas organizaciones para conseguir progresos en el desarrollo de políticas públicas que favorezcan la salud” (Villalbí, 2001: 489).

A continuación, se profundiza un poco más en la experiencia de Atención Primaria en España, escenario donde está contemplado -según el Sistema Nacional de Salud y aún con la crisis del sistema- que se den las mayores acciones de promoción de la salud.

2.1.5.6. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

El Decreto 137 de 1984 sobre estructuras básicas de salud estableció las bases de la actual organización con Áreas y Zonas de Salud, Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria.

Hoy, casi 30 años después, se puede decir que la Atención Primaria se ha consolidado en el Sistema y en la ciudadanía española logrando variados avances, pero a la vez dejando una serie de retos que en la actualidad deben ser abordados.

Existe una gran variedad de investigaciones y evaluaciones sobre Atención Primaria de Salud, desde diversos enfoques. Ya en 2007 una obra recogía unas mil evaluaciones sobre este asunto en España (Lorenzo y Otero, 2007).

Partiendo de los trabajos más actuales de González (2009), Del Pozo (2009), Borrell y Gené (2008), Gervás y Pérez (2008), y Gervás, Pérez, Palomo y Pastor (2005), se presentan algunos de los aciertos y de los problemas más mencionados (como puntos de encuentro entre los diferentes autores) en las evaluaciones e investigaciones sobre la Atención Primaria de España.

Aciertos:

-Aceptación social y apoyo a la reforma del Sistema por parte de las distintas opciones políticas que han gobernado tanto el Estado como las Comunidades Autónomas.

-Establecimiento de la Medicina de Familia y Comunitaria como una especialidad.

-Incorporación de novedosas tecnologías y especialmente la informatización de la Historia Clínica como herramienta cotidiana de trabajo que permite un mayor y eficaz flujo de la información.

-Impacto de la reforma de Atención Primaria en la evolución positiva de la satisfacción por parte de los ciudadanos.

-Una disposición intelectual muy abierta a las experiencias de otros países, con una transmisión horizontal de conocimientos y habilidades y un predominio del pragmatismo sobre el dogmatismo.

Problemas Actuales:

-El principal problema descrito por todos los autores radica en la baja inversión para la Atención Primaria, lo que no se sintoniza con el hecho de que este escenario sea el eje central del Sistema Nacional de Salud. Y aunque hasta el 2012, antes de los recortes en Sanidad con el tema de la crisis, había un incremento general anual del gasto sanitario público, hay una desproporción de los recursos asignados a Atención Primaria en comparación con la Atención Especializada (una relación casi de 4 a 1 en beneficio del modelo hospitalocentrista). La dotación de recursos de Atención Primaria en España resulta insuficiente para el tipo de organización y demandas que se atienden en los centros de salud. El presupuesto otorgado a la Atención Primaria en España es uno de los más bajos de la Comunidad Europea.

-Del problema descrito anteriormente se deriva la escasa remuneración de los profesionales, lo que ha conllevado entre otras a una pérdida del reconocimiento profesional, a una falta de expectativas e interés por la transformación social y sanitaria, y a una corriente migratoria de éstos hacia otros países del entorno de España donde los ingresos reales son hasta triples.

-Teniendo en cuenta el problema de la escasa financiación, a lo que se suma el incremento poblacional y la mayor complejidad de los problemas derivados del aumento de la esperanza de vida a los que se enfrenta el sistema con los mismos recursos, se ha ido reduciendo considerablemente el tiempo de consulta en los escenarios de Atención Primaria, que parece estar situado entre los 4 y 9 minutos de media, tiempo que en la mayoría de casos resulta insuficiente para cumplir con una eficaz y eficiente labor.

-Las listas de espera han sido otro daño colateral a la saturación de los centros de salud por falta de más recursos y supone una quiebra grave en la accesibilidad, uno de los pilares del modelo de la Atención Primaria.

-La creación de un doble sistema para una gran parte de la ciudadanía que además del sistema público, se encuentran afiliados a mutualidades y similares. Incluso una gran mayoría de los funcionarios públicos se cuentan dentro de este doble sistema. Así, en muchos casos, se contribuye con un descrédito de la Atención Primaria pública, donde quienes utilizan las mutualidades evitan utilizar sus servicios y le atribuyen un mayor prestigio social a los especialistas. Este descrédito se ha visto reflejado incluso en los cientos de plazas vacantes de Medicina de Familia y Comunitaria en las convocatorias MIR. En algunas Comunidades Autónomas donde se han acentuado más los procesos privatizadores, cerca del 30% del total de la población hace parte del doble sistema.

-Se ha intensificado la presión y penetración de la industria farmacéutica en la cotidianidad de los equipos de Atención Primaria. De manera que ésta, con unos claros intereses comerciales, ha asumido gran parte de la formación continuada de los médicos y enfermeros.

-Falta de definición clara de los papeles de los distintos profesionales que interactúan en la Atención Primaria para evitar la duplicidad de procesos o lo que es peor aún, la cobertura deficiente de algunos aspectos esenciales.

-Falta de una competencia clara de los médicos generales o de familia, con mayor autonomía y como verdaderos ejes articuladores del proceso. Por su parte, los especialistas no trabajan como consultores de los médicos generales, pues ofrecen una suerte de continuidad innecesaria, sólo justificada por sus necesidades de agenda.

-Rigidez de un sistema muy burocrático que ha llevado al cansancio y hastío de los profesionales y los usuarios.

-Competitividad antes que cooperación entre las Comunidades Autónomas lo que ha generado dificultad para generar políticas comunes y orquestar acciones de impacto general.

2.1.5.7. APUNTES FINALES

Durante estos 30 años de aplicación de la Atención Primaria de Salud, tras su aparición formal en 1978 con la Declaración de Alma – Ata, han sido muchos los aprendizajes y las experiencias desarrolladas a partir de ella. En

muchos escenarios se le ha considerado “selectiva” al trabajar actividades específicas sólo con poblaciones pobres, o en muchos otros escenarios ha sido interpretada como un nivel dentro de todo el sistema, es decir la han reducido a una parte.

En el caso Español, el actual Sistema Nacional de Salud toma como base la Atención Primaria de Salud y los postulados de la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978); sin embargo lo hace más como uno de los escenarios que conforman el Sistema y no como la base sobre la que se debe fundamentar todo su accionar. Es por eso que en la actualidad son muchos los problemas y necesidades a los que se enfrenta la Atención Primaria de Salud en España, como se vio anteriormente.

Por eso, el reto es reivindicar el verdadero significado de la APS para concebir integralmente el proceso de salud, sus objetivos, y sus actores. Así, posteriores visiones del tema como la APS Renovada (OPS/OMS, 2007), llaman a transformar y mejorar los sistemas de salud estatales desde sus aspectos estructurales y operativos, los marcos legales que los rigen, la creación o fortalecimiento de los sistemas de información y calidad, y la generación de alianzas dentro y fuera de los países.

La Atención Primaria de Salud sigue considerándose como la base sobre la cual los sistemas de salud a nivel mundial deben transformarse en verdaderos espacios para la salud de sus ciudadanos y sus comunidades. El reto está en saberla interpretar y aprovechar, en adecuarla a las situaciones propias de cada grupo, y en no perder de vista en ningún momento sus

alcances y los aliados con los que cuenta, dentro de los que se destaca la Promoción de la Salud.

Finalmente se debe recordar, al igual que cuando se habla de Promoción de la Salud, que la Atención Primaria de Salud también implica el trabajo intersectorial y el trabajo colaborativo de distintos profesionales de diversas áreas, tantas como todas aquellas que de una u otra forma impacten la calidad de vida de las personas y las comunidades. Ese es el primer punto de la Declaración de Alma Ata: “la salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OMS, 1978: 2).

Así, nacen y llegan nuevas disciplinas, nuevos actores, que entran a jugar un papel importante en este gran mundo llamado salud, en una tarea colaborativa e interdisciplinaria que exige un gran esfuerzo para responder de forma integral y acertada a los nuevos retos con los que se enfrenta.

Es el caso de la Comunicación en Salud, una disciplina muy nueva y con una gran responsabilidad en la Atención Primaria, y sobre todo en la Promoción de la Salud. A ella se dedica el siguiente capítulo.

2.2. COMUNICACIÓN EN SALUD

Con el desarrollo de las diversas áreas de estudio de la comunicación, y con la necesidad de abordar la realidad de una forma integral (teniendo en cuenta que la comunicación es un acto transversal a la vida de cualquier ser

humano), se ha potenciado la participación de la comunicación en otros escenarios compartidos con otras disciplinas. Así se ha pasado de una investigación de uso exclusivo para una disciplina propia, como lo es la Comunicación Social y el Periodismo, a una apuesta interdisciplinar con otros actores como la Psicología, la Sociología, la Educación, la Salud y el Medio Ambiente.

Es el caso de la comunicación en salud, un área muy nueva dentro del espectro de la comunicación y con grandes retos por asumir, a la que se dedica el presente capítulo, pues resulta totalmente pertinente enmarcar la comunicación interna en salud (tema central de la tesis y que se desarrolla en el tercer capítulo), en un espectro más amplio al que pertenece y al que aporta: la comunicación en salud. Así las acciones enmarcadas en esta tesis estarán alineadas a la vez con la función de promoción de la salud que busca la comunicación en salud.

2.2.1. HISTORIA Y MARCO LEGAL DESDE LA SALUD

Como se ha visto en el capítulo anterior sobre la evolución de salud, el paso de su concepción como algo meramente biológico a considerarla como una interacción biopsicosocial, llevó a replantear los esquemas desde los cuales se venía abordando el tema. A esto se suma que en la década de los setenta, el autocuidado comenzó a ser conocido por un público más numeroso, como el conjunto de medidas que toman las personas para mejorar su propia salud y bienestar en el seno de sus actividades cotidianas (Kickbusch, 1986); lo

que llevó a pensar en la necesidad de trabajar sobre los comportamientos humanos y sobre los factores determinantes de la salud.

En esta medida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) empezó a trabajar en otra dirección y apostó por los procesos de promoción de la salud y dentro de ellos a la comunicación como componente fundamental de la salud pública.

2.2.1.1. MARCO LEGAL DESDE LA SALUD

A partir de la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa, la comunicación tomó un lugar reconocido dentro del campo de la salud. Esto se evidencia en los documentos declarativos de estos eventos y en las posteriores Declaraciones sobre Promoción de la Salud.

La comunicación aparece como uno de los factores que garantizan la salud y como mecanismo necesario para el trabajo hacia el bienestar y la calidad de vida:

“La APS... entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular... las comunicaciones y otros sectores” (Declaración de Alma Ata, OMS, 1978: 2).

“La promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores... y los medios de comunicación” (Carta de Ottawa, OMS, 1986 b: 2).

Asimismo, la comunicación es entendida como elemento del contexto social que influye en la promoción de la salud:

“Varios factores transnacionales tienen también un importante impacto en la salud. Entre ellos cabe citar... el acceso a los medios de información y a la tecnología de la comunicación...” (Declaración de Jakarta, OMS, 1997: 2).

Pero además, se destaca el fuerte carácter participativo que ofrece la comunicación, y su relación con el desarrollo comunitario para alcanzar los fines de la promoción de la salud:

“El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma... Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria” (Carta de Ottawa, OMS, 1986 b: 3).

“La entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades” (Declaración de Santafé de Bogotá, OPS, 1992: 2).

“El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades” (Declaración de Jakarta, OMS, 1997: 3).

“La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos... Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso” (Declaración de Jakarta, OMS, 1997: 4).

Finalmente, en una de las Declaraciones regionales sobre promoción de la salud se destaca la concepción estratégica de la comunicación cuando se afirma:

“Los medios de comunicación, en toda su diversidad, deberán participar en esta cooperación; asimismo, deberán aportar su poder e influencia considerables a la formulación de normas y programas que afecten la salud de la población. Es imprescindible establecer una relación recíproca entre los medios de comunicación y los sectores relacionados con la salud para garantizar el libre flujo de información sobre los temas vitales para la salud en el Caribe” (Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, OPS, 1993: 4).

2.2.1.2. HISTORIA

A pesar de que la comunicación había estado presente en los procesos de salud (indirectamente y sin ser estudiada ni reconocida) , sin lugar a dudas, fue a partir de la Carta de Ottawa (OMS, 1986 b) que la comunicación adquirió un gran protagonismo en las acciones de salud, cuando se introdujo en este

campo el concepto de promoción de la salud y paralelo a él la implicación de nuevas miradas y actores como la comunicación.

Las cinco estrategias presentadas en la Carta de Ottawa para alcanzar la promoción de la salud (políticas públicas saludables, reorientación de los servicios, creación de entornos saludables, desarrollo de habilidades personales y fortalecimiento de la acción comunitaria), conllevan una necesidad de integrar a la comunicación como elemento transversal.

Así la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició el desarrollo de los primeros programas de comunicación en salud en 1991 con el propósito de “apoyar a los Ministerios de Salud en el desarrollo de programas de comunicación que promuevan la salud y prevengan las enfermedades” (Castro, Coe y Waisbord, 2003: 4).

Pero como había existido y, aún hoy en muchos escenarios, sigue existiendo una tendencia a colocar el concepto de salud contrapuesto al de placer, la promoción de la salud apareció en sus inicios como un conjunto de pautas restrictivas más que pautas que posibilitaban la vida misma, lo que ha hecho que también la promoción se entienda igual que la prevención. Y en ese sentido muchas estrategias de comunicación aparecen con mensajes centrados en la muerte y la enfermedad, empleando el miedo como recurso de persuasión para el cambio de comportamiento (Castro, Coe y Waisbord, 2003). Es un enfoque que se compagina con el modelo hospitalocentrista, centrado en la enfermedad y en el asistencialismo.

Asimismo, la comunicación en salud en sus inicios fue concebida como algo instrumental, considerándola una herramienta para manipular y controlar

las conductas individuales y colectivas. Desde esa óptica era usada en dos sentidos: como instrumento para la persuasión, con un interés por entender qué motiva o persuade a las personas a abandonar o adoptar nuevos comportamientos, qué mensajes y canales son más eficaces para llegar mejor a la población diana y tener mayor influencia sobre sus comportamientos; o como transmisión masiva de información, buscando seducir a los consumidores para que adopten nuevos comportamientos pero sin educarlos, y con una mirada puesta en la urgencia por resolver los problemas del presente, sin dar lugar a procesos a medio o largo plazo (Calvo, 2006).

Pero en ambos casos, la información por sí sola no es suficiente para cambiar el comportamiento. Hace falta “internalizar la información a un nivel más afectivo, emocional, en forma repetitiva, donde las normas sociales refuercen el nuevo comportamiento, y se pueda poner en práctica regularmente” (Castro, Coe y Waisbord, 2003: 14). Además, la mirada puesta en el cambio de comportamiento individual no era el único escenario de la promoción de la salud, y por tanto tampoco la única tarea para la comunicación.

Por eso, y con la mirada de la promoción de la salud cambiando hacia su verdadera esencia, la comunicación en salud también ha ido evolucionando. Así, y especialmente en la última década, aparece la visión de la comunicación en salud como un fin, como un todo, entendiendo la comunicación como una característica esencialmente humana. Es una mirada que la concibe como el proceso de producción social de sentidos en el marco del contexto social y cultural donde se desarrolla, pues “la salud se entiende también como fenómeno social, una realidad presente en la vida cotidiana de los sujetos, una

práctica social atravesada por procesos comunicacionales... Ya no se trata sólo de enviar información y difundir el mensaje, sino de interactuar con los destinatarios, para construir sentidos colectivos y discursos que se refieran a sus necesidades y problemas percibidos, que se discutan y resignifiquen en sus espacios y ámbitos colectivos” (Díaz y Uranga, 2011: 115).

Además, la comunicación debe ser considerada dentro de las habilidades para la vida, entendidas éstas como “las habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas” (OMS, 1998: 3). El concepto central de autocontrol como potenciador de la salud, al que invita la Carta de Ottawa, no es otra cosa que dar capacidades a las personas y colectivos para desarrollar conocimientos y habilidades que les permitan tomar decisiones autónomas y saludables.

Por tanto, durante las últimas décadas, la comunicación en salud ha pasado de propuestas como la Información, la Educación y la Comunicación (IEC) centradas en la identificación y el uso de mensajes y canales apropiados para llegar a públicos objetivos, al uso de enfoques de comunicación para el cambio de comportamiento apoyados en la psicología social, hasta llegar a perspectivas de comunicación y cambio social que integran aspectos individuales, colectivos y sociales de la salud (Obregón, 2010).

Ahora la comunicación en salud tiene nuevas formas de entenderse y está llamada a propiciar acciones como la participación comunitaria y el trabajo en red, pilares fundamentales de la promoción de la salud.

Sólo a través de una visión de la comunicación puesta al servicio del desarrollo de la salud es posible pensar que se puede consensuar, compartir y

aprender conocimientos y prácticas que contribuyan al desarrollo social y que hagan que las personas y las comunidades adopten comportamientos de salud adecuados, lo que conduce a una mejor salud individual y comunitaria (Calvo, 2006).

2.2.2. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y FUNCIONES

2.2.2.1. DEFINICIÓN

Recientemente un trabajo de Rafael Obregón (Obregón, 2010), uno de los estudiosos más reconocidos en el tema de la comunicación en salud, ponía de manifiesto que a pesar de su juventud, la comunicación en salud se ha consolidado como un subcampo legítimo de estudio en el que convergen variadas disciplinas como la comunicación, la salud pública, la medicina, la antropología, la sociología, la psicología, el desarrollo social, entre otras.

Y aunque su desarrollo se tiende a asociar específicamente con determinadas áreas y disciplinas como la medicina, o la salud pública, lo que mejor define la comunicación en salud es su carácter interdisciplinario, pues “la comunicación en salud no puede entenderse si no se entienden procesos de carácter social, cultural, económico y político” (Obregón, 2010: 14), en donde tienen responsabilidad una gran variedad de áreas del conocimiento.

Es por eso, que las definiciones parcializadas de la comunicación en salud, cuando se dan desde un área específica, sólo muestran una parte de su real dimensión, pues todas ellas están interconectadas y precisamente lo que

hace que la comunicación en salud esté al servicio de la salud y de su promoción, es el enfoque integral que se debe tener de ésta.

Así, definiciones de la comunicación en salud como la relación médico paciente (para quienes prestan servicios de salud), la promoción y adopción de comportamientos saludables o el desarrollo de habilidades (para quienes trabajan en acciones de prevención y promoción), o el cubrimiento de los medios sobre temas de salud o la disseminación de información científica al público en general (para quienes trabajan en el ámbito periodístico), sólo producen confusión, pues realmente todas forman parte de la comunicación en salud, pero ninguna separadamente puede responder por sí misma por los fines integrales que abarca este concepto.

Una cosa es que la comunicación en salud tenga un gran espectro en cuanto a funciones se refiere, o que posibilite la aplicación de variados enfoques en diversos campos de acción (como se verá más adelante), y otra cosa es intentar definirla a través de uno de estos enfoques, o de estas funciones, pues se estaría reduciendo a la mínima expresión un campo que precisamente se caracteriza por su integralidad y por su amplitud.

Según Kreps la comunicación en salud se ha consolidado en las dos últimas décadas como “un subcampo de estudios de la comunicación interdisciplinario y aplicado que examina el poderoso rol que la comunicación humana y mediada juegan en la prestación de servicios de salud y la promoción de la salud individual y pública” (Kreps, 2010: 581).

Por su parte Silva (2001) en un trabajo sobre las definiciones de comunicación en salud destaca la presentada en el primer número del *Journal*

of Health Communication: “la comunicación en salud es un campo de especialización de los estudios comunicacionales que incluye los procesos de *agenda setting* para los asuntos de salud, el involucramiento de los medios masivos con la salud; la comunicación científica entre profesionales de la biomedicina; la comunicación doctor/paciente; y, particularmente, el diseño y la evaluación de campañas de comunicación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad” (Citado en Silva, 2001: 120).

Por su parte el concepto sobre comunicación en salud dado por Don Nutbeam, profesor de Salud Pública en Australia fue: “proceso para desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los individuos” (citado en Organización Panamericana de la Salud 2001: 15).

Finalmente, una de las definiciones más actuales y con la que trabaja esta tesis por su visión amplia e integral de este campo, es que la comunicación en salud “es el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud” (National Cancer Institute and Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

Estas últimas definiciones apuntan al carácter integral y holístico que implica la comunicación en salud, y se alejan de los conceptos fragmentados de este subcampo de la comunicación. Esto permite conectar los distintos

ámbitos de acción de la comunicación en salud y las distintas tareas y objetivos a los que se enfrenta.

2.2.2.2. ASPECTOS IMPORTANTES, OBJETIVOS Y FUNCIONES

Teniendo en cuenta el carácter interdisciplinario e integral de la comunicación en salud, es preciso ampliar la mirada que se tiene sobre la misma, para lograr establecer una correcta postura ante las situaciones en donde la comunicación en salud debe y puede intervenir.

En primer lugar se debe tener claro que la comunicación en salud no es una tarea de comunicadores sociales, sino que apela a todo el equipo de trabajo que está comprometido con las causas individuales y colectivas de salud, en un determinado proceso. “El hecho de que un equipo de trabajo comprenda desde un principio esta filosofía puede ayudar, y mucho, al diseño y la gestión de un proyecto de cambio social” (Díaz, 2011: 35). Por lo que todo el equipo debe desarrollar habilidades y capacidades en este terreno para cumplir con su función constante de comunicación.

Por otro lado, y como elemento básico, la comunicación es una herramienta fundamental para el armado y la consolidación de los equipos interdisciplinarios, para que dialoguen, se construyan como colectivo desde miradas diversas, y conformen un guión y un marco conceptual común (Díaz, 2011).

Otro aspecto de suma importancia es tener claro que la comunicación en salud es estratégica, porque al construir espacios de comunicación y al

posibilitar el desarrollo de competencias comunicativas y dialógicas de las personas y los grupos, se generan más posibilidades de cogestión y autogestión indispensables para mejorar la salud. Debe quedar atrás la tradicional visión de considerar la tarea de la comunicación en salud asociada casi exclusivamente a la de traductora del conocimiento biomédico, porque mientras esto siga pasando, difícilmente se le reconocerá como aspecto decisivo de los procesos de organización, participación y cambio social que implican intercambios, acuerdos, negociaciones y construcción colectiva del significado de la experiencia humana (Bruno, Zapezochny, Jait, Tufro, Casullo y Deguer, 2011). Además, sólo una reducción considerable del aspecto médico en beneficio de los aspectos sociales y emocionales, desde una perspectiva integral y multidisciplinar, puede aumentar la eficacia en las intervenciones (Capilla, 2011).

Y como la comunicación es un acto de ida y vuelta, un intercambio de conocimientos, la comunicación en salud debe ser entendida no sólo como un arte para hablar sino, y sobre todo, como un arte para escuchar. Pues el autocontrol, la autogestión, y el autocuidado en salud, sólo se logran si son los propios individuos y las propias comunidades las que construyen y lideran sus procesos, y para ello se deben propiciar los espacios para que todos sean escuchados y reconocidos, lo que también dará la pauta al equipo de trabajo hacia dónde deberá encaminar las acciones y cómo podrá colaborar con la comunidad en alcanzar las metas. La comunicación en salud desde esta perspectiva se presenta como un acto de dar voz al otro (Castro, Coe y Waisbord, 2003).

Finalmente no se debe perder de vista el contexto cultural en el que se desarrolla la salud, pues la interpretación de cualquier mensaje de salud por parte de un individuo nace de su vida cotidiana, de las marcas de la cultura que lo constituyen y del tejido social que lo contiene. Así, el objeto de estudio de la comunicación en salud sitúa al individuo en su contexto cultural más próximo, donde se relaciona con objetos y donde ejerce una capacidad de transformación de su entorno físico y social, pues “la promoción de conductas saludables no es el resultado de campañas o acosos publicitarios, sino la consecuencia lógica de la apropiación de otro sentido respecto a la calidad de vida y a la salud por parte de la ciudadanía” (Díaz y Uranga, 2011: 123).

A partir de estas observaciones y siguiendo a Díaz y Uranga (2011), algunos de los objetivos que la comunicación en salud puede ayudar a alcanzar son:

- Conformar y consolidar equipos interdisciplinarios de trabajo con un marco conceptual común.
- Incrementar el conocimiento de la población sobre temas relacionados con la salud.
- Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes, para reforzar o cambiar normas sociales.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud y mostrar los beneficios del cambio de conducta.
- Incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud.
- Refutar mitos e ideas equivocadas.
- Abogar por una posición en un tema o política de salud.
- Fortalecer las relaciones entre organizaciones.

Del mismo modo, se destacan algunas funciones de la comunicación en salud, agrupadas en 5 grandes procesos:

- *“Promover el empoderamiento individual y comunitario para la gestión y acción de salud.*

- *Propiciar diálogos y concertaciones entre los actores sociales y las instituciones del Estado, para facilitar la gestión social y promover comportamientos saludables.*
- *Abogar por políticas públicas favorables a la salud.*
- *Desarrollar intervenciones de comunicación que proporcionen condiciones favorables para la adopción individual y colectiva de comportamientos saludables.*
- *Reconocer y analizar los determinantes de salud y enfermedad y la diversidad de respuestas en una realidad concreta con el fin de orientar estratégicamente las intervenciones de comunicación en salud” (Castro, Coe y Waisbord, 2003: 22).*

2.2.3. DIMENSIONES DE TRABAJO Y ENFOQUES

2.2.3.1. DIMENSIONES DE TRABAJO

Como la comunicación no es solamente imaginar eslóganes ingeniosos, formatos novedosos o lenguajes sorprendentes, sino hacer política entendida como la animación de redes y procesos organizativos que hagan posibles objetivos de cambio propuestos de manera concertada, la comunicación en salud debe actuar sobre tres dimensiones (Bruno, Zapezochny, Jait, Tufro, Casullo y Deguer, 2011):

-La dimensión de la política, donde se negocian los contenidos, los recursos y el sentido general de cualquier iniciativa en materia de política sanitaria. En ella los comunicadores en salud pueden abogar para que las autoridades sanitarias conozcan iniciativas, las apoyen y contribuyan a su buen resultado, legitimándolas y convocando a otros para que las respalden.

-La dimensión organizativa, donde los comunicadores en salud pueden aportar a la construcción de espacios formativos, de encuentro y concertación con otras áreas, otros sectores y otros actores estratégicos, para activar redes de mediación y de concertación.

-La dimensión sociocultural, donde se ubican las acciones comunicativas que interpelan a la sociedad en general o a sus grupos específicos con el fin de comunicar la acción del gobierno, instalar y construir socialmente un tema o un nuevo enfoque sobre un tema, colaborar con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y comprometer a los actores sociales en una iniciativa de cambio.

Estas tres dimensiones para la comunicación en salud diversifican su campo de acción, los actores que intervienen en ella, y los objetivos que se persiguen. Así la comunicación en salud se propone desde una perspectiva integral e integradora, articulando los conocimientos y las miradas de todos los participantes en un proceso de salud, en una interacción constante con los destinatarios por construir sentidos colectivos y discursos que representen realmente sus intereses y necesidades. “El cambio de perspectiva comunicacional se centra no en la capacidad de controlar las conductas de los individuos desde una instancia superior (estado o cualquier entidad promotora de salud), sino de que sean los propios individuos los que adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. Pasamos del control al autocontrol, de la dependencia a la autonomía” (Díaz y Uranga, 2011: 120).

2.2.3.2. ENFOQUES

Algunos teóricos de la comunicación en salud han realizado variadas aproximaciones para intentar organizar y delimitar este campo. Desde la práctica, se puede decir que las experiencias de comunicación en salud pueden clasificarse en 5 grupos, que muestran a la vez unos enfoques claros desde donde se trabajan.

Estos cinco enfoques son:

- Prestación de servicios
- Promoción de la salud

-Comunicación de riesgo

-e-salud

-Cambio social

Los dos primeros enfoques fueron propuestos por Kreps, Bonaguro y Query. La prestación de servicios se encarga de todos los procesos de comunicación que se dan durante una prestación de un servicio de salud e incluyen “la interacción personal entre los consumidores de salud y los proveedores, y la evaluación de mensajes verbales y no verbales, durante la interacción médico paciente, entrevistas diagnósticas, chequeos y exámenes médicos” (Kreps, Bonaguro y Query, 1998: 4). Por su parte, la promoción de la salud, aborda todos aquellos elementos que desde la comunicación se dan en los escenarios donde se promueven comportamientos preventivos y saludables; así “se examinan las estrategias de persuasión que se utilizan para el diseño e implementación de campañas de comunicación y las diversas formas de diseminar información relevante sobre temas de salud a públicos clave a través de una variedad de canales de comunicación” (Kreps, Bonaguro y Query, 1998: 4).

Después de una década, Kreps ha incluido dos nuevas áreas a los enfoques de la comunicación en salud. La comunicación de riesgo que se ocupa de las “demandas comunicativas derivadas de una serie de riesgos en salud, tales como las epidemias potenciales (enfermedades transmisibles; desastres; bioterrorismo; exposición de las personas a sustancias peligrosas; o contaminación de alimentos, agua o aire), preparación de públicos en situación

de riesgo para que puedan enfrentar esos riesgos que amenacen su salud en forma inminente, y coordinación de respuestas a situaciones de crisis en salud” (Kreps, 2010: 583). La e-salud (e-health en inglés, título original) surge como respuesta a la introducción de las tecnologías de la información y la comunicación al campo de la salud y aborda la forma en que los “computadores y otras tecnologías de información digital pueden ser utilizadas para fortalecer la prestación de servicios de salud y la promoción de la salud” (Kreps, 2010: 583).

El quinto enfoque es propuesto por Obregón y es presentado como un complemento de las otras 4 tipologías. Este enfoque denominado comunicación desde la perspectiva del cambio social, se encarga de todos los procesos que incorporan una dimensión participativa y dialógica de la comunicación como elemento transversal y potenciador de las acciones de promoción de la salud, y donde se “asuma la comunicación como proceso, que tome distancia de propuestas comunicativas verticales, y responda a los enfoques socio-ecológicos y de determinantes sociales de la salud pública” (Obregón, 2010: 16).

La comunicación en salud cuenta con una vasta experiencia desde cada uno de estos enfoques, llevados a la práctica a través de diversos campos de acción que se analizarán más adelante. Asimismo existen otros enfoques que se han definido para la comunicación en salud, especialmente tratando de organizar este campo desde el nivel investigativo, y que serán presentados en el siguiente apartado.

2.2.4. INVESTIGACIÓN, TEORÍAS Y MODELOS

2.2.4.1. INVESTIGACIÓN

Si antes se describían 5 enfoques de la comunicación en salud desde el campo práctico, otros autores han tratado de organizar este campo desde la experiencia investigativa. Se destacan las clasificaciones de tres autores al respecto.

En el trabajo de Silva (2001) se analizan cinco enfoques para investigar esta área, en los que se reconoce que los procesos de comunicación interpersonal, organizacional y masiva tienen un rol protagónico:

- El contexto médico asistencial: relaciones médico- pacientes y aspectos organizacionales relacionados con la prestación de servicios.

- El contexto cultural: percepciones colectivas y las prácticas en salud.

- El contexto económico y político: vinculado a los recursos de la salud y los aspectos de política.

- El contexto filosófico – antropológico: la salud entendida como elemento clave de la realización y crecimiento personal.

- El contexto ideal y utópico: un abordaje integral y holístico sobre la salud individual y colectiva.

Por su parte Kreps afirma que por tener la comunicación en salud un carácter tan amplio y complejo, se apoya en “la investigación y la teoría de varias áreas de estudio de la comunicación a nivel interpersonal, grupal, organizacional, estudios de medios, relaciones públicas, comunicación intercultural, estudios de retórica, y nuevas tecnologías de información y comunicación” (Kreps, 2010: 581).

Finalmente Babrow y Mattson (2003), plantean cinco áreas a nivel investigativo:

- La interacción proveedor – paciente.
- Los discursos, narrativas y procesos de construcción social de la salud.
- Los aspectos organizacionales.
- Los aspectos sociales y comunitarios.
- Los aspectos asociados con estrategias, campañas y medios de comunicación.

Desde todos estos enfoques se han realizado investigaciones que han aportado al crecimiento académico de la comunicación en salud, apoyándose en una serie de teorías y modelos.

2.2.4.2. TEORÍAS Y MODELOS

Para la elaboración de estas cuatro categorías se tuvieron en cuenta principalmente las clasificaciones que hacen al respecto Obregón (2010: 21-22) y la Organización Panamericana de la Salud (2001: 18-48), complementados con otros textos sobre comunicación y comunicación en salud (Puska, Nissinen, Tuomilehto, Salomen, Koskela, McAlister, Kottke, Maccoby y Farquhar, 1995; Grunig y Hunt, 2003; Marqués, 2009; Waisbord, 2010; Rojas y Vargas, 2010; Díaz, 2011).

Partiendo de una amplia bibliografía que apoya los procesos de comunicación en salud, se expone en la Tabla 6 cuatro subgrupos de teorías y modelos que los sustentan desde el campo investigativo y también práctico:

2.2.4.2.1. Teorías y modelos del nivel individual.

2.2.4.2.2. Teorías y modelos del nivel interpersonal y grupal.

2.2.4.2.3. Teorías y modelos basados en las dinámicas sociales y culturales.

2.2.4.2.4. Nuevas perspectivas y modelos combinados.

Aunque las dos primeras categorías (del nivel individual y del nivel interpersonal y grupal) revisten las primeras visiones sobre el campo de la comunicación en salud, las más clásicas, muchas de ellas aún son tenidas en cuenta a la hora de abordar el tema. Su principal crítica radica en el hecho de que, en la mayoría de casos, apelan al poder persuasivo de la comunicación, desconociendo los elementos contextuales que determinan la adopción o no de comportamientos de carácter preventivo y saludable.

Las otras dos categorías representan las nuevas visiones sobre la comunicación en salud y, aunque en muchos escenarios apenas empiezan a utilizarse, pueden ser consideradas como teorías y modelos más integrales y holísticos a la hora de abordar un tema determinado de este subcampo de estudio. A diferencia de las primeras categorías, las teorías y modelos basados en las dinámicas sociales y culturales, involucran los elementos contextuales para la adopción de comportamientos saludables. Por su parte, en las nuevas perspectivas y modelos combinados, se trata de agrupar aquellas que nacen de la interacción con otras disciplinas, del surgimiento de nuevos escenarios, y de la combinación de varias visiones (algunas clásicas) dando paso a un nuevo marco conceptual.

Tabla 6: Teorías y modelos de la comunicación en salud

TEORÍA O MODELO	DESCRIPCIÓN	PRINCIPALES AUTORES
<p>2.2.4.2.1. DEL NIVEL INDIVIDUAL: son los más básicos de la práctica de la comunicación en salud y suelen ser parte de teorías más amplias</p>		
ETAPAS DEL CAMBIO	<p>La adopción de conductas saludables es un proceso en el que el individuo progresa a través de varias etapas hasta que la conducta forma parte de la rutina diaria. Tiene que ver con la disposición del individuo al cambio. Para Becker y col. (1977) las etapas son: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento.</p>	<p>-Becker y cols (1977) -Prochaska y DiClemente (1984) -McGuire (1981)</p>
CREENCIAS DE SALUD	<p>Una persona realizará una conducta saludable cuando está plenamente motivada, dispone de buena información, se autopercebe vulnerable al riesgo, vive la situación de forma amenazante, está convencida de la eficacia de la intervención, las indicaciones no le suponen demasiadas dificultades.</p>	<p>-Donohew y cols (1991) -Smith y cols (1993)</p>
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR EL CONSUMIDOR	<p>Los consumidores reciben y utilizan información para tomar decisiones. Antes de que la persona pueda usar la información, esta debe estar disponible, ser nueva y utilizable y ser comprensible y de uso fácil. Las personas usan y procesan una cantidad limitada de información, combinan distintas porciones de información y crean reglas (heurísticas) para tomar decisiones de forma más rápida y eficaz.</p>	<p>-Schiffman y Kanut (2005)</p>
<p>2.2.4.2.2. DEL NIVEL INTERPERSONAL Y GRUPAL: los comportamientos de salud suponen que las personas se ven influidas por sus entornos sociales, y al mismo tiempo ejercen influencia sobre ellos.</p>		
APRENDIZAJE SOCIAL	<p>Las personas se comprometen en el cambio de conducta, siempre y cuando se sientan capaces de adoptar la nueva conducta (autoeficaces) y si creen que los resultados de la conducta serán positivos y recibirán beneficios. Es importante la capacidad de conducta (conocimientos y habilidades para ejecutar una conducta específica), la expectativa (enfatar en los beneficios y resultados de la conducta), el aprendizaje por observación (modelos creíbles), la autoeficacia (aumentar la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta) y el determinismo recíproco (incorporar acciones relacionadas con el entorno).</p>	<p>-Bandura (1977) -Bandura y Adams (1977)</p>

<p>ACCIÓN RAZONADA</p>	<p>La mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Para que una persona lleve a cabo cierta conducta las personas deben: haberse formado una fuerte intención positiva, tener las habilidades necesarias para ejecutar la conducta, creer que las ventajas de la ejecución de la conducta son mayores que las desventajas, percibir más presión social (normativa), percibir que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.</p>	<p>-Fishbein y Ajzen (1981 y 1975)</p>
<p>DIFUSIÓN DE INNOVACIONES</p>	<p>Las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra. El proceso de innovación se produce en cuatro estadios: conocimiento, persuasión, decisión y conformación. Concentrarse en las características de las innovaciones puede mejorar sus posibilidades de adopción: ventaja relativa (¿es mejor que lo que existía antes?), compatibilidad (¿se ajusta a la audiencia seleccionada?), complejidad (¿es fácil de usar?), posibilidad de probarse (¿puede ponerse a prueba primero?), y posibilidad de ser observada (visibilidad de los resultados). Los medios de comunicación son una ruta rápida y efectiva para introducir información nueva o para tratar de influir en las actitudes de las personas.</p>	<p>-Rogers (1983)</p>
<p>MERCADEO SOCIAL</p>	<p>A través de la aplicación de los principios básicos de la mercadotecnia, se pueden vender ideas o productos sociales dentro de los que se incluyen los del área de la salud. Se centra en las cuatro “p”: producto, precio, promoción y posición.</p>	<p>-Airhihenbuwa y Obregón (2000).</p>
<p>AGENDA SETTING Y FRAMING</p>	<p>Los medios de comunicación pueden posicionar su agenda temática –los hechos que consideran de interés- a la sociedad entera, es decir, que determinan los asuntos en los cuales se concentra la agenda pública (Agenda Setting). Pero los medios además de establecer esta agenda, también presentan los atributos de la misma, es decir el marco bajo el cual el periodista ve y presenta la realidad (framing o encuadre).</p>	<p>-McCombs y Shaw (1972). -Rogers y Dearing (1998) -Bryant y Miron (2004) -Miller (2002) -Schudson (2003)</p>

2.2.4.2.3. BASADOS EN DINÁMICAS SOCIALES Y CULTURALES: suman procesos comunicativos, a menudo participativos, que intentan transformar los entornos sociales que determinan la vulnerabilidad de individuos y grupos, a la condición de salud sobre la que se trabaja.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	Es el proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implementar estrategias para lograr sus metas. Tiene sus raíces en varias perspectivas teóricas: la ecológica, la de los sistemas sociales, la de las redes sociales y la del apoyo social. Sus conceptos claves son: habilitación (ganar dominio y poder, la propia comunidad), competencia comunitaria (capacidad para inmiscuirse en la solución del problema), participación y pertinencia (las personas participan activamente y el trabajo se inicia donde están las personas), selección de temas (inquietudes específicas, sencillas y en las que se pueda ganar), y conciencia crítica (comprensión de las causas fundamentales del problema).	-Blau (1964) -Requena (2008)
CAMBIO ORGANIZACIONAL	Procesos y estrategias que aumentan las posibilidades de que las organizaciones formales adopten e institucionalicen políticas y programas de salud. Caben acá varias teorías. La teoría de etapas se basa en la idea de que las organizaciones pasan por una serie de etapas a medida que cambian: definición del problema, iniciación de la acción, ejecución e institucionalización. La teoría de los recursos humanos aboga por la verdadera involucración como una manera de motivar a los empleados, en la que existe más autonomía individual. La teoría de los sistemas mantiene que ninguna estructura es apropiada para todas las organizaciones y que todo depende del entorno de cada organización y de su tecnología. La teoría del desarrollo organizacional surgió del reconocimiento de que las estructuras y los procesos organizativos influyen en el comportamiento y la motivación del trabajador.	-McGregor (1960) -Likert (1967) -Herzberg (1966) -Katz y Kahn (1966)
REDES SOCIALES	Son cruciales para lograr consenso, participación comunitaria y salud tanto emocional como física, y longevidad. Las personas pueden desarrollar diversas pautas de comportamiento por el simple hecho de pertenecer a una estructura de relaciones, pautas que no sólo vienen dadas por los vínculos entre los individuos, sino también por la repercusión de las conexiones que les rodean. Se nutre de varias teorías. La teoría	-Blau (1964) -Requena (2008)

<p>PODER GÉNERO Y</p> <p>DETERMINANTES DE LA SALUD</p> <p>PILARES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</p>	<p>del intercambio social describe las dinámicas que se establecen entre los individuos, de forma que un actor voluntariamente facilita un beneficio a otro y de alguna forma espera reciprocidad para obtener también algún beneficio de esa relación. La teoría del capital social define el conjunto de normas, relaciones e incluso organizaciones a través de las cuales son alcanzados los recursos y las oportunidades que ayudan a tomar decisiones y a gestionar el trabajo eficazmente.</p> <p>Las cogniciones de género permiten a las personas seleccionar, procesar y almacenar información, afectando la atención, organización y memoria de la información relacionada con cada uno de los sexos. Las cogniciones de género incluyen normas y estereotipos acerca de lo que es correcto para hombres y lo que es correcto para mujeres. Estas cogniciones se convierten en una guía para las personas sobre cómo deben actuar en un contexto determinado.</p> <p>La salud no sólo es la ausencia de enfermedad y se considera que resulta de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana.</p> <p>Las áreas de actuación para alcanzar la promoción de la salud son los ambientes facilitadores, las políticas públicas saludables, la reorientación de los servicios de salud, el involucramiento de la comunidad y el desarrollo de habilidades personales y decisiones saludables.</p>	<p>-Martín y Dinella (2001)</p> <p>-Carter y Levy (1988)</p> <p>-Martín y Halverson(1981)</p> <p>-Laframboise (1973)</p> <p>-Lalonde (1974)</p> <p>-OMS (1986 b)</p>
<p>2.2.4.2.4. NUEVAS PERSPECTIVAS Y MODELOS COMBINADOS: interacción con otras disciplinas, nuevos escenarios y combinación de teorías y modelos.</p>		
<p>EDU-ENTRETENIMIENTO</p>	<p>Proceso para proponer, diseñar e implementar un mensaje mediático que entretenga y eduque, con miras a generar cambios sociales a partir de cambios de comportamiento en los miembros de la audiencia. Se nutre de otras teorías como la dramática, el aprendizaje social y los arquetipos. Incluyen mensajes que son atractivos para sus audiencias, tienen un fuerte contenido emocional y una estructura narrativa clara, y suelen enganchar a las audiencias al igual que cualquier otro contenido de entretenimiento de carácter</p>	<p>-Singhal y Rogers 2002)</p> <p>-Tufte (2004)</p> <p>-Singhal, Cody, Rogers y Sabido (2004)</p>

<p>MOVILIZACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA</p>	<p>comercial.</p> <p>Con la movilización social se aspira a incrementar la conciencia de las poblaciones, el conocimiento y la habilidad para organizar el autoaseguramiento, ayudar a la gente a estar motivada, conocer sus derechos y deberes, así como reclamar la satisfacción de sus necesidades, a comprender y modificar las ideas y creencias y a movilizar todos los recursos disponibles. Es el proceso de conciliar a todos los posibles y prácticos aliados sociales, intersectoriales, para aumentar la percepción y por tanto la demanda respecto de un determinado programa de desarrollo, para ayudar en la provisión de recursos y servicios, y para fortalecer la participación comunitaria en la sostenibilidad y la autoconfianza.</p>	<p>-Suárez (2011) -Obregón y Waisbord (2010)</p>
<p>MODELO RELACIONAL DE COMUNICACIÓN</p>	<p>La comunicación cobra real sentido si se incorpora de manera transversal e integradora en los proyectos de cambio social, poniendo en primer plano a los destinatarios e incorporando elementos relativos a las mediaciones sociales y a la cultura como marco de interpretación de la realidad. Los medios de comunicación se conciben en esta perspectiva como mediaciones tecnológicas, pero cobran mucho más sentido las mediaciones sociales que de alguna manera intervienen en la vida cotidiana de las personas (la escuela, la familia, el grupo de amigos, los líderes vecinales, los compañeros del trabajo, los líderes de opinión, etc).</p>	<p>-Díaz (2011)</p>
<p>SOCIEDAD Y TICS</p>	<p>El uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, democratizan el acceso a la información y a la comunicación. La sociedad red viene configurando una transformación de la sociedad debido al cambio en el modo de producción social, por la importancia que se le brinda tanto a la información y el conocimiento en los procesos socioeconómicos. El informacionalismo es un paradigma tecnológico basado en el aumento de la capacidad de procesamiento de la información y la comunicación humana, hecho posible por la revolución de la microelectrónica, el software y la ingeniería genética.</p>	<p>-Castells (2006 y 2001)</p>
<p>DESVIACIÓN POSITIVA</p>	<p>La positive deviance (título original) identifica individuos y grupos con capacidad de sobreponerse a situaciones adversas. En</p>	<p>-Singhal, Buscell y Lindberg (2010)</p>

<p>PERIODISMO CÍVICO</p>	<p>cualquier grupo o comunidad existen individuos que usan prácticas diferentes que les permiten resolver problemas mejor que sus compañeros o vecinos, teniendo acceso a los mismos recursos. La idea es que el propio grupo se adueñe del proceso de cambio desde la fase de descubrimiento hasta la adopción por parte de la comunidad.</p> <p>El periodismo de contacto con la comunidad, que descubre lo que los lectores quieren y que abre espacios para las charlas en temas de interés público, puede ayudar a resolver problemas de salud colectiva. Desafía a la gente para que llegue a estar implicada en las cuestiones sociales y tome responsabilidad de los problemas comunitarios. Se facilitan debates, se abren caminos y se celebran acuerdos impulsando a los miembros de la comunidad a implicarse en los asuntos comunitarios.</p>	<p>-Alfaro (2005)</p>
<p>COMUNICACIÓN PARTICIPATIVA</p>	<p>La comunicación dialógica, horizontal, comunitaria, popular o alternativa, que entiende la comunicación de diálogo, fortalece las capacidades de las propias comunidades. Es una comunicación que vas más allá de la simple difusión de información y que tiene como finalidad el compromiso consciente de las personas, organizaciones y comunidades en los procesos de diagnóstico, diseño y ejecución de programas de beneficio social. La comunicación facilita la negociación y el diálogo entre actores para lograr acuerdos para la acción.</p>	<p>-Gumucio (2010)</p>

Elaboración propia a partir de Obregón (2010) y Organización Panamericana de la Salud (2001)

Y aunque estos sean los modelos y teorías más encontrados y reconocidos en la bibliografía de comunicación en salud, existen otros, propios de cada uno de los enfoques tanto a nivel práctico como a nivel investigativo, o derivados de otras áreas o disciplinas que entran a formar parte de la comunicación en salud.

Es el caso, por ejemplo, de la comunicación interna en salud, para la cual existen unas teorías y modelos propios derivados de áreas como las

Relaciones Públicas Internas o la psicología organizacional y que se analizarán en el capítulo 2.3.

2.2.5. CAMPOS DE ACCIÓN

A continuación se analizan los campos de acción en donde la comunicación en salud tiene más presencia, o por lo menos son los más documentados desde la experiencia en esta área. Son algunas de las formas en las que la comunicación en salud cobra vida.

Los primeros cinco campos de acción, corresponden a los cinco métodos de promoción de la salud que se analizaron en el apartado 2.1.3.5., pues en todos ellos la comunicación es su protagonista. Así, estos métodos se convierten en propuestas de comunicación en salud, como terreno donde se aplican los enfoques y las teorías y modelos propios de esta subárea del conocimiento:

-Educación para la salud. Este campo de acción puede tener un gran número de formas, desde las más tradicionales referidas a las charlas y a la labor del médico en la consulta, hasta llegar a apuestas más contemporáneas como las que utilizan el Edu-entretenimiento, es decir, la educación para la salud a través de juegos, dramatizados, puestas en escena, concursos o producciones radiotelevisivas como series, radionovelas o telenovelas.

-Grupos de ayuda mutua. El desarrollo de habilidades comunicativas es una tarea fundamental para el éxito y la sostenibilidad de los grupos de ayuda mutua.

-Participación comunitaria. En todo proceso de participación, la comunicación es el eje sobre el que se sustentan las condiciones sobre el cual ésta puede darse.

-Marketing social. Constantemente la comunicación en salud hace uso del mercadeo social y de la publicidad social para alcanzar fines relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, combinándolo con otros campos de acción para lograr un mayor impacto.

-Abogacía en medios. Si bien, esta es una tarea muy específica de la comunicación en salud a través de los medios de comunicación, se ha convertido en protagónica a la hora de alcanzar objetivos específicos como la creación de políticas públicas saludables, en donde se llama la atención de quienes tienen en su poder la creación de las mismas.

Otros campos de acción en donde la comunicación en salud también juega un papel protagonista son:

2.2.5.1. COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y GRUPAL

Es el campo de acción básico de la comunicación en salud, y representa un nivel de interacción constante dentro de cualquier escenario o estrategia.

Dentro de la comunicación interpersonal el campo más estudiado y al que más se ha hecho referencia es el de la relación médico – paciente. Y aunque definitivamente es un campo de gran trascendencia, no se puede

obviar que en la nueva concepción de salud, por un lado no sólo la medicina interactúa en este campo sino que los hacen nuevas disciplinas (por lo que la relación de los individuos en el sector sanitario ya no se da solamente con médicos), y por otro, el paciente adquiere otra connotación más protagónica (con un papel de ciudadano o de usuario en otros casos).

Por eso, hoy se habla de una relación más horizontal entre ambos actores y se han tejido nuevas formas de entender esta relación, en la que ya no se refiere a quienes desde un consultorio atienden las demandas de enfermedad de una persona, sino de todos los profesionales y personas involucradas en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación de las enfermedades y dolencias y la rehabilitación, y en el contacto permanente que establecen con individuos y grupos para cumplir su tarea. De ahí que la comunicación interpersonal para la salud sea una manifestación que se da en muchos escenarios.

De una buena comunicación interpersonal entre los distintos actores del proceso, dependerá en gran medida el éxito de las acciones emprendidas. Además, de la relación simétrica que se teje en este tipo de comunicación, dependerán asuntos como el empoderamiento y la sostenibilidad de conductas o procesos en salud.

En cuanto a la relación médico –paciente (un asunto también muy importante dentro de la comunicación interpersonal en salud), han sido numerosos los estudios y los hallazgos que se han realizado en este campo (Taylor, 1995; Borrell, 2004; Stewart, 1995; Stewart et al., 2000; Kinnersley et al., 1999; Levinson et al., 1997).

La comunicación médico – paciente está evolucionando hacia una relación de médico – usuario. “El rol del usuario se configura como un actor más formado, más activo que el de paciente; demandante de información; más autónomo respecto del médico; más consciente de su condición de cliente y de su capacidad de decisión” (Costa, 2011: 129).

Se abandona la óptica paternalista y se entra en una relación más igualitaria, que involucra tanto a usuarios directos (los llamados, tradicionalmente, pacientes), como indirectos (los familiares, acompañantes, amigos...) que también entran a formar parte de esta relación a través de su presencia en uno de los escenarios donde se teje la misma.

Por su parte, dentro de la comunicación grupal, las redes de comunicación en los grupos es otro asunto de gran importancia en el sector de la salud. Constantemente la interacción pasa de tener un carácter interpersonal a ser una comunicación grupal, donde intervienen a la vez varios actores. Y aunque básicamente las habilidades de comunicación para la relación interpersonal son las mismas que aplican a este tipo de comunicación, se necesitan otras relacionadas con el dominio de técnicas para el trabajo en grupo y de liderazgo.

2.2.5.2. PERIODISMO SANITARIO

Este es uno de los escenarios más tradicionales de la comunicación en salud y uno de los más utilizados. En la actualidad en la mayoría de los medios de comunicación existen espacios dedicados a la salud, secciones en periódicos, segmentos en programas de radio y televisión que demuestran el

interés de las audiencias por esta área, y por consiguiente el interés de los medios.

Los usos más tradicionales del periodismo sanitario se dieron bajo el esquema informacional de la salud (Díaz, 2011), en el que se sostenía que la información por sí sola podría producir cambios hacia conductas saludables. Pero cuando se comprueba que es necesario la activación de otros componentes (además del informacional) para lograr los cambios de conducta, igualmente la información, y los medios de comunicación continúan jugando un papel importante en el escenario de salud.

El periodismo sanitario ha estado caracterizado en muchos casos por una lógica comercial movida por las empresas farmacéuticas y compañías de seguros privadas que patrocinan los espacios de salud en los medios (Waisbord, 2010); y las noticias de salud están más rezagadas a un espacio o sección que pocas veces ocupan los primeros focos de atención, como sí lo hacen las noticias políticas y económicas.

La excepción a este último hecho son los llamados *ciclos mediáticos epidémicos* (Shih, Wijaya y Dominique, 2008), referidos a la dinámica de temas en la agenda periodística. Es el caso de las epidemias donde las dinámicas de las enfermedades infecciosas y fácilmente transmisibles encajan muy bien con los ciclos mediáticos que buscan información nueva sobre el tema a diario; mientras que por ejemplo las enfermedades crónicas (cáncer, tabaquismo, enfermedades del corazón...) tienen un ritmo de expansión que no permite tener hechos nuevos constantemente, es decir que no van al ritmo que los medios precisan para convertirla en noticia de primer plano (Waisbord, 2010).

Esto ha llevado a que se generen tensiones entre el periodismo y la salud (Reed, 2001), pues lo que es importante desde el punto de vista epidemiológico no necesariamente tiene valor informativo para los medios. “No todas las enfermedades están hechas a igual medida del periodismo a pesar de su peso diferente en la morbilidad y mortalidad poblacional” (Waisbord, 2010: 101).

Independiente de este tipo de tensiones que se generen en el ejercicio del periodismo sanitario, éste seguirá constituyendo una herramienta muy importante desde la cual la comunicación en salud alcanza los objetivos establecidos en los programas o proyectos de salud. Por eso debe existir un compromiso permanente desde ambas partes, tanto desde los medios como desde los procesos de salud, por aprovechar en mayor medida las bondades que ofrece este campo de acción, perfeccionando su uso y poniéndolo siempre al servicio de una mejor salud y de una mejor calidad de vida. Un buen ejemplo de ello es la propuesta de periodismo cívico (Alfaro, 2005).

2.2.5.3. COMUNICACIÓN DE RIESGO

La salud ambiental es entendida como aquella en que confluyen el medio ambiente y la salud para conocer aquellas situaciones que pueden representar un riesgo para la salud individual y colectiva, al exponerse a las modificaciones del medio ambiente donde las personas viven y trabajan, con el fin de promover políticas públicas, tanto en el campo ambiental como de la salud (Moreno y Peres, 2011). Por ejemplo, los gobiernos buscan controlar los

riesgos derivados de la industrialización, el desarrollo tecnológico y el crecimiento no planificado de las grandes ciudades.

De la necesidad por informar, capacitar y empoderar a las personas para que adopten medidas a favor de su salud ambiental, nace la comunicación de riesgo, como un elemento para fortalecer el conocimiento de la población en estos temas, así como para promover que los tomadores de decisiones establezcan políticas públicas exitosas que protejan la salud de la ciudadanía. “Es un intercambio de información a propósito en la interacción entre personas involucradas con respecto a salud, seguridad y amenazas ambientales y abarca cualquier comunicación que informe a los individuos acerca de la existencia, naturaleza, forma, severidad y aceptabilidad de un riesgo” (Moreno y Peres, 2011: 54).

En el terreno de la comunicación de riesgo es preciso recordar que son tan válidos los conocimientos y percepciones de los especialistas (académicos que acuden a capacitar o liderar los procesos), como de los no especialistas (la comunidad, que conoce su entorno y las condiciones en donde viven y que tienen unas creencias). Precisamente de la interacción entre conocimientos técnicos y creencias populares puede gestarse una buena comunicación de riesgo.

Existen tres aplicaciones conocidas para la comunicación del riesgo: la comunicación del riesgo para la crisis (en la preparación, prevención, respuesta y recuperación de una emergencia o crisis de salud), la comunicación de riesgo para el consenso (se aplica para resolver conflictos entre los diferentes actores y grupos involucrados con el objeto de riesgo, o para desarrollar un plan de

acción para la gestión del mismo), y la comunicación de riesgo para el cuidado (se basa en los resultados de investigación que tienen el objetivo de determinar las implicaciones de los riesgos para la salud y el medio ambiente) (Moreno y Peres, 2011).

Asuntos como la efectividad del uso del miedo como factor persuasivo dentro de las crisis y riesgos sanitarios (Rodríguez, 2011), y el enfoque preventivo y prospectivo del periodismo para la gestión del riesgo -que reclama como tarea prioritaria la información continua y un manejo más adecuado de estos temas por parte de los medios de comunicación- (Obregón, Arroyave y Barrio, 2010), son algunas de las temáticas específicas que empiezan a engrandecer este campo de acción.

2.2.5.4. TELEMEDICINA Y SALUD 2.0

En este campo los pacientes han tenido acceso a los hospitales a través de resultados médicos electrónicos (como el seguimiento a distancia utilizado para la captura de medidas específicas de enfermedad por vía electrónica, tales como glucosa en la sangre o los signos vitales), registros personales de salud (expediente clínico electrónico); y estos se han utilizado directamente a través de videoconferencia sincrónica entre médico y paciente para la atención especializada de su salud (Shea, Weinstock y Starren, 2006).

La telemedicina se logra con la integración de la medicina, las telecomunicaciones, las tecnologías de información y la ingeniería biomédica. Presenta ventajas como la reducción de los tiempos de atención, diagnósticos y tratamientos más oportunos, mayor calidad del servicio, reducción de costos

de transporte, atención continuada, disminución de riesgos profesionales, posibilidad de interconsulta y una mayor cobertura.

Ahora bien, el uso de la web 2.0 en el sector salud también está arrojando resultados muy interesantes, como lo demuestran la cantidad de blogs, foros y redes sociales en el tema que actualmente circulan en Internet. Las TIC ofrecen en la actualidad un campo de gran impacto en la salud, de ahí se deriva la importancia de analizar Internet y el uso de las herramientas ofrecidas por la web: social media (facebook, twitter, tuenti...), foros de pacientes y de profesionales de salud; lo que ha llevado a un cambio en la forma de interacción entre los distintos actores del Sistema de Salud.

Claro está que aún con todos estos desarrollos, quedan muchas discusiones sobre el tema, pues a pesar de todos estos beneficios, actualmente la telemedicina en la mayoría de los casos hace un uso muy instrumental de la comunicación y está basada casi exclusivamente en la enfermedad. “Se considera una herramienta tecnológica para el intercambio de imagen, voz, datos y video por algún medio electrónico, que permite el diagnóstico y la opinión de casos clínicos” (García y Rodas, 2011: 21).

En algunos escenarios la telemedicina se ha empezado a utilizar con otros fines. Es el caso del uso de la telefonía móvil para enviar información como estrategia dentro de programas que promocionan la salud (como agendas culturales y recreativas), o que previenen alguna enfermedad (como el consumo de drogas) (Del Pozo y Ferreras, 2011). Esto evidencia cómo la telemedicina se puede convertir en aliada y complemento de otras estrategias destinadas no sólo a la enfermedad, sino a promover la salud.

2.2.5.5. POLÍTICAS COMUNITARIAS DE SALUD

Una política es un consenso sobre ideas que constituyen el fundamento de la acción. Supone la toma de decisiones a los niveles internacional y nacional (macro), a los niveles provincial y municipal (meso), y a los niveles de la unidad u organismo de salud individuales (micro). El desarrollo de políticas a nivel micro es esencial en la ejecución de programas de promoción de la salud de base comunitaria (Labonte, 1987).

Dentro de las organizaciones comunitarias que se establezcan para liderar procesos de salud, la comunicación en salud está presente en la definición y puesta en marcha de políticas comunitarias (no gubernamentales) que busquen mejorar la salud y el bienestar de los miembros de la comunidad.

Estas propuestas de políticas se logran bajo un esquema de participación comunitaria, que permita el análisis y el consenso de asuntos sobre los que la comunidad cree y sabe que tiene competencia directa.

Para las políticas de salud a nivel meso y macro, ya se analizó, que por tratarse de asuntos que escapan a la decisión directa de las comunidades, existen procesos de comunicación en salud que fomentan su creación como la abogacía en medios de comunicación y la misma participación comunitaria.

2.2.5.6. COMUNICACIÓN INTERNA Y CORPORATIVA

La importancia de la comunicación interna (entendida como el conjunto de actividades efectuadas por cualquier organización con el fin de crear y mantener buenas relaciones con y entre sus miembros) en los escenarios de salud, se fundamenta en el poder de unión y movilización que ésta aporta; lo que puede apoyar los procesos emprendidos por la entidad u organismo en materia de salud. A la comunicación interna en salud se dedica el capítulo 2.3. por ser el campo de acción específico dentro de la comunicación en salud donde se desarrolla la presente tesis.

2.2.6. RETOS

Aunque la comunicación en salud cuenta con un amplio desarrollo en estas pocas décadas de vida, aún le quedan tareas por asumir y nuevos retos que enfrentar. Entre ellos:

-Tener presente que su objetivo más amplio está en la movilización social, entendida como el incremento de la conciencia de las poblaciones -de sus conocimientos y de sus habilidades para asegurar su autoaseguramiento, conocer sus derechos y deberes, reclamar la satisfacción de sus necesidades- y la movilización de todos los recursos disponibles para lograr una mejor salud y calidad de vida (Suárez, 2011). De ahí la importancia de trabajar en el autocontrol, es decir, dar las capacidades a las personas y colectivos para desarrollar conocimientos y habilidades que les permitan tomar decisiones autónomas y saludables (Díaz y Uranga, 2011).

-Identificar permanentemente los destinatarios de las acciones que se lleven a cabo, sus características y percepciones y evaluar las formas en que éstos se relacionan con su entorno (Díaz, 2011). De aquí debe partir cualquier acción emprendida. Esto, además, permitirá entre otras cosas, personalizar la información sobre la salud y los hábitos de vida para lograr una mayor implicación de los usuarios en sus procesos de salud (Del Pozo y Ferreras, 2011).

-Basar los procesos en un nuevo paradigma, el que ubica a las audiencias como protagonistas activos -la tercera generación de los modelos de comunicación social-, en donde los mismos ciudadanos (capacitados y empoderados) son capaces de crear, producir y difundir los mensajes sobre salud (Menéndez y Cuesta, 2011). Este ejercicio se mueve dentro del marco de la participación comunitaria, establecida como requisito dentro de los procesos de salud, y como garantía de sostenibilidad de los mismos. Se trata de trabajar la salud desde un enfoque de derechos que reconoce en los individuos y comunidades no sólo “recipientes” o beneficiarios de acciones de salud pública, sino agentes generadores de salud y promotores de procesos de cambio (Obregón, 2010).

-Apuntar con sus acciones a la promoción de la salud, como un subcampo de acción que no se agota en un nivel instrumental sino que tiene una finalidad estratégica, integral e integradora. Así concentrará sus funciones en informar, para educar a la gente; persuadir, para motivarlos a adoptar medidas saludables; formar, para aumentar las habilidades de autocontrol, gestión ambiental, acción social y organización de la comunidad para crear

redes de apoyo; y buscar el cambio ambiental para crear oportunidades para las acciones de salud (Barengo, Tuomilehto, Nissinen, y Puska, 2011).

-Tener siempre presente y ante todo, la comunicación como diálogo, intercambio, negociación de sentidos, e interacción y red, donde los objetivos de salud se alcanzan por consenso y no por coerción o imposición vertical (Calvo, 2006). Asimismo, aprovechar los nuevos escenarios para potenciar su trabajo, entrando en terrenos novedosos como la tematización en la red social (aprovechando las redes sociales para crear espacios públicos de discusión, participación y control), o el fortalecimiento de la gestión desde la comunicación interna en escenarios de salud (buscando conseguir más aliados para el trabajo desde el nuevo paradigma de la salud, centrado en su promoción).

Precisamente, a este tema de la comunicación interna en escenarios de salud, se le dedica el siguiente capítulo, como un campo de acción de la comunicación en salud donde hay un gran trabajo por realizar.

2.3. COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD

2.3.1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la comunicación interna (tema central de esta tesis) está ligado a la evolución de las Relaciones Públicas, como disciplina que estudia la presencia de la comunicación en el mundo organizacional.

Tras la multitud de significados que se le podría dar a las organizaciones, y tras un exhaustivo trabajo de revisión, Quijano la define como: “Formaciones sociales complejas y plurales, compuestas por individuos y grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que constituyen un sistema de roles, coordinado mediante un sistema de autoridad y de comunicación, y articulado por un sistema de significados compartidos (que incluyen interpretaciones de la realidad, normas y valores) en orden a la integración del sistema y a la consecución de objetivos y fines” (Quijano, 1993: 8).

Y con la evolución de las organizaciones, la comunicación empieza a jugar un papel importante dentro de éstas. Así se inician los estudios en el terreno de la comunicación en las organizaciones, sobre todo a partir de los años cuarenta cuando el estudio sistemático de este campo empieza a arrojar un número creciente de investigaciones, sobre todo en Estados Unidos (Andrade, 1991).

A partir de ahí, la comunicación ha estado ligada indiscutiblemente a los asuntos organizacionales y al desarrollo de la propia organización. Algunas de las contribuciones de la comunicación en este terreno son (Pascale, 1992):

- Proyecta una representación unitaria de la organización basada en su identidad y en el diálogo con la comunidad, al expresar una imagen.

- Articula la plenitud individual al desarrollo de la organización, puesto que la estructura se transforma en una familia o una comunidad o un lugar para alcanzar la plenitud personal.

- Desarrolla un ente imaginario comunitario, al ser un instrumento de gestión que contribuye al consenso en la organización.

- Fortalece y hace evolucionar la cultura de la empresa como elemento de diferenciación o movilización.

-Es un elemento de cambio que proyecta la identidad, anticipándose a los deseos del cliente.

Puede decirse que las Relaciones Públicas es una profesión joven que sólo hace un par de décadas empezó a acercarse a un verdadero estatus profesional (Grunig y Hunt, 2003). Desde su estado inicial, confundida con persuasión y propaganda, ha pasado a convertirse en un proceso en el que la comunicación es sinónimo de participación e interacción. Como dice Annie Bartoli: “Las nuevas formas de gestión (la administración participativa, por ejemplo) insisten acerca de las virtudes de la comunicación entre los miembros del cuadro y cada uno de sus colaboradores. En consecuencia, estamos ante un verdadero enfoque participativo en el que se busca la sinergia y se entiende la comunicación como un proceso de influencia” (Bartoli, 1992: 83).

Todo programa de Relaciones Públicas cuenta con estrategias que, en mayor o menor medida, tienen por objetivo alcanzar uno de los siguientes efectos:

“-Comunicación: el público recibe un mensaje a través de noticias en los medios de comunicación, un evento especial, una reunión con líderes...”

“-Retención del mensaje: el público no debe estar expuesto únicamente al mensaje, sino que también debe retenerlo. El objetivo es de comprensión. Los receptores del mensaje no están necesariamente de acuerdo con el mensaje, pero lo recuerdan.

“-Aceptación de las cogniciones: el público objetivo no sólo retiene el mensaje sino que lo acepta.

“-Formación o cambio de conducta: el público objetivo no sólo cree el mensaje sino que evalúa favorablemente sus implicaciones y tiene el propósito de cambiar la conducta.

“-Conducta evidente o abierta: los públicos objetivos cambian o inician, en realidad, una conducta nueva o repetida” (Grunig y Hunt, 2003: 223).

Así, las Relaciones Públicas que tienen por objeto central la dirección y la gestión de la comunicación entre una organización y sus públicos (Grunig y Hunt, 2003), es una actividad objetiva y observable que podría ser medida, clasificada y relacionada con otros procesos organizacionales (Varona, 1993).

Por eso, en cuanto a su evaluación, Armendáriz (2010) presenta un completo trabajo sobre el tema. Algunas de sus conclusiones son:

-Desde los años setenta se han incrementado los trabajos sobre evaluación de las Relaciones Públicas, especialmente en el área anglosajona. Esto se contrasta con el caso Español donde hay una ausencia de actividad científica en esta materia.

-La consolidación de los nuevos modelos de dirección empresarial a partir de los años 70/80, sobre todo el conocido como dirección por objetivos MBO, introducirá cierta tensión en las Relaciones Públicas para que comiencen a medir sus resultados.

-La importancia de la evaluación en las Relaciones Públicas queda reflejada en cuatro ámbitos: constituye cada vez más una imposición de la cúpula directiva, contribuye al reconocimiento de los profesionales, favorece la consolidación de las Relaciones Públicas como profesión, y facilita los procesos de comunicación.

-A la práctica de la evaluación se oponen cinco barreras: el desconocimiento de la investigación comunicativa por parte de los profesionales, su deficiente formación en técnicas de investigación, la ambigüedad en el planteamiento de los objetivos y la confusión entre los medios y los fines, la consideración de las relaciones públicas como una

actividad técnica y no estratégica, y las limitaciones estructurales como el excesivo coste y la limitación del tiempo.

-La evaluación intuitiva, basada en la experiencia o en juicios de terceros, y la medición de cobertura de medios, son los dos métodos más utilizados por los profesionales de las Relaciones Públicas. Su empleo es superior al de la evaluación científica, lo que significaría que no se ha producido una evolución desde la medición subjetiva a métodos más científicos y sistemáticos.

Finalmente, y siguiendo el trabajo de Esman (1972), se podrían identificar cuatro clases de públicos, de acuerdo con los vínculos que el autor consideró como críticos para la supervivencia de una organización y que son los que se deben tener en cuenta en las estrategias de Relaciones Públicas (citados en Grunig y Hunt, 2003: 231-233):

Figura 2: Vínculos de las organizaciones



Fuente: Esman (1972) y Grunig y Hunt (2003)

Y aunque todos estos públicos caben a la hora de diseñar un programa de Relaciones Públicas, en la actualidad existe una clasificación más general que los agrupa en relación con la estrategia que se vaya a desarrollar, sea de Comunicación Interna o de Comunicación Externa (dos grandes grupos: públicos internos y públicos externos).

De esta manera, las Relaciones Públicas trabajan también en dos sentidos: Comunicación Interna (o Relaciones Públicas internas) y Comunicación Externa (o Relaciones Públicas externas).

Puede decirse que la mayoría de los programas de Relaciones Públicas en las organizaciones trabajan bajo estos dos esquemas.

Andrade los define así:

“-Comunicación interna: conjunto de actividades efectuadas por la organización para la creación y mantenimiento de buenas relaciones con y entre sus miembros, a través del uso de diferentes medios de comunicación que los mantengan informados, integrados y motivados para contribuir con su trabajo al logro de los objetivos organizacionales.

-Comunicación externa: conjunto de mensajes emitidos por la organización hacia sus diferentes públicos externos, encaminados a mantener o mejorar sus relaciones con ellos, a proyectar una imagen favorable o a promover sus productos o servicios” (Andrade, 2005: 17).

Durante muchos años, la comunicación externa estuvo más presente que la comunicación interna, y por tanto fue mas fuerte dentro de los programas de Relaciones Públicas, sobre todo por la necesidad de promover la imagen y darle visibilidad a la organización.

En la actualidad ambos escenarios son igual de importantes dentro de la vida organizacional.

Los enfoques de comunicación interna son más recientes, y se han desarrollado en la medida en que las investigaciones han demostrado las potencialidades de ésta para alcanzar asuntos como la motivación y la satisfacción de los empleados, que conducen a una mayor productividad, y a ser un gran soporte de la comunicación externa.

Este capítulo se centra en la comunicación interna como una de las áreas de las Relaciones Públicas dentro de las organizaciones de salud, tema central para el desarrollo de esta tesis.

Teniendo en cuenta que existe muy poca bibliografía sobre comunicación interna en salud (muestra de ello son las escasas referencias encontradas en bases de datos como PUBMED O SCOPUS y a las que se hará mención más adelante) , el siguiente subcapítulo aborda de forma general el tema de la comunicación interna, y sienta las bases para el desarrollo de un subcapítulo siguiente dedicado específicamente a comunicación interna en salud.

2.3.2. LA COMUNICACIÓN INTERNA

2.3.2.1. HISTORIA Y DEFINICIÓN

A partir de Dover (1964) y de Grunig y Hunt (2003), se pueden apreciar cuatro eras de la comunicación con los empleados dentro de las organizaciones:

-La era de agasajar a los empleados, para convencerlos de que la organización era un buen lugar para trabajar (años 40).

-La era de información (años 50).

-La era de la persuasión (años 60).

-La era de la comunicación abierta con los empleados, la comunicación simétrica bidireccional (años 80 hasta la actualidad).

Y es que a medida que se han ido transformando las organizaciones a través de los años, se han ido incorporando también nuevos procesos para la gestión de los recursos humanos. De los estudios sobre la evolución de las empresas en Japón, Europa y Estados Unidos, Bannel (1989), recoge algunas constantes sobre esta evolución:

-La necesidad de integrar el elemento humano como un elemento estratégico de la empresa (excitar la inteligencia de los hombres y mujeres de la empresa por medio de la información, la motivación y la movilización).

-La motivación del personal no puede ser un reflejo condicionado únicamente por estímulos económicos (la motivación es el resultado de la toma en consideración del nivel cultural de la empresa y de la responsabilización inteligente de cada uno de los agentes económicos, adecuada al nivel de su trabajo y de sus responsabilidades).

-El pragmatismo y la modestia (hay que aceptar modestamente las lecciones de los que han tenido más o mejor éxito; hay que saber interpretar, descifrar, comprender las especificidades de cada experiencia para integrarlas en el contexto sociocultural de su propia empresa).

-Los cambios de organización deben adecuarse al ambiente sociocultural; el estilo y los métodos de dirección deben tenerlo en cuenta (es necesario un esfuerzo de adaptación y de comprensión para ver las particularidades culturales del operario y del directivo y tomarlas en cuenta en la organización y en la definición de los objetivos y del proyecto de empresa).

-La productividad ya no es garantía de competitividad, se ha pasado de la era del consumismo a la era de la calidad (ha sido necesario que la calidad sea integrada por la empresa como un dato estratégico).

Estos cambios en la percepción del público interno dentro de las organizaciones han llevado al desarrollo de una política de comunicación interna dentro de las mismas.

Además de la definición de Andrade (2005) que se citó anteriormente, existen otras definiciones de la comunicación interna.

Para Somoza (1993) constituye un proceso de gestión de los recursos humanos que permite la transparencia y el conocimiento de la situación presente y futura de la organización. Destaca que la comunicación interna es un elemento de motivación personal, es fuente de transmisión y promoción de la cultura, fomenta la cohesión y optimiza el desarrollo potenciando comportamientos productivos.

Sanz de la Tajada considera que “la comunicación interna se efectúa con los diferentes públicos integrantes de la organización ya sean superiores, colaterales y subordinados con la finalidad de intercambiar ideas, contrastar opiniones, tomar decisiones... Es un conjunto de acciones con la intencionalidad de mejorar su cultura corporativa, mediante la implicación de los empleados en el proyecto de empresa” (Sanz de la Tajada, 1996: 43).

Por su parte Lucas (1997) considera que es un procedimiento comunicativo realizado al interior del sistema organizativo y que su estudio se centra en los procesos y subprocesos de transmisión de la información para el cumplimiento de las tareas en la organización.

Finalmente, Berceruelo la define como aquella que “alude al enmarañado flujo de mensajes que nacen, se reproducen y circulan –en todas direcciones- en el seno de las organizaciones. Y se corresponde con aquella función gerencial que desarrolla la tarea de organizar y promover ese flujo de información que circula por los canales internos de la compañía y que contribuye a la obtención de resultados” (Berceruelo, 2011: 29).

Todas estas definiciones revelan el grado de importancia que tiene para la organización los procesos comunicativos internos. A continuación se desarrollan algunos aspectos importantes de la influencia de la comunicación interna dentro de la organización.

2.3.2.2. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN INTENA

Lebel y Lebel (1992) presentan una amplia visión de las ventajas de la comunicación interna tanto para la empresa, como para las personas y para los productos o servicios que se ofrecen:

Tabla 7: Ventajas de la comunicación interna

PARA LA EMPRESA	PARA LAS PERSONAS	PARA EL PRODUCTO O SERVICIO
<ul style="list-style-type: none"> -Moviliza inteligencias -Adhiere -Saca beneficio -Asegura la participación -Reúne los recursos -Mejora los resultados -Adapta la estructura a los objetivos -Facilita una política realista 	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibiliza – motiva -Crea adhesión -Mejora la calidad de vida -Asegura la formación -Desarrollo personal -Valora la escucha 	<ul style="list-style-type: none"> -Un proyecto de empresa -Aumenta la coherencia -Mejora la calidad -Aumenta la productividad -Reduce los precios

Elaboración propia a partir de Lebel y Lebel (1992)

De la amplia lista de beneficios a los que la comunicación interna puede contribuir dentro de una organización, se destacan cinco asuntos relevantes:

-El hecho de que la comunicación está relacionada positivamente con la satisfacción de los empleados y que en la mayoría de los casos la comunicación y la motivación influyen en la actuación (Daly y Korinek, 1982). Este asunto es recogido por las teorías contemporáneas del desarrollo organizacional cuando reconocen que un empleado satisfecho, leal y

productivo no sólo necesita información adecuada para realizar su trabajo, sino una comunicación fluida y confiable que llene sus diferentes vacíos socioemocionales (Tanis y Postmes, 2005).

-El reconocimiento de que las personas (empleados) son el recurso más importante de cualquier organización ha llevado a que la comunicación sea la vía más valiosa para despertar, fomentar y aprovechar los conocimientos, creencias, aptitudes y valores como el principal activo de las empresas modernas. Así el éxito depende fundamentalmente de la profesionalidad, la dedicación y la capacidad de comunicarse de los empleados y los líderes (Ferrer, 2000). Los potenciales dormidos (públicos internos) son el gran problema de la mayoría de las organizaciones debido a la carencia de una comunicación sistemática que promueva la interacción y evite la creación de grupos aislados y negativos (Villafañe, 1999). En este sentido, se ha demostrado que las capacidades y comportamientos de los individuos pueden ser mejorados para convertirlos en el activo más importante de cualquier organización (Barney, 1991) , lográndolo a través de la comunicación.

-El hecho de que en la actualidad las empresas compiten desde el terreno de la calidad en sus productos y servicios. Esta calidad sólo se logra con una movilización de las energías dentro de los públicos internos, para lo que se requiere: información, sensibilización, transmisión de los hechos, de las técnicas y del seguimiento, y definición y formulación de las técnicas de movilización; y el vehículo para lograrlo es la comunicación (Bannel, 1989). Así la comunicación resulta esencial para los procesos de calidad de cualquier organización.

-La experiencia ha demostrado que la comunicación interna influye en la comunicación externa, pues la motivación de los asalariados, entre otros asuntos, resulta clave en la información y en los servicios que se ofrecen hacia el exterior. Por eso debe existir una gestión global que busque unas comunicaciones internas y externas complementarias (Bartoli, 1992). De lo que se trata es de romper el estancamiento y el aislamiento, de modo que el conocimiento y la información fluyan, intentando devolver a los empleados (operarios) su capacidad de juicio, su autonomía de decisión y su poder de iniciativa y creación (Bannel, 1989).

- La comunicación interna se considera estratégica en la medida en que los empleados se vuelven los principales actores de la organización, desde la perspectiva de que las personas no son simples recursos sino los principales actores en una red de relaciones personales basadas en el consumo y la producción de conocimiento (Morató, 2011).

2.3.2.3. OBJETIVOS Y FUNCIONES

2.3.2.3.1. Objetivos

Varios autores se han referido a cuáles deben ser los objetivos que se persiguen con una estrategia de comunicación interna. Y aunque hay unos muy específicos, la mayoría tienen puntos de encuentro en temas como la motivación y la satisfacción del recurso humano, la identificación por parte de los públicos, la imagen y la cultura corporativa, el clima de trabajo, y la productividad de la organización.

Bannel es preciso en su definición al relacionarlo con el objetivo final de productividad de la organización, cuando aclara que “su finalidad es intangible, sea cual sea la naturaleza y el tamaño de la empresa: mejorar los resultados de la empresa y por lo tanto su rentabilidad” (Bannel, 1989: 49).

Por su parte Lingán (2003) después de realizar una minuciosa revisión sobre el tema, consideró que los objetivos de la comunicación interna eran:

- Implicar a la organización en el desarrollo de su visión estratégica, identificando al público interno con la misión y los objetivos, mediante la interiorización del sentido de pertenencia y la cultura corporativa.

- Consolidar un estilo de dirección basado en el trabajo en equipo, en la participación y en el compromiso.

- Equilibrar la información descendente, ascendente y transversal, informando a cada miembro sobre aspectos funcionales y corporativos, para obtener la información de retorno necesaria.

- Proyectar una imagen positiva de la organización en el público interno y con perspectiva externa.

Y en el trabajo de Berceruelo (2011), se aprecian como líneas objetivas: vincular el trabajo individual y los objetivos empresariales, transmitir la misión y los valores de una organización, mantener vivo el estímulo y la motivación en la tarea diaria, mejorar la satisfacción personal, y mejorar la productividad y el rendimiento. Además, considera como asuntos complementarios el hecho de que la comunicación interna contribuya a la construcción de una imagen corporativa; obtenga, encauce y transmita la opinión y las aportaciones de los empleados antes temas relevantes; y rompa la estanqueidad entre departamentos, haciendo que la información se transmita y circule en todos los sentidos.

2.3.2.3.2. Funciones

En relación con los objetivos anteriores, también han sido variadas las funciones que se le han otorgado a la comunicación interna para alcanzar dichos objetivos.

Ongallo (2007) las describe así:

- Informar de la estrategia y fines de la empresa.
- Recabar opiniones y sugerencias de las personas de la organización, lo que permite alcanzar los objetivos más rápidamente o más satisfactoriamente.
- Lograr la coordinación entre unidades diferentes de la organización.

Por su parte García Jiménez (1998), con un enfoque más completo, considera que la comunicación interna tiene cuatro funciones:

- Una función corporativa, pues contribuye a precisar y a fijar la identidad y personalidad corporativa.
- Una función operativa, ya que permite compartir el conocimiento técnico y las actitudes positivas de cooperación e implicación para un mejor desempeño del puesto de trabajo.
- Una función cultural, pues enseña y habitúa a vivir la empresa.
- Una función estratégica, como elemento clave a la hora de diseñar las políticas y estrategias de la empresa.

Además, las funciones de la comunicación interna deben actuar sobre tres escenarios distintos (Gonzalo, 2002):

- Conocimiento: conocer y comprender una interpretación común sobre la situación de la empresa en su entorno, la estrategia de actuación definida y la implicación de todos en ella.
- Compromiso: compartir y sentirse comprometido en unos retos que supongan la superación de las debilidades de desempeño que hoy muestra la organización.

-Acción: participar en aquellas acciones concretas que materialicen ese mejor desempeño en el ámbito del trabajo individual, de cada uno.

La tabla 8, elaborada por Costa (2011: 82) recoge las principales funciones de la comunicación interna desde la perspectiva de varios autores.

Tabla 8: Funciones de la comunicación interna

AUTORES Y FUNCIONES DE LA COMUNICACIÓN INTERNA					
VILLAFANE (1993)	DEL POZO LITE (1997)	GARCÍA JIMÉNEZ (1998)	ANDRADE (2005)	DE MARCHIS (2007)	ONGALLO (2007)
-Implicar al personal -Armonizar las acciones -Cambiar las actitudes -Mejorar la productividad	-Investigar -Orientar -Informar -Animar y coordinar -Organizar campañas -Formar	-Función corporativa -Función operativa -Función cultural -Función estratégica	-Identificación -Información -Integración -Imagen -Investigación	-Facilitar el buen clima de trabajo -Facilitar la circulación de información -Reducir las posibilidades de conflicto -Implicar a las personas	-Transmisión de una voluntad real -Difusión de valores comunes -Transmisión de mensajes importantes -Colaboración interdepartamental.

Fuente: Costa (2011:82)

2.3.2.4. TIPOS DE COMUNICACIÓN Y CANALES

Según Berceruelo (2011), la comunicación en la organización utiliza una serie de canales que pueden ser agrupados en dos grandes categorías: los formales y los informales.

“-Canales formales: son los cauces que funcionan dentro de una organización o empresa conforme a criterios jerárquicos y organizativos predeterminados.

“-Canales informales: conforman una red paralela, que a diferencia de la anterior, vincula a los integrantes por afinidad o empatía, como resultado de la interacción humana” (Berceruelo, 2011: 81-82).

Y aunque se ha tendido a desfavorecer los canales informales, lo cierto es que éstos son tan importantes como los formales en la vida de toda organización, pues se quiera o no, hacen parte de todo grupo o colectividad por naturaleza. De lo que se trata es de saberlos aprovechar, como complemento necesario de los canales formales definidos por la organización.

Así, los canales informales no deben ser considerados tan sólo en su papel de transmisión de rumores (a los que hay que prestar mucha atención y saber orientar hacia cauces positivos para el desarrollo organizacional), sino que al utilizarlos correctamente pueden servir para fortalecer la cultura de la organización y para “corregir o matizar mensajes oficiales ambiguos o deficientes. La rapidez con la que circula la información por estas redes informales y la credibilidad de que gozan los emisores y transmisores de esta información debido a la amistad, liderazgo, proximidad o confianza, merecerían su toma en consideración” (Berceruelo, 2011: 82).

Dentro de los canales formales e informales, la comunicación interna en la empresa puede darse de varias formas. En la obra de Ongallo (2007) se identifican tres tipos de comunicación:

- Descendente: comunicar a los niveles inferiores de la organización la información que emana de los niveles superiores (dirección, gerencia...).

- Ascendente: obtener datos y noticias relativas a la moral laboral del personal, socios y colaboradores, sus aspiraciones, deseos y opiniones.

- Horizontal: promover el intercambio de datos e impresiones entre los miembros de un mismo nivel jerárquico, o de su mismo grupo.

A estas tres formas, se añade una cuarta descrita en la obra de Del Pozo Lite (1997):

-Transversal: la configuración de un lenguaje común entre todos los miembros de la organización y de una serie de actividades coherentes con los principios y valores que la organización persigue.

Y aunque todos estos tipos de comunicación son importantes y necesarios en la organización, la evolución de las estructuras organizacionales ha potenciado en mayor medida la comunicación horizontal y transversal, debido al carácter participativo que se ha implantado en las organizaciones modernas como factor de éxito, y a la necesidad de “integrar equipos de trabajo integrados por personas de diferentes procedencias (especialidades, áreas, niveles y funciones)” (Andrade, 2005: 18).

Se trata de instaurar un estilo participativo de dirección que incluya una comunicación total en la organización (ascendente, descendente, horizontal y transversal; a través de canales formales e informales), pues la comunicación “trae movimiento, lo mantiene, lo canaliza y permite salir airoso de los conflictos inevitables... Desburocratizar la dirección significa: repartir el saber, mediante la formación permanente, sistemática y descentralizada; repartir el poder, mediante redes; y repartir el haber, mediante la involucración en todas sus formas” (Bannel, 1989: 72-73). De aquí el papel fundamental de los líderes, que se analiza a continuación.

2.3.2.5. EL PAPEL DE LOS LÍDERES

Con la evolución de las organizaciones, también los líderes han adoptado nuevas formas de concebir su labor dentro de ésta.

Hoy en día, las experiencias y las investigaciones en el campo de la comunicación organizacional y la comunicación interna, han demostrado el importante papel que cumplen los líderes de una organización dentro del desarrollo de cualquier política de comunicación.

De cómo los líderes conciban la comunicación, de su compromiso con las acciones que se deban emprender, y de sus habilidades de comunicación, depende en un alto grado alcanzar los objetivos globales a los que se apunta con una estrategia de comunicación, sea interna o externa.

Es por eso que hablando específicamente de la política de comunicación interna, ésta “será un indicador del estilo de liderazgo que se desarrolle en una determinada organización y dicho estilo, a su vez, partirá de una determinada concepción y utilización de la comunicación interna” (Costa, 2011: 126).

Los líderes actuales deben desarrollar habilidades de comunicación que les permitan cumplir cabalmente con su labor dentro de la organización, funciones que van desde los asuntos de productividad de su organización, hasta las de motivación y activación de los públicos. Y estas funciones, además de todas las demás de gran relevancia para la organización y por tanto de interés para los líderes, están mediadas por la comunicación.

De ahí que liderazgo y comunicación sean dos conceptos inseparables, por “la similitud que guardan como instrumentos de integración y dinamización de equipos y personas en el seno de las empresas... La habilidad del líder para comunicar se convierte así en un instrumento al servicio de la productividad, la competitividad y la organización del trabajo en el engranaje laboral” (Berceruelo, 2011: 22).

Algunas investigaciones han demostrado la influencia de la comunicación por parte de los líderes en asuntos como la satisfacción laboral, el nivel de compromiso de los empleados, la imagen de la organización y las relaciones con otras organizaciones.

Goodman y Ruch tras años de investigación concluyeron que la manera en que los empleados perciben a la alta dirección influye en la satisfacción del trabajo más que cualquier otro aspecto. Y añadieron: “los empleados deben saber lo que sucede en la compañía. Quieren saber que la dirección se preocupa por ellos y que esa preocupación es genuina” (Goodman y Ruch, 1981: 18).

Por su parte, otros autores identificaron que la comunicación vertical influye en mayor medida que la comunicación horizontal en el compromiso de los integrantes de una organización (Postmes, Tanis y De Wit, 2001). Según estos autores, el sentido de pertenencia de los empleados está en gran parte relacionado con la valoración que ellos mismos hacen de la comunicación con los niveles directivos, más que de asuntos como la comunicación con sus compañeros.

Dentro de las habilidades de comunicación que debe desarrollar un líder, se puede encontrar una gran lista desde varios enfoques (incluidas algunas técnicas y de manejo de nuevas tecnologías), pero sin lugar a dudas las habilidades que más peso tienen, por el impacto que logran y por la constancia con la que se dan, son las habilidades de comunicación interpersonal.

La nueva concepción del líder dentro de la organización, exige la implementación de nuevas metodologías dentro de su labor y de su gestión, por ejemplo a través del marketing interno.

2.3.2.6. MARKETING INTERNO

Siguiendo el trabajo de Romeo (2005 b), quien aborda el tema de forma detallada, el marketing interno representa un salto cualitativo en la dirección y gestión de los recursos humanos y su objetivo es incorporar los conocimientos del marketing a la gestión y desarrollo interno de la organización.

Dos de los autores de referencia para el marketing interno son Levionnois quien lo definió como “el conjunto de métodos y técnicas que, puestas en práctica en un determinado orden permitirán a la empresa aumentar su nivel de efectividad, en interés de sus clientes y de sus propios colaboradores” (Levionnois, 1987: 9), y Quintanilla para quien es “un modelo de intervención que permite a la empresa (organización) disponer permanentemente de un capital de recursos humanos capaz de dinamizar y de acompañar su propio desarrollo ” (Quintanilla, 1988: 132). Este último autor además añade que en el marketing interno se utilizan las capacidades y talentos personales de los empleados, se establecen las relaciones de conexión adecuadas y se promueven la iniciativa personal, la comunicación, la creatividad y el cumplimiento de las tareas asignadas (Quintanilla, 1991).

El marketing interno concibe al empleado como un “tipo especial de cliente al que es preciso vender la empresa y su forma de gestión” (Quintanilla, 1988: 131), ya que “el trabajador ya no busca solamente ganarse la vida, sino

también expresar a través del trabajo su personalidad y experimentar satisfacción” (Gelinier, 1980: 261).

Es así como se genera una nueva filosofía de empresa, que considera al empleado como un “cliente” muy valioso para la organización, y cuyos deseos y preferencias se deben tener en cuenta (Gelinier, 1980). Pero esta filosofía no se da por simple altruismo sino que es la esencia de considerar que es el mejor modo de alcanzar la eficiencia y eficacia organizacional, y que para ello son necesarios dos asuntos en particular:

“-El desarrollo de un nuevo modelo de gestión organizacional desde el cual el directivo ha de asumir un rol de facilitador y catalizador de las condiciones que posibilitan que el trabajo sea intrínsecamente interesante, de modo que adquiera un mayor significado para el trabajador.

-Supone una reformulación del contrato psicosociológico establecido entre el trabajador y la organización, a partir del cual se pretende un intercambio de oportunidades que reporten incentivos intrínsecos: satisfacción en el trabajo, participación y desarrollo del autoconcepto. Todo ello permitirá que el trabajador aumente la posibilidad de compromiso con los objetivos de la organización, permitiendo que éste sea mucho más creativo al realizar su tarea” (Romeo, 2005 b: 123).

El marketing interno tiene dos objetivos interrelacionados: por un lado satisfacer las necesidades de los clientes internos- empleados, y por otro conseguir unos mayores índices de eficacia y eficiencia organizacional.

Además, al orientar su trabajo partiendo de la actitud de los empleados (lo que los motiva a comprometerse con las metas organizacionales), y al poner en marcha unos procesos comunicativos que proporcionan las herramientas necesarias para trabajar con eficacia, el marketing interno “se vislumbra como uno de los modelos culturales capaz de construir la

satisfacción del cliente desde dentro hacia fuera” (Romeo, 2005 b: 146), un asunto que se analiza a continuación.

2.3.2.7. DESDE DENTRO HACIA FUERA

En casi la totalidad de las obras de comunicación interna, se hace alguna mención sobre cómo ésta potencia el trabajo hacia el exterior. Y es que sin lugar a dudas, las ventajas de la comunicación interna además de tener un impacto en los asuntos internos, repercuten directamente en todo el componente externo de la organización, llámese imagen, relaciones externas o simplemente los productos o servicios que ofrece a unos usuarios. Algunas cuestiones importantes al respecto son:

-Los empleados son los primeros transmisores de la imagen de la organización (Ferrer, 2000), pues son quienes tienen el contacto con los usuarios o clientes y con la comunidad, al representar una figura que transmite confiabilidad por estar dentro de ella. Así, promueven a su organización en lo cotidiano, en el marco de sus contactos externos, personales y profesionales (Bartoli, 1992), donde transmiten sus motivaciones, convicciones y sus expectativas en cuanto a la realidad organizacional (Lingán, 2003).

-El vínculo funcional con los empleados es crítico para una organización, porque los empleados proporcionan la mano de obra y experiencia necesarias y, si son improductivos, la organización también lo será (Grunig y Hunt, 2003); es decir que de este vínculo se obtiene el producto que se ofrecerá al público.

-Cuando una organización posee una política general coherente, ésta se percibe en el exterior a través de múltiples formas y canales que apuntan a una misma parte. Y para que haya una política general coherente se requiere cohesión interna, que se logra si los cuadros superiores son los suficientemente motivadores y el conjunto de personal está motivado con respecto a objetivos compatibles con las finalidades de la organización (Bartoli, 1992).

-Los empleados que toman decisiones en una organización generalmente se sienten más involucrados (Grunig y Hunt, 2003). Y de este involucramiento depende la seguridad y el impacto de sus conductas comunicativas hacia el exterior. Así, la comunicación interna que estimula la iniciativa y la responsabilidad, aumenta el sentido de pertenencia de los empleados, su motivación y su voluntad de compromiso y promoción (Bartoli, 1992).

-El direccionamiento estratégico de una organización (representado en su misión, visión y objetivos), sólo se logra con la potenciación del público interno, lo que se ve reflejado hacia el exterior en la calidad de los productos y servicios ofrecidos (Lingán, 2003).

-Las personas pueden desarrollar diversas pautas de comportamiento por el simple hecho de pertenecer a una estructura de relaciones; pautas que no sólo vienen dadas por los vínculos entre dos individuos, sino también por la repercusión de las conexiones que les rodean. Los comportamientos organizativos son el reflejo de una estructura social y, por tanto, dependiendo de cómo se opere con ella se pueden conseguir unos mejores o peores

rendimientos laborales (Marqués, 2009). Una red con un alto grado de relaciones muy cercanas y con cierta carga emocional en el equipo, repercutirá positivamente en el rendimiento del grupo (Balkundi y Harrinson, 2006).

Se puede concluir que la comunicación interna es el soporte básico de la comunicación externa, y así mismo considerar que la comunicación externa es a la vez una extensión de la comunicación interna (Martín, 1998). Por lo tanto podría hablarse de que un empleado satisfecho es un cliente satisfecho (Costa, 2011).

Ahora y después de hacer un recorrido por los principales postulados y teorías de la comunicación interna, el siguiente capítulo recoge de forma específica este asunto en las organizaciones de salud.

2.3.3. LA COMUNICACIÓN INTERNA EN SALUD

2.3.3.1. IMPORTANCIA

Algunos autores se han aproximado a la biología para establecer analogías con la comunicación en la organización.

Almerana anota en la presentación de su obra: “no nos cabe ninguna duda de que el fenómeno comunicativo pueda calificarse como el sistema nervioso de la organización” (Almerana, 2005: 11).

Andrade por su parte apunta: “la comunicación es para la empresa el equivalente al sistema circulatorio del organismo animal o humano: permite que la sangre, que en este caso es la información, llegue a todos los rincones del

cuerpo y les proporcione el oxígeno necesario para su sano funcionamiento y, por lo tanto, para la supervivencia misma del sistema. Si no hay una buena irrigación, sobrevendrán enfermedades que llevarán finalmente a la muerte” (Andrade, 2005: 9).

Como sistema nervioso o como sistema circulatorio, la cuestión es que la comunicación es imprescindible para la vida de cualquier organización.

En el caso preciso de las organizaciones que tienen por objetivo trabajar por y para la salud, no hay una excepción; y sobre todo por los objetivos ante todo sociales que cumplen, la comunicación en todas sus formas (global: interna y externa) debe estar presente en cada momento, en cada situación y en cada proceso.

Específicamente sobre el caso de la comunicación interna en escenarios de salud, poco ilustrada y mucho menos estudiada que la comunicación externa, algunos autores han apuntado sobre cómo ésta puede apoyar la solución de los problemas que enfrenta el sector sanitario y mejorar los resultados.

Belenes y Artells (1992; citado en Antoñanzas y Pérez Campanero, 1992) hablando de los problemas del servicio sanitario Español, proponía varias estrategias dentro de las que se encontraban tres relacionadas directamente con la comunicación interna: el marketing aplicado a la salud, la comunicación interna y la imagen corporativa; la gestión y la planificación de los recursos humanos; y la orientación del servicio al usuario.

Por su parte Cross y Parker (2004) creían que los directivos podrían mejorar los resultados de sus unidades, si estimulaban una serie de

habilidades y de comportamientos en red, tanto entre sus subordinados como entre sus colegas.

Mucho más reciente, Ugarte proponía como una de las formas que podrían dar respuesta a la incertidumbre sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud, la utilización de la comunicación interna como herramienta para el cambio: “Todo cambio cuenta con elementos de resistencia, y las reformas en los sistemas de salud no son una excepción. El uso del lenguaje como creador de nuevos significados que sustituyan a los herederos del pasado es un elemento fundamental para prestigiar e introducir el nuevo modelo en las mentes de los gestores, sanitarios y pacientes más refractarios” (Ugarte, 2011: 2-3).

Aunque en las últimas décadas la comunicación interna se ha empezado a desarrollar y ha empezado a tener mucho eco dentro de las organizaciones, en el caso del sector salud, este asunto ha ido a otro ritmo y apenas en los últimos años algunas organizaciones del sector la han empezado a tener en cuenta.

Para el caso español, en un reciente trabajo se anotaba: “En el ámbito sanitario sólo recientemente los servicios sanitarios han planteado la necesidad de desarrollar planes de comunicación integrados a sus planes estratégicos, partiendo de que los buenos cauces de comunicación interprofesional, el establecimiento de criterios homogéneos y objetivos claros influyen directamente en la calidad ofrecida por las organizaciones sanitarias” (March et al., 2011: 20).

La importancia de la comunicación interna en los escenarios de salud, radica en los mismos asuntos que se mencionaron en el subcapítulo anterior, cuando se abordaban sus ventajas en el ámbito organizacional, como la imagen que se proyecta, la calidad de los servicios que se ofrecen, la motivación y satisfacción de los empleados que se refleja en el trabajo externo, y la extensión en sí misma de la comunicación interna hacia fuera.

Y sin lugar a dudas, desde la promoción de la salud, una de las claves es “trabajar con los colectivos que tienen contacto más directo con los destinatarios de la acción, porque son ellos los que desarrollan cotidianamente la labor de mediación, suelen compartir un ámbito de actuación y ofrecen posibilidades de alcanzar un mayor impacto” (Díaz, 2011: 48).

Desde esta óptica, los empleados y usuarios de los organismos de salud son actores que están en contacto permanente, y de ahí “la importancia de que la comunicación e información al usuario la realicen profesionales motivados, satisfechos con su trabajo, cohesionados, formados y orgullosos de la institución para la cual trabajan” (Costa, 2011: 33).

Concretamente, desde el campo de la satisfacción laboral, ya se anotaba cómo ésta se extiende hasta la satisfacción del usuario. Como dicen Martín, Ruiz y Sánchez: “la satisfacción de los trabajadores de los centros sanitarios constituye una parte esencial de la calidad de la atención prestada. La situación laboral guarda una estrecha relación con algunos aspectos del desempeño y una vinculación causa-efecto positiva entre el clima organizacional y las actitudes favorables o desfavorables del trabajador, por lo que hay un acuerdo general de que al medir la satisfacción laboral estamos

comprobando la calidad de la organización de un centro y de los servicios que lo componen” (Martín, Ruiz y Sánchez, 2005: 304).

Además, es preciso recordar que para desarrollar una labor eficaz y eficiente dentro de los escenarios de salud, se requiere de procesos de comunicación al interior de éstos, que permitan que los profesionales de distintos perfiles que generalmente intervienen dentro de los equipos de salud (desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación), puedan trabajar conjuntamente desde sus diversas funciones y comunicarse coordinadamente con los usuarios. Así “la comunicación interna puede contribuir a superar de manera decisiva la falta de coordinación y de motivación, favoreciendo la consolidación no sólo de grupos o colectivos, sino de equipos de profesionales y de un equipo conjunto, compuesto de todos los grupos y subgrupos de todos los departamentos y servicios que integran su estructura” (Costa, 2011: 100).

Hace falta que las organizaciones de salud aprovechen mucho más las ventajas que les ofrece la comunicación interna. Es una tarea pendiente y que con toda seguridad arrojará muchos beneficios e impactará positivamente los servicios de salud que se ofrecen, aumentando su calidad y por tanto mejorando la salud de individuos y comunidades.

El Proyecto Karelia del Norte para la salud cardiovascular, desarrollado en Finlandia y uno de los más destacados en el terreno de la comunicación en salud, es uno de los procesos en el cual se ha demostrado la importancia y el impacto positivo de la comunicación interna en escenarios de salud. Este proceso reconoce que una de sus claves de éxito consistió en la credibilidad de

los emisores del mensaje, a través del trabajo y del estrecho contacto con el personal de salud local, para incrementar la motivación y promover la realización de las tareas en la comunidad (Puska et al., 1995).

2.3.3.2. UN MARCO DESDE LA SALUD

Si bien, específicamente la comunicación interna no ha sido tratada en las Declaraciones Oficiales y globales sobre Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay asuntos que aparecen en estas declaraciones que conllevan a un trabajo desde la comunicación interna.

Como se anotaba en el primer capítulo de este marco conceptual, durante el último siglo, la salud se transformó desde dos ópticas. Por un lado la inclusión por primera vez de un concepto de salud positivo, dado a conocer en 1948 con la Conformación de la OMS y puesto en total sintonía a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978; y por otro, la inclusión de la promoción de la salud como el principal objetivo de los sistemas de salud, y conceptualizado a la luz pública en la Carta de Ottawa de 1986. Se puede decir que en estas dos Declaraciones se tratan tangencialmente algunos aspectos que interesan a la comunicación interna.

En el numeral séptimo de la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, se aclara que ésta:

“se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un

equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad” (OMS, 1978: 2).

Desde esta óptica, se destaca un primer elemento importante que es la conformación de los equipos de trabajo interdisciplinarios y la labor coordinada desde cada uno de los enfoques y miradas, para lo que se requiere una buena comunicación interna que permita que durante todo el proceso (de principio a fin) todo el equipo apunte hacia el mismo objetivo y sus acciones sean eficaces y eficientes.

Este asunto es también tratado en la Carta de Ottawa (OMS, 1986 b) cuando se aclara que a los profesionales y al personal sanitario le corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud, lo que se logra sólo con un trabajo coordinado como equipo.

Vale la pena destacar que es en la Carta de Ottawa en donde más presencia se le da a la comunicación y dentro de ella a la comunicación interna, de ahí que la Promoción de la Salud, que es el asunto del que se ocupa esta Declaración, constituya también el principal reto para la Comunicación en salud y por ende uno de los principales objetivos para la Comunicación interna en salud.

Además de que la comunicación entra como disciplina al trabajo multidisciplinar desde los equipos de salud, para el caso específico de la comunicación interna hay un área de actuación, de las definidas para la promoción de la salud, donde asume un papel muy importante. Se trata de la reorientación de los servicios de salud:

“El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos... Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos... Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo” (OMS, 1986 b: 2).

Desde esta perspectiva, ya no sólo la comunicación interna entra a mediar en la conformación de los equipos de trabajo y en su labor coordinada, sino que tiene un reto mayor que apunta a proveer a los empleados del sector salud de las herramientas, los conocimientos, las destrezas y los entornos necesarios para facilitar las otras cuatro áreas de actuación de la promoción de la salud: el desarrollo de habilidades personales en los individuos, el desarrollo comunitario, la creación de ambientes que favorezcan la salud y la construcción de políticas públicas saludables; sólo de esta forma podrán cumplir con la labor encomendada en la Carta de Ottawa.

Como anota Kickbusch (1986), una de las grandes pensadoras de los postulados recogidos en la Carta de Ottawa, los profesionales de la salud deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud, apuntando a áreas como el refuerzo de redes y apoyos sociales, la promoción de comportamientos positivos para la salud, el desarrollo de entornos facilitadores y el aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

Sin embargo, la realidad es otra. En el caso Español, y se podría decir que es una tendencia a nivel mundial, esta labor (la de promoción de la salud) se ha reducido a unos cuantos escenarios, sobre todo a los de Atención Primaria, donde se desarrollan principalmente labores de prevención de la enfermedad y algunas acciones de promoción de la salud, olvidando que

debería ser una función que esté presente en toda la cadena de la salud (desde la promoción y la prevención, hasta la curación y la rehabilitación- es decir, incluyendo escenarios como los hospitales y las clínicas donde también se prestan servicios de salud). La Organización Mundial de la Salud llamó la atención sobre este asunto cuando señaló que los hospitales (además de proveer servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad), debían desarrollar una identidad corporativa, y una estructura y una cultura que promocionara la salud, y que incluyera la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla (OMS, 1998).

Pero además de reducirse el espectro donde debe promocionarse la salud, en los escenarios donde se da (Atención Primaria, principalmente), la promoción de la salud alcanza niveles muy bajos de como debería concebirse y trabajarse, reduciéndola casi exclusivamente a acciones de educación para la salud, muy importante, pero que por sí sola no alcanza a responder por las cinco áreas de actuación de la Promoción de la salud (el desarrollo de habilidades personales en los individuos, el desarrollo comunitario, la creación de ambientes que favorezcan la salud, la construcción de políticas públicas saludables y la reorientación de los servicios de salud), logrando así impactos sólo en algunas de ellas.

Por desconocimiento, desinformación, falta de motivación e identificación, ausencia de integración, falta de una política y estructura institucional coherente en este sentido, inexistencia de conocimientos y herramientas, entre otros, la promoción de la salud no se lleva a cabo en los escenarios de salud como está planteada en la Carta de Ottawa. Y es aquí donde la comunicación interna en los organismos de salud, podría apoyar para

potenciar esta labor, desde una política -de comunicación interna- que lleve como esencia la Promoción de la Salud. Esta es la base desde donde se parte para el desarrollo de esta tesis doctoral.

Desde este punto de vista, a continuación se tratarán cuáles deberían ser los objetivos de una estrategia de comunicación interna para potenciar los procesos y las áreas de actuación de la promoción de la salud.

2.3.3.3. OBJETIVOS Y FUNCIONES

2.3.3.3.1. Objetivos

Como se anotó anteriormente, existe una amplia lista de objetivos, formulados por diversos autores, a los que debe responder la comunicación interna. Sin embargo todos coinciden en que el objetivo final de cualquier programa o estrategia de comunicación interna debe ser la de contribuir al logro de los resultados.

Por eso, y basados en el modelo de las “cinco íes” de Andrade (2005), el objetivo general de un programa de comunicación interna para los escenarios de salud (los que deben trabajar por la promoción de la salud) sería:

Respaldar el logro de los objetivos institucionales investigando constantemente los procesos de comunicación; fortaleciendo la identificación de los colaboradores con la empresa; proporcionándoles información relevante, suficiente y oportuna; formándolos en las competencias que requieren para llevar a cabo su trabajo; reforzando su integración; y generando en ellos una imagen favorable de la organización y de sus productos y servicios.

A este objetivo originario de Andrade (2005) se ha agregado sólo el componente de la formación de competencias, que para muchos autores que han investigado la comunicación interna es importante, y para el escenario que se plantea es muy necesario.

De este objetivo general se derivan seis objetivos específicos (adaptados de la obra de Andrade, 2005):

- Crear y aplicar las herramientas que permitan conocer el estado de la comunicación en la organización, así como evaluar la efectividad de los esfuerzos emprendidos para mejorarla.

- Favorecer la identificación de los empleados con la organización y su sentido de pertenencia a ella, a través del reforzamiento constante de la cultura organizacional.

- Asegurar que los empleados cuenten con información confiable, suficiente y oportuna, que les permita conocer los asuntos importantes que suceden en la organización y desempeñar su trabajo de manera óptima.

- Fomentar la integración con y entre los empleados de la organización.

- Capacitar a los empleados para que desarrollen las competencias necesarias para su trabajo.

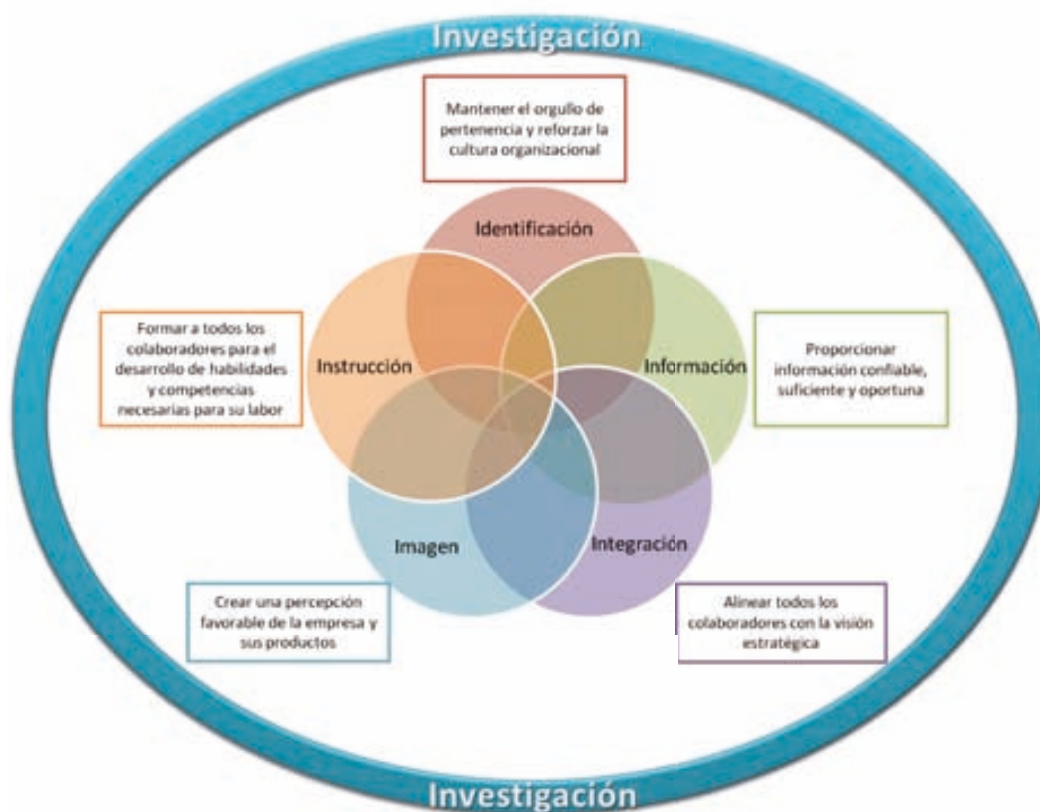
- Proyectar una imagen favorable y consistente de la organización y de sus productos y servicios entre sus públicos internos, que sea congruente con la que se maneja hacia el exterior.

2.3.3.3.2. Funciones

Según los objetivos anteriores, las funciones también serían seis. El modelo de las “cinco íes” de Andrade (2005) incluye: identificación, información, integración, imagen e investigación. A esta clasificación se agrega una función mas: la instrucción o formación.

Quedaría así entonces el modelo de las “seis íes” que se desarrolla a continuación.

Figura 3: Modelo de las “seis íes” de la comunicación interna



Fuente: Elaboración propia a partir de Andrade (2005)

Estas funciones, que recogen los trabajos mas actuales de comunicación interna, corresponden a las 6 variables que se analizan en esta tesis como componentes de la comunicación interna en los escenarios de salud, buscando un impacto en las tareas de promoción de la salud, y sobre las cuales se indagará en el trabajo de campo.

A continuación se profundiza en cada una de ellas.

2.3.3.4. VARIABLES

2.3.3.4.1. Identificación:

El estudio de Hernández (2008), uno de los más completos y actuales sobre el tema, distingue dos perspectivas teóricas que trabajan el tema de la identificación: la psicológica (con un enfoque más individual y comportamental) y la de la comunicación organizacional (con un enfoque más macro y contextual). Ambas son válidas y su combinación aporta mayor entendimiento de este fenómeno organizacional.

Una de las definiciones más clásicas de la que parte la identificación organizacional, es el concepto de Foote (1951) quien planteó que los seres humanos tienden a identificarse con los compañeros de sus grupos, categorizan el mundo social alrededor de ellos para normalizarlo y que estas clasificaciones de experiencias motivan al comportamiento propio relativo al compromiso de las personas con los retos diarios.

Años más tarde, Brown (1969), plantea uno de los primeros conceptos de identificación organizacional al considerarla el vínculo psicológico de los empleados hacia su organización, mediante el cual los miembros asumen las características significantes de la empresa como características propias. Incluía cuatro aspectos: una atracción hacia la organización, consistencia entre las metas individuales y las organizacionales, lealtad, y sentimiento de membresía.

Por su parte Patchen (1970) consideró que la identificación organizacional partía de la combinación de tres fenómenos: una percepción de

características compartidas, donde el individuo posee intereses y metas compartidas con otros miembros de la organización; un sentimiento de solidaridad, donde el individuo se siente parte de la organización; y el apoyo a la organización, donde el individuo defiende las metas y políticas organizacionales. La importancia de esta definición es la inclusión del concepto de pertenencia como una de las variables a tener en cuenta en la identificación.

A este respecto, Lee (1971) planteó que el sentido de pertenencia puede resultar de las metas compartidas que uno tenga con otros en una organización o como resultado del sentimiento que pueden tener los empleados de que su función dentro de la organización es importante, para llenar sus necesidades personales.

Todas estas definiciones han aportado valor, consistencia y han delimitado el tema, sin embargo, tal y como lo describe Hernández (2008) la línea más reconocida para estudiar la identificación organizacional parte de la Teoría de la Identidad Social. Esta línea propone que la identidad individual deriva en una identidad social, y de esta manera en la autoidentidad a través de la pertenencia a grupos, pues los individuos desean pertenecer a grupos con los cuales se puedan comparar favorablemente (Tajfel y Turner, 1979). Desde esta perspectiva la identidad organizacional puede ser definida como el grado en el cual el autoconcepto individual contiene los mismos atributos de la identidad organizacional que él percibe (Dutton, et al., 1994).

En relación con las dimensiones (variables) que se deben tener en cuenta para evaluar la identificación organizacional, Hernández (2008) toma como referente el trabajo de Quijano, Navarro y Cornejo (2000). Estos autores,

basados en las aportaciones de Tajfel (1972), Franklin (1975), Mael y Ashforth (1992), O'Reilly y Chatman (1986) y en Porter et al. (1974), y en los principios diferenciadores de los componentes cognitivos y afectivos, propusieron una escala basada en tres dimensiones para evaluar la identificación organizacional: categorización (o conciencia de pertenecer a la organización), orgullo (o autoestima derivada de dicha pertenencia), y cohesión (o voluntad y deseo de seguir perteneciendo a la misma). Desde esta escala se propuso una nueva definición para la identificación organizacional:

“estado de conciencia cognitivo, afectivo y volitivo que incluye, además del orgullo de pertenecer al grupo (y la autoestima derivada de dicha pertenencia), la conciencia de membresía (categorización), y el deseo de seguir perteneciendo al mismo (cohesión)” (Quijano et al., 2000).

Así, los autores proponen una escala de medición de la Identificación Organizacional (Quijano et al, 2000) que contemple:

- Categorización: Sentido de pertenencia a la empresa. Ítems basados en Mael y Ashforth (1992).
- Orgullo de pertenencia: Satisfacción del trabajador a partir del hecho de pertenecer a la empresa. Ítems basados en O'Reilly y Chatman (1986) y en Porter et. al. (1974).
- Cohesión o deseo de permanencia: Deseo del trabajador de continuar como miembro de la empresa. Ítems basados en Franklin (1975).
- Identificación general. Conciencia que tienen los trabajadores de pertenecer a la organización, su sentimiento de orgullo por esta pertenencia, y su deseo de mantener su vinculación en el futuro. Ítems basados en Mael y Ashforth (1992).

Para los escenarios de salud, organizaciones en las que se centra la presente tesis, la identificación organizacional se convierte en la fuente de energía desde la cual pueden mejorar el rendimiento organizacional y jalonar sus procesos desde dentro hacia fuera (como cualquier tipo de organización), y especialmente mejorar sus procesos y servicios desde la motivación para la

acción a la que conlleva la identificación de sus empleados, brindando a la ciudadanía mayores y mejores posibilidades de bienestar y de calidad de vida (fin último de las instituciones y organizaciones de salud).

Por eso, además de los postulados de categorización, orgullo de pertenencia y cohesión (variables descritas anteriormente), para el caso de los escenarios de salud, la filosofía de la promoción de la salud debe jugar un papel importante dentro de los procesos de identificación de los empleados con su organización, pues el hecho de sentirse parte de una institución de salud, orgulloso de su trabajo y desear seguir perteneciendo a ésta, debe estar caracterizada de forma transversal con una identificación con los fines últimos que debe perseguir cualquier escenario que trabaje por la salud, es decir, los fines de la promoción de la Salud. Así, la identificación organizacional en los escenarios de salud tendría una variable transversal a las demás que tiene que ver con la identificación de los empleados con promocionar la salud desde su organización.

Recordando que la promoción de la salud es:

“el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como la capacidad de las personas y los grupos para, por un lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo” (OMS, 1986 b: 1).

2.3.3.4.2. Información:

Esta variable es una de las más básicas y tradicionales dentro de los estudios de comunicación. En el escenario organizacional siempre se ha hablado de que la información con los públicos internos debe ser relevante,

suficiente, oportuna y confiable, pues de ésta depende en gran parte el desempeño efectivo de los empleados y el hecho de que éstos se sientan parte de la misma.

De ahí que al hablar de información sea necesario referirse entre otros asuntos a los medios y canales por los que circula, a la cantidad y calidad de la misma y a sus legitimadores.

Andrade (2005), clasifica las necesidades de información de los empleados de una organización en 3 subcategorías:

-Información general sobre la empresa: cultura organizacional (misión, visión, valores, principios); objetivos, metas y estrategias de la organización; resultados obtenidos; estructura; principales proyectos; eventos, actividades y noticias importantes; productos y servicios; centros de trabajo; historia; reconocimientos que se otorgan a personas y áreas...

-Información necesaria o útil para el trabajo: políticas; procedimientos; funciones y responsabilidades de las áreas que integran la empresa; cambios en la estructura; ingresos y salidas de personal; programas de capacitación y desarrollo; decisiones importantes que se toman en la dirección...

-Información sobre condiciones de trabajo: prestaciones y beneficios; seguridad e higiene; reglas y disposiciones diversas...

En relación con los escenarios de esta tesis y desde la perspectiva de la salud positiva por la que están llamados a trabajar, estas subcategorías de información resultan básicas, en especial si se tiene en cuenta que el

empleado debe tener información pertinente sobre la promoción de la salud en la primera subcategoría (y cómo impacta la cultura organizacional, los objetivos, metas, proyectos y la vida de la organización), e información sobre el día a día que le permita conocer los procedimientos, responsabilidades, fuentes de ayuda y programas para apoyar los procesos de promoción de la salud en la segunda subcategoría (entre ellas las acciones que realiza la organización y sus aliados en las cinco áreas de actuación descritas en la Carta de Ottawa y toda la información que le permita al empleado apoyarlas desde su labor).

Algunos estudios en España han reflejado la mala calidad de la información a nivel interno en el sector sanitario, sobre todo por la falta de canales formales, lo que ha llevado a una insatisfacción por parte de los empleados quienes consideran que los servicios que se prestan se podrían mejorar si la calidad y los canales de información mejoraran; asimismo destacan el interés de los empleados del sector de recibir información permanente sobre los objetivos de sus organizaciones y sobre la formación permanente en sus áreas (March et al., 2011).

Y aunque algunos estudios evidencian la prevalencia de la comunicación informal en las organizaciones (Gali, 2008), en la mayoría de los casos ésta se ha asociado con el fracaso en la gestión de la comunicación (Pastor, 2002). Por eso actualmente se propone la combinación de canales formales e informales (Mahmood-Yousuf et al., 2008; Arribas, 2000) favoreciendo la transmisión de información ordenada y regular (March et al., 2011), e implicando a la línea ejecutiva en los procesos de comunicación e información con y hacia sus empleados (Cabañas, 2004). Estas consideraciones alcanzan

una relevancia mayor en los escenarios de salud, donde la coordinación del trabajo y los resultados que están relacionados con la vida y con su calidad, dependen en gran medida de los procesos de información.

En cuanto a la medición de la variable información, el cuestionario de medición de Clima de Comunicación desarrollado por Smidts et al. (2001), traducido al castellano por Hernández (2008), y que se basa en la revisión de otros instrumentos previos (Alutto y Vredenburg, 1977; Dennis, 1975; Falcione et al., 1987; Jones y James, 1979), contiene en una de sus dimensiones, la evaluación de la variable información a través de una escala para medir el sentimiento de sentirse informado.

Y aunque esta escala sea válida para evaluar la información en una organización, más desde los flujos y canales de comunicación (desde la forma), para los objetivos y los casos de los escenarios de esta tesis, es necesario profundizar más en los contenidos de la información (fondo), relacionados directamente con la promoción de la salud en las dos primeras subcategorías expuestas por Andrade (2005):

- Informarlos a nivel general sobre la empresa.
- Suministrarles la información necesaria y útil para el trabajo.

2.3.3.4.3. Instrucción – Formación:

El desempeño de cualquier oficio o profesión ha conllevado a que la formación del recurso humano sea una de las principales tareas por las que debe velar toda organización, tanto la formación con la que llega el empleado, como aquella nueva que es necesaria para su desempeño dentro de la

organización. Esto ha hecho que el área de formación de las organizaciones constituya hoy día una de las piezas claves para impactar, por un lado la actualización constante en las formas y fondos (estructuras y contenidos) que tengan que ver con su quehacer, y por otro lado, constituirse en fuente de motivación para los empleados, pues su satisfacción laboral depende en gran medida de las posibilidades que la organización le brinde de mantenerse no sólo actualizado en su oficio o profesión sino además de los espacios formativos proporcionados para su enriquecimiento personal.

Uno de los aspectos que más llaman la atención actualmente en la mayoría de organizaciones, incluidas las del área de la salud, es la necesidad de formación de los empleados en técnicas de comunicación y de colaboración, sobre todo por su evidencia de que en muchos servicios, sobre todo los que tienen que ver con atención al público e interacción constante con éste, ser un buen comunicador impacta positivamente la prestación del servicio y por tanto la satisfacción del cliente o usuario.

Y aunque las tareas de formación del recurso humano en la mayoría de los casos escapan a las políticas definidas para los departamentos de comunicación interna en una organización y están más concentradas en los departamentos de Recursos Humanos o de Calidad, es importante que desde la estrategia de comunicación de una empresa con sus empleados se apoye esta tarea y en especial la referida a la formación de competencias en comunicación.

Una competencia es la capacidad de responder a demandas complejas y llevar a cabo tareas diversas de forma adecuada (Simone y Hersh, 2004).

Las competencias están constituidas por procesos subyacentes (cognitivo-afectivos) que suponen una combinación de habilidades prácticas, conocimientos, motivación, valores éticos, actitudes, emociones y otros componentes sociales y de comportamiento que se movilizan conjuntamente para lograr una acción eficaz (Choque, 2011).

Desde el campo de la salud, como un propósito ante todo social, es necesario el desarrollo de competencias sociales que permitan a los empleados cumplir con su labor. Y para que dichas competencias se puedan desplegar en esta área, lo primero es impactar a nivel conceptual y procedimental (saber y saber hacer) a través del desarrollo de las habilidades sociales en los empleados.

Las habilidades sociales son “procedimientos conductuales dirigidos a incrementar la capacidad de las personas para implicarse en las relaciones interpersonales de forma profesional y socialmente adecuada; son capacidades para la respuesta y estrategias que se pueden aprender y mejorar a base de práctica y entrenamiento” (Pérez, 2001: 60).

Estas habilidades sociales son necesarias en los escenarios de salud, sobre todo para quienes establecen el contacto con las personas y usuarios (para dar respuestas oportunas y correctas ante las permanentes situaciones complejas y estresantes), ya que les otorga competencia en el ámbito de trabajo, les da seguridad en sus actuaciones, les proporciona autocontrol emocional y los capacita para resolver problemas.

Para el área de la salud, Bimbela (1996) señala tres grupos de habilidades sociales que se deberían desarrollar en los empleados:

- Habilidades de autocontrol
- Habilidades de comunicación
- Habilidades de motivación para el cambio

Específicamente en el campo de las habilidades de comunicación y en estrecha relación con las habilidades de autocontrol y de motivación para el cambio, hay una amplia lista detallada por distintos autores (Berceruelo, 2011; Costa, 2011; Pérez, 2001; Andrade, 2005; Choque, 2011; Casasbuenas, Hernández y Gómez, 2010), entre las que se destacan:

- la empatía
- la asertividad
- la escucha activa
- la habilidad para realizar preguntas
- la capacidad para proporcionar retroalimentación
- el manejo de conflictos y la negociación
- la persuasión y la venta de ideas
- la apertura para recibir retroalimentación y sugerencias
- las habilidades para el uso de tics y para gestionar la información y el conocimiento

En la actualidad en algunos escenarios de salud se trabaja sobre las habilidades de comunicación, especialmente bajo las miradas de la relación médico-paciente. Sin embargo, los estudios han demostrado la falta de competencias comunicativas no sólo por parte de los médicos sino de todos los profesionales que desempeñan labores en los escenarios de salud; lo que conlleva a una tarea urgente de formación en este campo. Algunos datos de tres estudios sobre el tema se presentan a continuación.

En una investigación sobre la validez del cuestionario Gatha-Res, que es el instrumento empleado en España para evaluar las habilidades de comunicación de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, los autores concluyen entre otros asuntos (Ruiz Moral et al, 2002):

- Los médicos terminan su residencia realizando consultas considerablemente más cortas que al comenzar su tercer año.
- Empeoran la calidad de su relación clínica con el paciente, al evitar explorar los aspectos personales y contextuales de la enfermedad, así como su capacidad para negociar.
- Un programa de formación en comunicación clínica basados en los principios de la enseñanza de adultos y aplicado a lo largo del último año de residencia no tiene repercusión sobre el perfil comunicacional del residente.

Un estudio parecido, se realizó en una universidad de Colombia donde se estudiaron las competencias de comunicación de los alumnos de los últimos años de las áreas de la Salud. Al respecto los autores concluyeron que “los profesionales de las áreas de la salud, no están preparados para la escucha ni para valorar la experiencia de enfermar, y por lo tanto, persiste la marcada asimetría de esta relación” (Casasbuenas, Hernández y Gómez, 2010: 41).

El tercer estudio al que se hace referencia es el Mapeo Nacional de Capacidades en Comunicación y Salud Pública en Argentina, que trabajó con los comunicadores o responsables de comunicación de las instituciones de salud del país, y donde se demostró que una de las principales necesidades para mejorar el desempeño de esta área consistía en la capacitación del recurso humano. Además los comunicadores plantearon dentro de las principales habilidades de comunicación para su desempeño profesional asuntos relacionados con la escucha, y la observación y comprensión del público destinatario, su contexto, su cultura y su situación (Bruno et al., 2011).

Estos estudios evidencian la formación insuficiente de los empleados de la salud en esta materia y su necesidad evidente, por lo que “las habilidades de comunicación deben ser un requisito esencial en el ejercicio profesional, y por tanto deben ser incluidas en los procesos de inducción, capacitación y evaluación por parte de las instituciones de salud y de los entes de vigilancia y

control” (Casasbuenas, Hernández y Gómez, 2010: 42). Y desde este ámbito, la comunicación interna puede contribuir a alcanzar este objetivo.

Ahora bien, como se dijo anteriormente, aunque las tareas de formación de empleados en la mayoría de los casos se encuentran en otros departamentos de la organización, la formación de habilidades de comunicación sí debe ser un compromiso asumido también desde la estrategia de comunicación interna (como también se ha recogido en las líneas anteriores). Pero además en los escenarios de salud, es necesario también apoyar la formación que sobre promoción de la salud se lleve a cabo de forma transversal al quehacer organizacional, como parte y esencia de la institución y lo que está directamente relacionado con asuntos como la identificación de los empleados y la imagen, aspectos básicos e incluidos dentro de la comunicación interna.

Una de las principales ideas desarrolladas en la Conferencia de Promoción de la Salud en México en el 2000, fue que una de las estrategias para reorientar los servicios sanitarios con criterios de promoción de la salud era “fortalecer el componente de promoción de la salud en los programa de formación de recursos humanos, tanto en las instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de salud” (López-Acuña, 2000: 2). Asimismo Springett determinó la formación del personal como uno de los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de la salud (Springett, 1998).

En el caso Español, un trabajo adelantado hace varios años afirmaba la necesidad de “tener en cuenta que la formación es un requisito básico para la

consecución de cualquier objetivo, por lo que la capacitación profesional se convierte en un condicionante para lograr un sistema sanitario, y también educativo, orientado a la prevención y la promoción de la salud” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003: 23). Sin embargo algunas investigaciones sobre las necesidades de formación de agentes sociales en promoción de salud en España han revelado el escaso conocimiento sobre el campo teórico de la misma y el hecho de no identificarla, especialmente los médicos, con sus tareas y funciones (Molina, 1998).

A nivel europeo se han identificado dos grandes áreas de necesidades de formación para los agentes sociales implicados en la promoción de la salud (García y March, 1999):

- Nuevos enfoques y teorías interdisciplinarias de la promoción de salud y,
- actitudes y habilidades de comunicación (comunicarse, cooperar con los medios de comunicación, organizar conferencias, talleres y otros eventos públicos), de abogacía (analizar y comprender la diversidad social, política, económica y cultural, tanto en ámbitos amplios como reducidos, buscar oportunidades políticas, hacer presión en pos de una causa) y de trabajo con otros (crear acuerdos de colaboración, cooperar, reconocer potencialidades de otros campos y áreas).

Por su parte, un trabajo en España sobre la formación de los agentes de promoción de la salud, identificó las siguientes cuatro áreas principales de necesidades de formación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003):

- Bases teóricas de la Promoción de Salud
- Aspectos biopsicosociales de procesos de salud/enfermedad
- Preparación de intervenciones de Promoción de Salud
- Realización de intervenciones de Promoción de Salud

Sobre las dimensiones utilizadas para evaluar la formación, en la mayoría de los casos se utilizan escalas técnicas de acuerdo con las áreas y los conocimientos específicos que se deseen evaluar.

Para el caso específico de los escenarios de esta tesis y basados en el estudio a nivel europeo antes descrito, se debe utilizar una escala que recoja datos sobre:

- Formación en enfoques y teorías interdisciplinarias de la promoción de la salud (teniendo en cuenta las cuatro necesidades detectadas para el caso Español: bases teóricas, aspectos biopsicosociales, preparación de intervenciones y realización de intervenciones)

- Formación en habilidades de comunicación, de abogacía y de trabajo con otros.

2.3.3.4.4. Integración:

Hacer parte a los empleados de los procesos de la organización y velar por las buenas relaciones interpersonales y profesionales que contribuyan al trabajo en equipo, son dos tareas que también le competen a la comunicación interna.

Siguiendo el trabajo de Andrade (2005), las tareas de integración dentro de la organización tienen dos frentes :

- Mejorar el clima de comunicación (en cuanto a las formas y canales).

- Fomentar la colaboración y el trabajo en equipo.

En cuanto al clima de comunicación, la investigación de Hernández (2008) presenta de forma detallada el estudio del clima de comunicación, como

un enfoque actual que varios autores han determinado para hablar de la calidad de la comunicación interna.

Dennis (1974) describió el clima de comunicación como la calidad del entorno comunicacional interno de la organización, experimentado subjetivamente por sus miembros (que abarca el conjunto de percepciones sobre los mensajes y eventos comunicativos que ocurren en la empresa).

Por su parte, Falcione, Sussman & Herden (1987), definieron el clima de comunicación como aquellos factores centrales, objetivos y/o percibidos, que afectan el envío de mensajes y el proceso de recepción por parte de los miembros de la organización.

El aporte de Smidts, Pruyn y Riel (2001) al tema consistió en su consideración de que el clima de comunicación sólo puede ser estudiado como una variable agregada a nivel grupal, que evidencia la homogeneidad en el grado en el cual los miembros del grupo comparten dichas percepciones.

La perspectiva del clima de comunicación trabaja desde el clima psicológico (cognitivo y afectivo) de los empleados y en la influencia de éste en los comportamientos que cada uno tiene sobre su organización. Es decir “cuando los empleados son expuestos a una comunicación apropiada y la percepción del empleado respecto de estas acciones es favorable, se esperan conductas positivas acordes con los objetivos de comunicación planteados” (Hernández, 2008: 58). Pero además tiene en cuenta el clima organizacional donde emergen las percepciones homogéneas y compartidas que los miembros de la organización tienen del clima psicológico. Se puede decir por tanto, que el clima de comunicación resulta de la interacción entre el clima

psicológico (percepciones a nivel individual) y el clima organizacional (percepciones individuales homogéneas a nivel grupal) de los elementos e interacciones comunicativas.

Las investigaciones han demostrado que el clima de comunicación impacta en el compromiso organizacional (Welsch y LaVan, 1981; Guzley, 1992), influye en el desempeño de los equipos (Choi y Kim, 1999; Pincus, 1986), influye en la productividad (Clampitt y Downs, 1987), influencia significativamente sobre la confianza en los directivos y en la ciudadanía organizacional (Korsgaard, Broodt y Whitener, 2002), estimula actitudes de apoyo frente a los objetivos estratégicos (Noble, 1999), influye en los procesos de cambio organizacional (Bordia et al., 2004), reafirma en los empleados los sentimientos de membresía al grupo, (Kim y Mauborge, 1993) y predice la identificación de los empleados con su organización (Hernández, 2008).

Con relación al segundo ítem expuesto por Andrade (2005), el trabajo en equipo, Marqués (2009) examina el rendimiento de las organizaciones de acuerdo a las redes sociales que se tejen en su interior y que permiten el trabajo colaborativo, un estudio que aborda el caso del sector salud en España.

La investigación toma como objeto de estudio las tres redes que por sus características tienen mayor incidencia en el sector salud.

La Red Social del Consejo es “la red de conexiones a través de las cuales los individuos comparten recursos tales como información, asesoramiento y directrices que están relacionadas con la consecución del trabajo bien hecho” (Sparrowe et al., 2001: 317). El intercambio de información puede dar lugar a estructuras sociales que generen nuevo conocimiento (Cross

et al., 2002; Kilduff y Tsai, 2005; Anand et al., 2007), creen nuevas ideas (Fleming et al., 2007; George y Zhou, 2007) o mejoren los procesos de innovación (Ahuja, 2000; Inkpen y Tsang, 2005; Capaldo, 2007).

La Red Social de Ayuda o Red Social de Colaboración, es “el grado en que el individuo colabora con sus compañeros cuando tienen una carga excesiva de trabajo” (Marqués, 2009: 123). Algunos estudios han encontrado una relación positiva entre las conexiones informales de los individuos en los equipos de trabajo y los resultados óptimos en las tareas (Cross et al., 2002; Srivastava et al., 2006). A través de estas redes se promueve la colaboración y se afrontan los momentos de crisis en los entornos organizativos (Cross et al., 2002), recogiendo los aspectos de proximidad (Roberson y Colquitt, 2005), similitudes (Borgatti y Foster, 2003) y confianza (Nahapiet y Ghoshal, 1998) que conducen a una colaboración en las tareas del trabajo (Marqués, 2009).

Finalmente la Red Social de Motivación, es entendida como “aquella estructura en la que los actores, con una actitud extrovertida y afectiva, mantienen unas relaciones a través de las cuales estimulan a sus compañeros en el entorno de trabajo” (Marqués, 2009: 127). Esta definición considera tres ejes fundamentales: los conceptos teóricos clásicos sobre la motivación (Robbins, 1999), el concepto de extroversión (Costa y McCrae, 1992) y algunos matices sobre la amistad, por su especial utilidad en el campo de las redes sociales (Baron, 2008, Staw y Barsade, 1993 y Weis, 2002).

Los resultados obtenidos en este estudio en el sector sanitario en España revelan que “las redes sociales en las que están inmersos los individuos en el trabajo, más concretamente la posición que ocupan en éstas,

tienen un impacto significativo en su percepción sobre la eficacia de los equipos a los que pertenecen” (Marqués, 2009: 325). También quedó demostrado que la red social en la que está inmerso el trabajador, así como los vínculos que establece y el rol y la posición que ocupa dentro de la misma, juegan un papel crucial en la conducta que desarrolla en el trabajo y, por ende, en su rendimiento y en el de su equipo. Y concluye: “los comportamientos organizativos son el reflejo de una estructura social y que, por tanto, dependiendo de cómo se opere con ella se pueden conseguir unos mejores o peores rendimientos laborales” (Marqués, 2009: 351).

Los procesos de integración en las organizaciones objeto de estudio de esta tesis resultan esenciales si se tiene en cuenta que la filosofía de promoción de la salud lleva precisamente a la interdisciplinariedad, al trabajo en red y exige un trabajo colaborativo de todos los actores implicados. Y la única forma de conseguir esto, es propiciando espacios de integración para que todos los actores se sientan y sean parte del proceso.

Sobre las dimensiones para evaluar la integración y teniendo en cuenta los dos aspectos a los que debe impactar (clima de comunicación y trabajo en equipo), se tomarán como referencia las escalas de clima de comunicación (en cuanto a formas y canales) desarrollada por Smidts et al. (2001), traducido al castellano por Hernández (2008), en sus dimensiones de apertura y confianza en la comunicación con la dirección y de apertura y confianza en la comunicación con los compañeros.

Para medir la disposición al trabajo en equipo, se toma como referencia la escala de Marqués (2009) para evaluar las tres redes sociales descritas

anteriormente: Red Social del Consejo, Red Social de Ayuda y Red Social de Motivación.

Adicionalmente, resulta conveniente evaluar la integración del empleado a los procesos de promoción de la salud que desarrolla la organización.

2.3.3.4.5. Imagen:

La investigación de Lingán (2003), una de las pocas realizadas sobre el tema de la imagen en el sector sanitario en España, pone de relieve la importancia de la gestión de la comunicación interna en la determinación de la buena imagen corporativa en los públicos internos de una organización.

Para Costa “la imagen de una empresa es la resultante de múltiples y diversos mensajes que acumulados en la memoria colectiva, configuran una globalidad significativa capaz de influir en los comportamientos y determinarlos” (Costa,1992: 20). Años después este autor agrega que “la imagen corporativa es la resultante de la identidad organizacional, expresada en los hechos y en los mensajes; y es un conjunto de técnicas mentales y materiales que tienen por objeto crear y fijar en la memoria del público unos valores positivos, motivantes y duraderos como soporte de los éxitos presentes y futuros de la organización” (Costa, 1995: 45).

Por su parte Ind afirma que la imagen corporativa es “la que un determinado público percibe sobre una organización a través de la acumulación de todos los mensajes que haya recibido” (Ind, 1992: 6). Por esta

razón, se le considera como “el retrato de una organización según es percibida por sus públicos” (Van Riel, 1997: 29).

Arranz (1997) resalta que la estrategia fundamental para la formación de la imagen corporativa en los públicos es la comunicación. Y la agrupa en los siguientes niveles:

- Lo que la empresa dice, es decir la expresión de la identidad mediante la utilización de determinadas estrategias de comunicación.
- Lo que la empresa realmente es y hace, manifestado en su comportamiento organizacional cotidiano.
- Lo que los demás dicen de ella, es decir la opinión pública.

Y puede decirse que la imagen corporativa es la resultante de la imagen que tiene la propia organización sobre sí misma (autoimagen), la imagen que tienen los públicos internos sobre ella, y la imagen que tiene la organización a nivel externo. Asimismo se destaca el hecho de que la imagen en cualquiera de sus niveles está estrechamente relacionada con la cultura corporativa.

Para el caso de esta tesis el interés se centra en las dos primeras instancias: la autoimagen y la imagen que tienen los públicos internos sobre la organización, englobadas en lo que podría denominarse la imagen corporativa interna.

Siguiendo los planteamientos de los autores antes descritos, se destacan dos elementos importantes a la hora de configurar la imagen corporativa interna:

- La cultura corporativa, y

-La percepción favorable sobre la situación institucional (realidad actual), sobre la comunicación interna (clima de comunicación) y sobre el clima organizacional (con especial énfasis en los procesos de identificación e integración).

Como ya se han abordado anteriormente los temas de clima de comunicación, identificación e integración, se analizará más en detalle el elemento de la cultura corporativa.

Villafañe define la cultura corporativa como el “inconsciente colectivo de la organización, que se manifiesta explícitamente mediante un conjunto de comportamientos, algunos de los cuales se convierten en valores corporativos hasta el punto de constituir una auténtica ideología corporativa. La cultura es, en este sentido, el proceso de construcción social de la identidad de la organización, es decir, de la asunción de significado” (Villafañe, 1993: 144).

Desde un enfoque constructivista, las organizaciones no tienen cultura, sino que son culturas, construidas y surgidas de un proceso de asignación consensuada de significados a las experiencias compartidas por sus miembros (Schein, 1988). Desde esta perspectiva se considera que los valores, actitudes y comportamientos se van configurando a partir de la interacción entre los miembros que componen el sistema organizacional (Romeo, 2005).

En palabras de Andrade “cada vez más se habla de la cultura como la creación de una serie de significados compartidos, de un lenguaje común, que hacen que los integrantes de una organización perciban las cosas de una forma homogénea y, por lo tanto, actúen siguiendo pautas conductuales parecidas” (Andrade, 2005: 71). No cabe duda entonces, que la cultura

corporativa es una forma de ser y de hacer las cosas, es la personalidad propia de la organización.

Se puede decir entonces que, el objetivo de la cultura corporativa, es compartir patrones de conducta, cohesionar, motivar, conducir, para unir fuerzas hacia un mismo fin (Costa, 1995).

Andrade (2005) llama la atención sobre un asunto que, sin lugar a dudas, es de gran importancia dentro de la cultura corporativa y que la caracteriza: los símbolos institucionales; muchos de ellos físicos y llamativos como los logotipos, y otros más sutiles como los rituales cotidianos que representan valores compartidos (la forma de saludarse, de tratar a los clientes...).

Esta red de símbolos manifiesta la cultura y la refuerza, y son algunas de “las múltiples formas en que una organización que busca ser congruente con su cultura envía, hacia adentro y hacia fuera, un solo mensaje: así somos y todo es coherente con nuestra forma de ser” (Andrade, 2005: 73).

De esta manera, la cultura es vector entre otros asuntos de identidad, integración interna, empatía con el cliente, credibilidad y calidad del servicio (Costa, 1995), e incide decisivamente en la estrategia, la estructura y los procedimientos de la organización (Schein, 1988).

Es por esto, que en el caso de los organismos de salud, la cultura juega un papel de suma importancia en la forma en que se conciben y se hacen las cosas. Y aunque se puede decir que en el sector, muchas de las organizaciones tienen una cultura centrada en el usuario o en el cliente (empleados amables y sociables, con capacidad de escucha, claridad de las

funciones, que toman iniciativas...) también su cultura tiene otra vertiente que es la curación de la enfermedad, es decir, que se trabaja bajo una cultura orientada a la satisfacción del usuario desde la curación de la enfermedad. Por eso es que los escenarios de salud (hospitales, centros de salud, clínicas, y hasta los mismos entes que administran el sector), son reconocidos en su mayoría por los usuarios como organismos concebidos desde la enfermedad; esa es la cultura que se ha transmitido desde éstos.

Entonces el gran reto, siendo congruentes con la filosofía de la salud, con sus diversos tratados oficiales (promulgados desde la OMS) y con el enfoque positivo que se le ha dado a esta, es convertir estos escenarios en verdaderos organismos de una cultura de la salud. Sólo así los usuarios empezarán a ver también la salud desde otro enfoque, no relacionado con la enfermedad, sino con la calidad de vida y el bienestar.

La tarea está en transformar la cultura corporativa de estos organismos en una cultura basada en la salud (que esté pensada y estructurada para trabajar por ella), para que a su vez se apoye el cambio cultural que sobre la salud tiene la sociedad. Se necesita pasar de una cultura de la enfermedad a una cultura que promueva la salud, y que cambie los discursos en relación con ésta para incluir nuevos referentes conceptuales y de actuación como el autocuidado y la autonomía, los entornos saludables y el equilibrio, y la ayuda mutua y el trabajo comunitario, bases sobre las que se cimienta la salud y sobre las cuales únicamente es posible lograrla.

Y la comunicación interna es el vehículo para conseguirlo, porque es a través de ésta que se crea, se difunde y/o se renueva la cultura corporativa. La

cultura es construida y transmitida , y sin comunicación no puede haber cultura (Costa, 1992). La comunicación interna impacta la cultura corporativa, lo que a su vez se refleja en la imagen que sobre su institución tienen los públicos internos.

En relación con las dimensiones para evaluar la imagen corporativa interna se tiene que tener en cuenta:

- Percepción del clima de comunicación (desarrollado anteriormente).

- Percepción sobre identificación e integración como elementos del clima organizacional (desarrollados anteriormente).

- Percepción de la situación actual de la organización en cuanto a logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control).

- Cultura corporativa: misión, visión y valores (congruencia entre su formulación y la realidad institucional, aceptación e identificación de los públicos internos con éstos, formas de ver y hacer las cosas dentro de la organización).

2.3.3.4.6. Investigación:

Siempre se ha dicho que la investigación es una de las claves a la hora de conseguir el éxito con una estrategia, pues por una lado ayuda a moldearla a las necesidades reales, pero por otro, permite tomar acciones correctivas en el camino y medir los impactos alcanzados.

Y aunque esta premisa está clara, la realidad en los escenarios que estudiamos es otra, tanto si hablamos de promoción de la salud, como si hablamos de comunicación.

Desde el campo de la salud, y en especial desde la promoción de la salud, una de las principales necesidades detectadas ha sido la ausencia imperante de investigación en la mayoría de las experiencias sobre el tema.

Esto ha hecho que la promoción de la salud no haya alcanzado el estatus real que debería tener, pues al no medir sus impactos reales en las poblaciones con las que trabaja, por un lado no permite aprender por sí misma de su experiencia, y por otro, no impulsa que su experiencia sea válida y enriquecedora para otros procesos y otras comunidades.

Y lo que es aún más relevante, muchos procesos de promoción de la salud se lanzan al vacío a ejecutar acciones sin tener una fuente real y confiable de las realidades y necesidades latentes de las comunidades o individuos a los que desean impactar. Y aunque el trabajo de promoción de la salud se deba iniciar con una investigación real, profunda y participativa con la comunidad con la que se interactúa, en muchos casos (por no decir que en la mayoría) este nivel básico se salta y se llegan a ejecutar acciones que en muchos casos no son necesarias o no están enfocadas de acuerdo a las realidades culturales y comunitarias. Siendo así y sin una investigación previa, existen razones de sobra para no evaluar o investigar al final del proceso, pues de entrada se han condenado a que los resultados sean poco fiables y de menor o ningún impacto.

Lo mismo sucede en los procesos de comunicación, donde impera una amplia cultura del hacer por el hacer, y donde las estrategias de comunicación no tienen una base fuerte que esté basada en la investigación. Es por eso que al igual que la promoción de la salud, la comunicación no ha logrado posicionarse como estratégica en muchos escenarios. Sólo con investigación previa que permita impactar las necesidades reales en comunicación de un grupo o comunidad con el que se quiera trabajar, y con investigación permanente para mejorar y medir los impactos de la estrategia en relación con

los objetivos perseguidos, incluidos los objetivos organizacionales, es posible darle un estatus a la comunicación como disciplina y área de importancia a nivel institucional.

No basta con tener muchos medios, con que lleguen a mucha gente, con que sean estéticamente agradables y con que se inviertan grandes recursos humanos y económicos, si no existe una base evaluativa fiable que sustente su existencia, pues podría ser que las necesidades y expectativas del público al que se quiere llegar sean muy distintas a las que se piensan.

Así, la comunicación interna que potencie la promoción de la salud (tema central de esta tesis) debe tener un sustento investigativo que permita actuar con evidencia para esperar con una mayor certeza alcanzar los impactos esperados.

Es por eso que en el modelo propuesto de las 6 íes de la comunicación interna en escenarios de promoción de la salud, la variable de investigación cobija las otras 5 variables: identificación, información, integración, instrucción e imagen. Esto indica que la investigación debe ser un componente transversal en desarrollo de cada una, de manera que los planteamientos y acciones que se emprendan, tengan un sustento válido y una forma de mostrar sus impactos.

Ahora bien, desde la investigación como tal, se distinguen dos formas o rutas de presentación para el caso de la comunicación, que son totalmente válidas además para los casos de promoción de la salud. Estas dos formas o clases de investigación son (Grunig y Hunt, 2003):

-Investigación formativa: tiene lugar antes de que empiece un programa, para ayudarlo a construir sobre bases firmes que respondan a la realidad.

-Investigación evaluativa: tiene lugar después del programa y sirve para medir los alcances e impactos.

Por eso, las dimensiones para evaluar la investigación en el modelo de las 6 íes deben agrupar una escala que mida:

- investigación formativa para la variable identificación
- investigación evaluativa para la variable identificación
- investigación formativa para la variable información
- investigación evaluativa para la variable información
- investigación formativa para la variable instrucción
- investigación evaluativa para la variable instrucción
- investigación formativa para la variable integración
- investigación evaluativa para la variable integración
- investigación formativa para la variable imagen
- investigación evaluativa para la variable imagen

A nivel general sería:

-investigación formativa para la comunicación interna en escenarios de promoción de la salud.

-investigación evaluativa para comunicación interna en escenarios de promoción de la salud.

2.3.3.5. ESTUDIOS PREVIOS

Para finalizar este capítulo, se presentan algunos estudios que se han realizado sobre la comunicación interna en escenarios de salud, para reconocer algunos aspectos sobre el tema y los retos a los que se enfrenta.

Aunque la comunicación interna en escenarios de salud no sea un asunto muy estudiado (y con pocas referencias en bases de datos como

SCOPUS O PUBMED), algunas investigaciones han dado pistas sobre la situación de esta área de estudio.

Este apartado se divide en tres partes, en la primera se hace referencia a los estudios encontrados sobre la situación del sistema sanitario en España y que apuntan a temas de comunicación interna. La segunda parte se acerca a los estudios específicos sobre comunicación interna en escenarios de salud a nivel de España. Finalmente en el tercer segmento se presentan varios estudios internacionales sobre algunos aspectos de la comunicación interna en escenarios de salud.

2.3.3.5.1. Sobre el sector salud en España

Aquí, se llama la atención sobre los estudios que se han realizado en el sector salud y que de alguna manera implican temas de los que se debería encargar la comunicación interna.

En primer lugar, algunos autores apuntan en sus trabajos a los cambios que ha sufrido el sector salud y las particularidades que caracterizan el caso Español. Costa a partir de una amplia revisión de variados autores, sintetiza en su investigación, las peculiaridades del sistema sanitario Español:

“-Sistema dual de autoridad, la autoridad profesional de una parte y la autoridad gestora, de la otra.

-Gran división del trabajo, que da lugar a un alto grado de estratificación.

-Diversidad de metas, que no son siempre compatibles. El objetivo de curar suele ser responsabilidad del médico. El cuidado del paciente, la vocación del personal de enfermería. La administración se concentra en

controlar el gasto, asegurándose un buen funcionamiento del sistema y el flujo de personal, recursos y servicios.

-Divisiones comunicativas internas en función de los grupos profesionales, de manera que habría que superar una comunicación limitada a los colectivos profesionales (enfermeros entre sí, médicos entre sí, etc.) o incluso por especialidades (médicos del mismo servicio entre sí, etc.)

-Las personas están concentradas y preocupadas por los asuntos del equipo de trabajo o departamento en el que colaboran, pero escasamente por aquellos que afectan a la organización en general. En este sentido resulta difícil crear un conjunto de valores o comportamientos corporativos” (Costa, 2011: 98).

Segura Gálvez añade en uno de sus trabajos:

“un jefe de servicio debe, por tanto, ocuparse de que la comunicación de su organización funcione de manera ágil y bien engrasada, pero debe igualmente conocer y garantizar la calidad comunicativa de sus profesionales en relación con los usuarios” (Segura Gálvez, 2004: 692).

En segundo lugar, otros autores han apuntado con sus trabajos a desvelar características propias de los empleados del sector salud en España, como la falta de motivación y del trabajo en equipo, un asunto que tiende a agudizarse con los recortes y reformas actuales ante la crisis económica que se vive:

“la política actual en el sector de la sanidad, en materia de promoción, retribución y carrera profesional, no favorece la creación de un aliciente profesional y se convierte en una máquina de convertir a las personas, que inician su trabajo llenas de entusiasmo, en profesionales que corren el riesgo de caer en la rutina, al no encontrar un horizonte profesional atractivo por el que merezca la pena esforzarse” (Gómez, 2006: 393).

También se llama la atención sobre otros aspectos del personal del sistema hospitalario Español, entre los que destaca (Errasti, 2000):

-El personal sanitario no trabaja unido. Los profesionales no hablan entre ellos y falla la coordinación en el cuidado del paciente. Los gestores y los clínicos cooperan poco para mejorar los procesos y los sistemas de

información. Hay una escasa comunicación entre los departamentos, y las buenas ideas no se expanden.

-Existe escasez de destrezas y de estándares para las diversas actuaciones clínicas, incluyendo la información que se debe facilitar.

Sobre el primer asunto (la falta de coordinación del trabajo), Marqués (2009) en su investigación sobre la influencia de las redes sociales en el rendimiento del sector sanitario en España, concluye entre otros:

-Cada médico tiene sus tareas de trabajo muy determinadas (pacientes establecidos para atender en la consulta, en la planta, en el quirófano, etc.) y no interactúan, normalmente, con otros compañeros para pedir colaboración. De esta forma, individualmente, evalúan a los pacientes, pautan los tratamientos como estiman oportuno o piden las pruebas terapéuticas necesarias para su diagnóstico, sin consultar sus decisiones con el resto de los compañeros.

-Cuanto mayor es la responsabilidad jerárquica de los individuos, mayor es la diferencia en la forma de concebir el rendimiento con respecto a como lo entiende la plantilla base.

-Es necesario difundir más el hábito de la colaboración, de forma que pedir ayuda sea reconocido como un acto de prestigio y no que desvalorice, socialmente hablando.

-El trabajador percibe el buen funcionamiento del grupo y sus óptimos resultados cuando es capaz de motivar a sus compañeros más cercanos.

-El personal de enfermería valora mucho a las personas con una actitud positiva en el trabajo, es decir, que están normalmente de buen humor y que transmiten al entorno laboral un dinamismo y vitalidad.

En tercer lugar, algunos trabajos e investigaciones en España sobre la relación médico – paciente, han dado apuntes donde la comunicación interna podría influir. Dentro de la relación médico – paciente, y específicamente sobre la comunicación de malas noticias en España, la investigación de Gómez Sancho concluye que:

“la ausencia de una formación que explique cómo hacer frente a reacciones de cólera o desesperación, hará que el profesional de la salud evite toda entrevista que pueda desencadenar reacciones de este tipo. Esta actividad se puede ver eventualmente forzada por palabras desaprobatorias

por parte de algunos colegas o enfermeras que ven con malos ojos alterar al enfermo” (Gómez Sancho, 2000: 29).

Finalmente, algunos estudios sobre calidad de vida profesional en el sector salud en España desvelan temas importantes para la comunicación interna.

El estudio de Cortés Rubio (2003) con 282 médicos, enfermeros/as, trabajadores sociales y auxiliares de Atención Primaria de Madrid recogió entre sus resultados, sobre la escala 0-10: “el apoyo directivo percibido es de 4,8; la motivación intrínseca es de 7,4; la carga de trabajo es 6; la calidad de vida en el trabajo 5,1; el reconocimiento del esfuerzo recibe 4,2 puntos; la información recibida en el trabajo es de 4,8; las propuestas son escuchadas en 4,8 puntos; la posibilidad de expresar lo que se siente recibe 5,2 puntos; el apoyo recibido de los jefes es de 5,2 y el de los compañeros 6,7” (Cortés Rubio, 2003: 293).

Por su parte, el estudio con 135 profesionales en el área sanitaria de Asturias reveló una alta motivación intrínseca del personal, pero niveles de bienestar emocional medios. Algunos de los resultados más significativos, sobre a escala 0-10, fueron: “el reconocimiento del esfuerzo recibió 6 puntos, la posibilidad de expresión 7; ser escuchado 6 puntos, la libre decisión recibió 7 puntos, el apoyo de los jefes 7, el de los compañeros 9” (Alonso Fernández, 2002: 488).

Como se concluye de estas investigaciones, en general el sector sanitario en España tiene grandes deficiencias en su cultura corporativa y su clima organizacional (lo que repercute en la calidad de los servicios que se prestan), evidenciadas en temas como la falta de trabajo en equipo, la falta de

objetivos comunes, la falta de motivación de los empleados y la falta de habilidades comunicativas para el desarrollo de las labores cotidianas. Estas son deficiencias que se pueden superar a través de una correcta concepción y aplicación de una política de comunicación interna, pues son temas que le atañen directamente, tal y como se ha visto en el desarrollo de este capítulo.

2.3.3.5.2. Sobre la comunicación interna en escenarios de salud en España

Este segundo bloque de investigaciones previas, parte del Estudio de comunicación en el entorno hospitalario realizado por Inforpress Comunicación de Salud (2004: 32) en el que se concluyó que:

“la comunicación interna cobra cada vez más importancia pero todavía se realiza de un modo informal, mediante el trato directo. No se suele invertir en planes o estrategias de actuación. Herramientas consolidadas en la mayoría de sectores, como revista o el portal del empleado, tienen todavía un uso incipiente en el entorno hospitalario. La comunicación interna en el sector nace de la dirección, que es la que lleva la batuta y la figura clave en la transmisión de valores”.

Ahora bien, sobre el tema de comunicación interna en escenarios de salud en España, se encontraron varios trabajos que se presentan en orden cronológico.

El estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública denominado *la comunicación interna suspende en los hospitales*, fue realizado a través de una auditoría en tres centros públicos andaluces, y algunas de sus conclusiones fueron (Prieto y March, 1997):

-La comunicación interna de los hospitales es escasa, confusa, ocasional, tardía y se expresa por canales informales.

-Uno de los factores que más preocupan a los profesionales es que la mayor parte de los mensajes los reciben informalmente por compañeros. Les gustaría recibirlos de los mandos intermedios y de los directivos.

-La comunicación debe ser considerada una línea estratégica que promueva mayor participación de los profesionales.

Por su parte, un estudio realizado en un hospital comarcal con el personal asistencial (médicos y enfermeras), cargos intermedios (supervisores y jefes de servicio) y los directivos (jefes) arrojó como resultados (Pajares, DR; March, JC y Gómez, ME, 1998):

-Tanto los profesionales de enfermería como los médicos destacan como una importante debilidad la poca credibilidad y la baja valoración de las Direcciones.

-Los médicos consideran una debilidad no sentirse escuchados por la Dirección.

-No se dan felicitaciones ni refuerzos positivos de ningún tipo.

-La primera información (en el canal descendente) llega en forma de rumor.

-Hay buenas relaciones dentro de los propios servicios.

El estudio realizado en Andalucía en el programa de Salud Materno Infantil, con los directores de distrito de Atención Primaria y los profesionales de los centros de salud, concluyó entre otros asuntos (March, Prieto y Gutiérrez, 2000):

-La comunicación interna en atención primaria se describe como una debilidad importante en la gestión de los centros de salud.

-Los profesionales perciben importantes desacuerdos entre los intereses de los directivos de la organización y los suyos propios.

-El contexto donde se desarrolla la comunicación es donde existe el mayor choque entre gestores y profesionales. Así, los directivos opinan que el fallo de la comunicación está claramente en el nivel del personal, que no se implica, a pesar de que ellos hacen grandes esfuerzos para que la comunicación sea fluida. Y los profesionales perciben todo lo contrario, afirmando por una parte que la dirección guarda información y en segundo lugar que cuando la transmite lo hace de forma selectiva.

Con el fin de conocer la percepción de los directivos de los hospitales españoles sobre el desarrollo de la comunicación interna en sus centros, se realizó un estudio descriptivo a nivel nacional que concluyó (March, Prieto, Danet, Pérez y Martín, 2002: 3):

“se observa una tendencia a un mayor grado de satisfacción con la comunicación interna en los hospitales de 500 camas o menos que en los grandes. Ello puede explicarse por el hecho de que en los hospitales más pequeños es más fácil el contacto directo entre la dirección y los profesionales. El menor tamaño del hospital favorece la utilización de canales formalizados de carácter personal”.

Lingán (2003), en un trabajo de investigación que tenía por objetivo analizar la imagen corporativa del Hospital Valle del Hebrón en su público interno, concluyó que la carencia de un planteamiento estratégico de la comunicación y del rol del gestor de la comunicación interna, determinaban la imagen negativa que tenía el público interno sobre la institución.

De otro lado, se desarrolló una investigación en el ámbito de la Atención Primaria de Catalunya en Costa de Ponent en la que identificó que (Ballvé et al., 2008):

-Los médicos consideran más importante la comunicación ascendente y son los que valoran mejor la comunicación dentro de sus equipos; por su parte, los profesionales de la unidad de atención al usuario, son los que la valoran peor.

-Las principales demandas en materia de comunicación por parte del público interno se centran en enterarse de los proyectos antes de que se publiquen en los medios de comunicación, conocer la información por vía oficial y no por rumores, y conocer los proyectos de otros equipos.

Finalmente, el estudio de March et al. (2011), en centros de Atención Primaria de cuatro Comunidades Autónomas, concluye entre otros asuntos que:

-Se destaca el uso de fuentes y canales informales como los más utilizados, lo que se asocia a la baja credibilidad.

-Los profesionales señalan la necesidad de comunicar más y con más claridad, en consonancia con sus propios intereses.

-Una buena comunicación interna requiere la confluencia de elementos tecnológicos y estrategias de contacto humano, implicando a la alta dirección y contando con el apoyo de una unidad de Comunicación Interna y de la línea ejecutiva.

Estos estudios reflejan que el tema de la comunicación interna en escenarios de salud en España es aún una tarea por cumplir. Se la reconoce como importante, sin embargo no se le da la importancia que merece. Aparece como una gran debilidad en la mayoría de los escenarios.

Se encontraron otros tres estudios sobre clima organizacional en el ámbito sanitario en España, que si bien no versan exclusivamente de la comunicación interna, tienen mucha relación con el tema.

El primero, un trabajo de Delgado et al. (2006), centra su discurso en las dimensiones para evaluar el clima organizacional en Centros de Atención Primaria, dentro de las que se incluyen trabajo en equipo, cohesión y vida social, conflicto en el equipo, excesiva autonomía, dirección autoritaria y tensión médicos/enfermería, categorías muy relacionadas con la política de comunicación interna de la organización.

El segundo estudio desarrollado en Centros de Atención Primaria de Murcia, a través de un cuestionario sobre clima organizacional y

cumplimentado por 402 profesionales sanitarios reveló que el clima en general era positivo, pero que era peor evaluado por los profesionales sin tareas de coordinación y entre los equipos que llevaban muchos años trabajando juntos. (Meranguez, 1999).

El tercer estudio fue desarrollado por Muñoz-Seco (2006) en Menorca con profesionales de la salud, en el que se encontró una percepción de apoyo directivo medio y una motivación intrínseca medio-alta.

2.3.3.5.3. Sobre otros estudios internacionales de comunicación interna en escenarios de salud

Como se mencionó antes, aunque el tema de la comunicación interna en escenarios de salud no sea un asunto muy estudiado, o por lo menos con investigaciones publicadas en revistas científicas, existen variados estudios publicados sobre algunos aspectos específicos de interés para el desarrollo de esta tesis.

Por ejemplo, uno de los temas sobre los que más se ha estudiado es el relacionado con la integración en los escenarios de salud lo que conlleva a un buen trabajo en equipo. El estudio de Manthey (2012) cataloga a la comunicación y a la colaboración como las destrezas más importantes en los equipos de salud exitosos, cuando afirma:

“Communication and collaboration skills are important now among health professionals and are likely to become absolutely vital in the future. Health care team efficiency will be the hallmark of clinical and financial success as care delivery systems continue to evolve” (Manthey, 2012: 64).

Burd et al. (2002), detectaron barreras de tipo lingüístico, cultural y profesional entre médicos y enfermeras, lo que impedía ofrecer una atención y cuidados efectivos a los pacientes. En esta misma línea, otros estudios sobre el tema han encontrado que generalmente los médicos se quejan de las competencias del personal de enfermería, y estos últimos a su vez manifiestan un trato desagradable por parte de los médicos quienes no valoran lo suficiente las opiniones del personal de enfermería (Cadogan et al., 1999); además, ante la autoridad médica, las enfermeras necesitan reforzar su autonomía laboral, mientras que los médicos manifiestan su necesidad de que las enfermeras resuelvan sus problemas de forma proactiva (Martin et al., 2008).

Los problemas de lenguaje y de tono que marcan las conversaciones entre profesionales de la salud (dificultando el trabajo en equipo), fue analizado por Joubert et al. (2005), en Turquía, encontrando que un 79% de las enfermeras encuestadas admitían abuso verbal por parte de los médicos, siendo el 76% de éstos delante de terceras personas.

Otro estudio que analiza el trabajo en equipo en el sector salud, fue el llevado a cabo por Wiles y Robison (1994) en el Reino Unido con el fin de conocer los pilares del éxito del trabajo en los equipos de Atención Primaria, donde se identificaron como bloques importantes la identidad del equipo, el liderazgo, la accesibilidad de los médicos, la filosofía de la atención sanitaria, la forma de entender las responsabilidades y los roles y los desacuerdos sobre esas responsabilidades y roles.

En cuanto a proyecto compartido en escenarios de salud -requisito indispensable para un buen trabajo en equipo-, el estudio de Leston y Holloway

(2001) destacó que las identidades profesionales y la estructura de poder tradicional son los conflictos que más entorpecen el mantenimiento de un proyecto de equipo, afectando no sólo la relación médicos/enfermeros, sino además implicando a los directivos.

Finalmente, otro estudio sobre trabajo en equipo revela las complejidades en el funcionamiento de los equipos de salud y evidencia que con una eficaz colaboración interprofesional se obtienen mejores resultados en los pacientes enfermos, pues según este estudio:

“Failures of communication, considered examples of poor collaboration among health care professionals, are the leading cause of inadvertent harm across all health care settings” (Rose, 2011: 5).

Otro de los temas (variable) de la comunicación interna estudiado en los escenarios de salud es la formación en habilidades de comunicación y formación en trabajo en equipo. El estudio ya mencionado de Manthey (2012) plantea que tanto la comunicación como la colaboración son dos habilidades que implican un desarrollo interesante para el mundo académico de las áreas de la salud.

Asimismo el estudio de Bridges et al. (2011), se centra en la necesidad de formación de los futuros profesionales de la salud para el trabajo en equipo, a través de una educación interprofesional como enfoque de colaboración y donde se debe ayudar a los estudiantes a comprender su propia identidad profesional y a adquirir una comprensión de los otros papeles de los profesionales del equipo de atención médica.

Por su parte, un estudio realizado en Canadá con más de 500 profesionales representantes de 20 profesiones de la salud, que asistieron a 17 talleres de habilidades de comunicación, demostró el impacto de esta formación en la comunicación práctica de los profesionales y en la satisfacción de sus pacientes:

“Pre/post paired t-tests of self-reported communication skills showed significant improvement after all workshops ($p \leq 0.05$); 92% indicated intended changes to their communication practice immediately following the workshops. Of 68 respondents to the follow-up, 59 (87%) reported positive changes in the responses of their patients.” (Sargeant et al., 2012: 265).

En esta misma línea, Solomon y Salfi (2011) realizaron otro estudio piloto en Canadá con estudiantes del área de la salud, donde desarrollaron una evaluación del modelo IEPS que consiste en desarrollar habilidades de comunicación en la educación interprofesional, a través del aprendizaje basado en problemas reales, el estudio de casos de pacientes y el aprendizaje cooperativo. Los alumnos calificaron altamente su satisfacción con los conocimientos de comunicación adquiridos y se presentaron cambios significativos en posteriores sesiones de éstos con sus pacientes.

“The demand for experiential events which provide students with the skills required to interact effectively in healthcare teams is likely to continue with the growing awareness of the need for interprofessional education. A learning experience which incorporates standardized patients and feedback from faculty facilitators can promote authentic interprofessional learning, and develop students' confidence to communicate in a team environment.” (Solomon y Salfi, 2011: 616).

Finalmente en cuanto a este aspecto, el estudio de Kirschbaum et al. (2012), realizado en Estados Unidos con obstetras y anesthesiólogos, concluyó

que la capacitación en cultura corporativa y comunicación aumentaron el trabajo en equipo de estos dos grupos de profesionales.

Ahora bien, la información en los escenarios de salud, como otra variable de la comunicación interna, también está presente en variados estudios.

Una investigación reciente desvela cómo el intercambio de información entre quienes realizan intervenciones sanitarias, puede mejorar la calidad y la continuidad de los tratamientos anti VIH con el intercambio de información entre proveedores y la coordinación de clínicas y servicios de apoyo, lo que implica un importante trabajo de información con los empleados del sector sanitario (Shade et al., 2012).

Asimismo un estudio cualitativo en Senegal sobre las necesidades de información de salud, su flujo y su uso, señaló que muchos profesionales de la salud y las autoridades de África carecen de acceso a la información necesaria para tomar decisiones basadas en la evidencia, lo que garantice una atención sanitaria eficaz. De esta manera pone de manifiesto la importancia del apoyo político para una estrategia integral de gestión del conocimiento para el sector salud:

“Hierarchy and social organization play a crucial role in the flow of communication and in knowledge exchange. The study also identified the importance of political support for a comprehensive knowledge management strategy for the health sector, including the need for strategies to empower and better support the knowledge role of health coordinators and supervisors.”
(Sylla et al., 2012: 46).

Y la calidad de la comunicación entre los equipos de salud también ha denotado la importancia de la cadena de información. Así lo hace ver el estudio realizado por Durbin et al. (2012), en la calidad de la comunicación entre Atención Primaria de Salud y los cuidadores de Salud Mental, donde se analiza cómo los médicos de Atención Primaria necesitan comunicarse eficazmente con los profesionales de la salud mental para brindar un adecuado manejo y continuidad de los cuidados.

Finalmente, uno de los aspectos que más se ha estudiado en los escenarios de salud y que guarda una estrecha relación con la comunicación interna (en especial con la variable de identificación) es la motivación de los empleados.

El trabajo de Medina (2012), sobre la comunicación interpersonal en el caso de los hospitales europeos, resalta la motivación como uno de los objetivos centrales de la comunicación interna, para lo cual la comunicación interpersonal se presenta como la herramienta más apropiada por su poder para establecer y desarrollar relaciones profesionales y humanas entre sus participantes:

“En el sector hospitalario, la motivación está relacionada con el deseo del personal médico y de enfermería de hacer bien su trabajo y así satisfacer plenamente al paciente –y a sus familiares-, lo cual a su vez está muy relacionado con el campo de la comunicación interpersonal, al ser ésta una herramienta que facilita el trabajo del personal hospitalario” (Medina, 2012: 93).

En el estudio de Campbell et al. (2012), en Australia se demuestra cómo la motivación de los empleados del sector sanitario se refleja directamente en la contratación y en retención de éstos en zonas rurales y remotas. Para ello el

estudio plantea que las organizaciones deben implementar estrategias para aumentar la motivación tanto intrínseca como extrínseca de los empleados , entre otros asuntos a través de una comunicación fluida. El estudio de Stevenson et al. (2011), también va dirigido a cómo las organizaciones sanitarias deben trabajar fuertemente en la motivación de sus médicos y en la identificación con su quehacer como forma de aumentar su número de personal y el compromiso de trabajo de éstos en zonas socialmente desfavorecidas:

“If organisations want to increase the numbers of medical staff or increase the work commitment of staff in areas of social disadvantage, they should consider supporting doctors to work part-time, allowing experienced doctors to mentor them to model these patient-appreciative approaches, and reinforcing, for novice doctors, the personal and intellectual pleasures of working in these fields.” (Stevenson et al., 2011: 404).

Por otro lado, el estudio de Mitchell et al. (2012), considera esencial la motivación con la que los médicos generalistas desempeñan su papel en el tratamiento del cáncer, pues influye directamente en su compromiso con el tema y en que ofrezcan cuidados a largo plazo para sus pacientes. Y para lograr esta motivación, el estudio considera dos elementos importantes: el reconocimiento de su labor y el apoyo que reciban por parte del sistema de salud.

El estudio de Hernández et al. (2012), sobre la innovación en las organizaciones sanitarias a través de la atención centrada en el paciente, estima dentro de los principales determinantes para el cambio un liderazgo eficaz, una fuerte motivación interna y externa para cambiar, una clara y coherente misión organizacional y una continua retroalimentación. Y estos

procesos sólo son posibles con un fuerte trabajo con los empleados para motivarlos.

Por otra parte, la relación entre motivación y satisfacción laboral en los empleados del sector sanitario es analizado en el estudio de Rama-Maceiras et al. (2012), en el que se concluye que en las organizaciones sanitarias debe existir la voluntad para evaluar el grado de satisfacción de los empleados con el fin de mejorar su entorno de trabajo, lo que conlleve a mejorar la motivación y reducir el estrés profesional. Además se hace hincapié en que los cambios en las políticas de salud muchas veces son vistos como una amenaza a la autonomía de los trabajadores de la salud, lo que disminuye la satisfacción de los empleados y aumenta su desgaste, pudiendo perjudicar finalmente la calidad y la seguridad de los servicios que ofrece la organización sanitaria:

“Personal wellness should also be nurtured, as a satisfactory work-life balance and an adequate social support network might act as a buffer for dissatisfaction and burnout. Improvement in satisfaction might create a positive work climate that would benefit both the safety of our patients and our profession.” (Rama-Maceiras et al., 2012: 311).

En relación con la motivación también surgen propuestas como las impulsadas por la investigación de March y Prieto (2012) sobre Clima Emocional en los equipos sanitarios, en el que influyen tres elementos fundamentales: el saber profesional, las relaciones interpersonales y el proyecto de equipo, y en donde se consideran las relaciones de cohesión, conflictos y comunicación o empatía:

“Esto es, evaluar la sinergia que empleamos para mantener las relaciones entre las personas de un equipo, para entendernos entre nosotros y tener un proyecto común y para solventar conflictos en el aporte de cada profesional. Y esto es el clima emocional. Junto a lo emocional, es fundamental la

comunicación como herramienta que permite que un equipo y su proyecto avance.” (March y Prieto, 2012: 44).

Finalmente, el estudio de Huang et al. (2012), relaciona la satisfacción en el trabajo de los empleados sanitarios con la motivación y el compromiso organizacional y por tanto con el impacto en las acciones desarrolladas con la ciudadanía:

“The findings of the article suggest that hospitals can increase organizational citizenship behaviors by influencing an organization's ethical climate, job satisfaction, and organizational commitment” (Huang et al., 2012: 513).

Basados en los estudios encontrados y descritos anteriormente, se puede decir que existen numerosas señales de la falta de una política coherente de comunicación interna en los escenarios de salud, reflejado en asuntos como el poco trabajo en equipo, la desinformación, los desacuerdos, los bajos niveles de participación de los empleados, las diferencias marcadas entre los distintos niveles y perfiles que trabajan en cada uno de los escenarios, la falta de estímulo, la presencia en una gran mayoría de canales informales de comunicación, y la falta en sí misma de planes estratégicos de comunicación.

Ahora bien, específicamente sobre el tema de la comunicación interna en los procesos de promoción de la salud en España no se encontró ningún estudio de referencia (hasta la entrega de la tesis). En ninguno de los estudios encontrados se hace alusión al tema, teniendo en cuenta que muchos han sido realizados en hospitales (donde predomina una cultura de la enfermedad), y los pocos realizados en centros de Atención Primaria no muestran tampoco que se

haya abarcado el estudio de la comunicación interna desde este enfoque (lo que refleja en parte, que tampoco existe una cultura de promoción de la salud en estos escenarios).

2.4. PREGUNTAS BÁSICAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta la realidad descrita en el marco teórico y conceptual, en cuanto a la comunicación interna y en especial la relacionada con los escenarios de salud en España, y poniendo de relieve la necesidad de potenciar los procesos de promoción de la salud, se plantea un trabajo desde la comunicación en salud, específicamente desde la comunicación interna, intentando dar respuesta a:

-¿Cómo pueden potenciarse las labores de promoción de la salud desde el trabajo de comunicación con los públicos internos del sector sanitario?.

-¿Qué elementos de la comunicación interna pueden ayudar a los públicos internos del sector sanitario en su labor de promoción de la salud?.

3. METODOLOGÍA

3.1. EL ESTUDIO DE CASO

Este estudio se plantea como una investigación no experimental de tipo descriptivo (buscando reseñar las características de la comunicación interna en escenarios de salud donde se trabaja la promoción de la salud) y exploratorio (buscando proporcionar indicios de la relación de influencia que podría existir entre la comunicación interna en escenarios de salud y la labor de promoción de la salud que se realiza en ellos). Para esto se trabaja con la metodología del estudio de caso.

El estudio de caso es un método que conjuga el más amplio abanico de fuentes posibles con el fin de acercarse a la realidad de un tema, e incluye aportaciones de variadas procedencias como documentos, entrevistas, observaciones directas y hasta encuestas convencionales, integradas conjuntamente (Wimmer y Dominick, 1996). Se trata de utilizar todas las fuentes posibles para investigar sistemáticamente un fenómeno, a partir de métodos tanto cualitativos como cuantitativos (Chetty, 1996).

Martínez Carazo (2006: 189) lo define como “una estrategia metodológica de investigación científica, útil en la generación de resultados que posibilitan el fortalecimiento, crecimiento de las teorías existentes o el surgimiento de nuevos paradigmas científicos; y que por lo tanto contribuye al desarrollo de un campo científico determinado. Razón por la cual el método de estudio de caso se torna apto para el desarrollo de investigaciones a cualquier

nivel y en cualquier campo de la ciencia, incluso apropiado para la elaboración de tesis doctorales”.

Siguiendo a Merriam (1988), sus principales características son:

- Particularismo: se centra en una situación exacta.
- Descripción: el resultado final consiste en la descripción detallada de un asunto sometido a indagación.
- Explicación: ayuda a comprender aquello que se somete a análisis.
- Inducción: la mayoría de los estudios de caso utilizan el método inductivo, según el cual los principios y generalizaciones emergen a partir del análisis de los datos particulares.

A través de la utilización del estudio de caso como metodología para esta investigación se pretende encontrar nuevas formas de enfocar y entender la realidad de estudio (el trabajo de promoción de la salud), proponiendo nuevos desarrollos conceptuales (desde la comunicación interna de las instituciones sanitarias para la potenciación del trabajo de promoción de la salud).

Para ello el estudio de caso se concentrará en Madrid Salud como escenario de Salud del Municipio de Madrid donde se tienen asignadas las labores de promoción de la Salud y que ha sido creada y pensada para cumplir con esta función, ya que los escenarios de Atención Primaria y Atención Especializada se han decantado más por labores asistenciales, en especial por la crisis que sufre actualmente el sector sanitario en España.

Dentro de Madrid Salud como escenario creado bajo la lógica de la promoción de la salud y propicio para desarrollar el trabajo de campo de esta tesis doctoral (pues se pretende analizar la comunicación interna en escenarios que trabajen la promoción de la salud), se analizarán 6 casos (centros) de los 24 centros que componen la red de Madrid Salud (entre Centros de Madrid Salud y Centros Monográficos de Madrid Salud). Esto obedece a que las teorías y modelos que pretenden obtener un cierto grado de aplicabilidad general pueden estar basados en un número limitado de casos, entre 4 y 10 (Martínez Carazo, 2006), pues un solo caso puede indicar una categoría o propiedad conceptual y, unos cuantos casos más, pueden confirmar esa indicación (Glaser & Strauss, 1967, citado en Rialp Criado, 1998).

3.2. EL ESCENARIO: MADRID SALUD¹

Madrid Salud es el órgano autónomo del Ayuntamiento de Madrid creado en 2005 y que tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de Salud Pública y Drogodependencia. Su principal objetivo es hacer de Madrid una ciudad cada vez más saludable promoviendo la salud en un sentido amplio y poniendo el acento en la prevención de enfermedades de los ciudadanos a través de la atención integral a las personas con adicciones y la promoción de hábitos saludables (Madrid Salud, 2012).

Sus líneas estratégicas son:

¹ <http://www.madridsalud.es/>

- Contribuir a que la salud sea considerada un valor esencial en la política municipal.
- Trasladar a la población la importancia de la salud pública.
- Atención integral a las adicciones en los ciudadanos de Madrid.
- Evaluación de riesgos en materia de salud ambiental y seguridad alimentaria.
- Fomentar estilos de vida saludables en los ciudadanos de Madrid a través de la información, educación y actuación sobre el entorno.
- Contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en la ciudad de Madrid.

Madrid Salud cuenta con una red de 16 centros de salud (CMS) y 8 centros monográficos especializados, repartidos por la ciudad y dotados por una plantilla multidisciplinar formada por profesionales de la medicina, especialista en ginecología, psiquiatría, pediatría, psicología, o enfermería, además de trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos. La plantilla de cada centro oscila entre 15 y 25 empleados.

Los 16 Centros de Madrid Salud (CMS) son centros municipales especializados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades. Por lo tanto su objetivo no es tratar la enfermedad (algo que ya hacen los centros de Atención Primaria o Especializada), sino que se centran en prevenirla y en ayudar a las personas, los grupos y las comunidades a conseguir estilos y condiciones de vida saludables. Para ello desarrollan educación para la salud, asesoría a los docentes y a los padres en el proceso educativo, apoyo a las personas que se dedican al cuidado de enfermos

crónicos y ancianos, promoción de la ayuda mutua, alianzas entre organizaciones y colectivos, y aportan información y asesoría técnica a los agentes e instituciones que toman decisiones en políticas públicas que tienen impacto sobre la salud, entre otros. Los 16 CMS se encuentran en los siguientes distritos de Madrid: Arganzuela, Carabanchel, Centro, Chamberí, Ciudad Lineal, Fuencarral, Hortaleza, Latina, Retiro, San Blas, Tetuán, Usera, Puente de Vallecas, Villa de Vallecas, Vicálvaro, y Villaverde.

Por su parte, los 8 centros monográficos son centros mixtos en el sentido de que desarrollan tanto acciones de promoción de la salud, como de prevención de la enfermedad y en algunos casos labores más asistenciales. Estos centros fueron creados para responder a las necesidades de salud pública de colectivos específicos, y de acuerdo a su naturaleza pueden desempeñar en mayor o menor medida tareas de promoción de la salud. El Centro de Madrid Salud Internacional presta atención a las personas que planean un viaje a zonas tropicales o países en desarrollo mediante consejo sanitario individualizado. El Centro Madrid Salud Joven va dirigido al conjunto de la población adolescente y jóvenes menores de 25 años y a los mediadores sociales que trabajan con ellos, apoyando áreas como la salud sexual y reproductiva, la drogodependencia y los maltratos y abusos. El Centro de Diagnóstico Médico dispone de consultas especializadas que complementan las actividades realizadas por los CMS como Medicina Interna, Dermatología, y Urología. El Laboratorio de Análisis Clínicos es una unidad donde se realizan las determinaciones analíticas solicitadas por los distintos CMS. El Centro de Salud Bucodental ofrece atención bucodental a niños entre 6 y 14 años, control de dieta y atención terapéutica. El Centro de Apoyo a la Seguridad presta

atención a las personas que precisan partes de lesiones o pruebas de alcoholemia a petición de la Policía Municipal y otros Cuerpos de Seguridad. El Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo se dedica a la evaluación de la memoria y otras funciones cognitivas. Finalmente el Centro de Promoción de hábitos saludables proporciona información y asesoramiento a organizaciones, profesionales y ciudadanos sobre hábitos saludables como dejar de fumar, afrontar el estrés y la ansiedad, comer saludablemente y habilidades sociales.

Los 6 casos (centros) seleccionados para el análisis dentro del trabajo de campo de esta tesis corresponden a 3 Centros de Madrid Salud quienes trabajan directamente en promoción de la salud, y a 3 Centros Monográficos que de acuerdo a su concepción combinan en mayor o menor medida las acciones de promoción de la salud con tareas asistenciales (relacionadas con la enfermedad). Esto permitirá analizar si existen diferencias en los resultados entre los centros que trabajan únicamente en promoción de la salud (CMS) con respecto a los que combinan esta labor con tareas asistenciales (Centros Monográficos). Asimismo se podrán establecer si existen diferencias en los resultados entre los tres centros monográficos, pues en cada uno de ellos la concepción de las tareas de promoción de la salud varía: el primero de ellos está concebido para que desarrolle en mayor medida acciones de promoción de la salud y casi ninguna labor asistencial, el segundo desarrolla casi en igual medida acciones de promoción de la salud y acciones asistenciales, y el tercero desarrolla en mayor medida labores asistenciales que de promoción de la salud.

Los centros en los que se desarrollará el estudio de caso son:

Centros de Madrid Salud:

-Puente de Vallecas

-Usera

-Villaverde

Centros Monográficos:

-Centro Joven

-Centro Bucodental

-Centro de Prevención del deterioro cognitivo

3.3. HIPÓTESIS

H1. Se espera hallar una relación directa y positiva entre una estrategia de comunicación interna basada en promocionar la salud, y la labor de promoción de la salud que realizan los empleados.

3.4. DESCRIPCIÓN Y MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Para alcanzar el objetivo central de esta tesis que consiste en describir la incidencia de la comunicación interna en las labores de promoción de la Salud en Madrid Salud y responder a las preguntas de cómo pueden potenciarse las labores de promoción de la salud desde el trabajo de

comunicación con los públicos internos del sector sanitario, y qué elementos de la comunicación interna pueden ayudar a los públicos internos del sector sanitario en su labor de promoción de la salud, se estudiarán las seis variables definidas para la comunicación interna en escenarios de salud, desarrolladas en el capítulo anterior del marco conceptual. Estas variables son:

- Identificación: pertenencia de los empleados, sentido de orgullo y deseo de mantener su vinculación con la organización.

- Información: sentimiento de los empleados de sentirse informados, en especial de recibir información sobre la organización para la cual trabajan e información necesaria y útil para cumplir con las labores de promoción de la salud.

- Instrucción: formación recibida por los empleados en promoción de la salud y habilidades de comunicación.

- Integración: apertura y confianza de los empleados en su comunicación con los jefes y los compañeros, disposición para el trabajo en equipo, e integración de los empleados a los procesos de promoción de la salud que desarrolla la organización.

- Imagen: percepciones de los empleados sobre la cultura corporativa y sobre la situación actual de la organización para la que trabajan.

- Investigación: evaluación de la comunicación interna en la organización y de las cinco variables anteriores.

En cada una de estas variables se evaluarán los elementos propios de cada una como función de la comunicación interna y los elementos específicos de cada una para la función de promoción de la salud, definidos también en el capítulo anterior del marco conceptual . Así:

3.4.1. MEDICIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Para evaluar esta variable se utilizará la escala propuesta por Quijano (Quijano et al., 2000) para medir identificación y que comprende:

- Categorización: Sentido de pertenencia a la empresa. Ítems basados en Mael y Ashforth (1992).
 - IG08. Me siento miembro de mi organización, siento que pertenezco a ella
 - IG07. Me siento parte de esta empresa
- Orgullo de pertenencia: Satisfacción del trabajador a partir del hecho de pertenecer a la empresa. Ítems basados en O'Reilly y Chatman (1986) y en Porter et al. (1974).
 - IG06. Me siento orgulloso cuando le digo a otros que soy miembro de esta empresa
 - IG05. Me siento orgulloso de trabajar para esta empresa
- Cohesión o deseo de permanencia: Deseo del trabajador de continuar como miembro de la empresa. Ítems basados en Franklin (1975).
 - IG04. Los miembros de esta empresa se plantean trabajar aquí toda la vida
 - IG03. Me planteo ser miembro de esta empresa para toda la vida
 - IG02. Deseo continuar siendo miembro de esta empresa
- Identificación general. Conciencia que tienen los trabajadores de pertenecer a la organización, su sentimiento de orgullo por esta pertenencia, y su deseo de mantener su vinculación en el futuro. Ítems basados en Mael y Ashforth (1992).

- IG01.El éxito de esta empresa es mi éxito

Además de la escala anterior y con el fin de analizar la variable de Identificación en relación con la promoción de la salud se evaluará (escala propuesta por el autor de la tesis):

-Considero la promoción de la salud como una de las funciones principales dentro de los objetivos de mi organización.

-Considero la promoción de la salud como una de las funciones principales de mi labor.

-Me siento identificado con promocionar la salud desde mi organización.

3.4.2. MEDICIÓN DE INFORMACIÓN

Para evaluar Información se utilizará la categoría sobre esta variable del cuestionario de clima de comunicación desarrollado por Smidts et al. (2001), y traducido al castellano por Hernández (2008) :

- Dimensión B: Sentimiento de sentirse informado

-Normalmente, la información que recibimos de la empresa es sobre temas sin importancia.

-Normalmente, me entero de más cosas de la empresa por mis compañeros, que por las comunicaciones de la dirección.

-Los objetivos de esta organización solo son conocidos por quienes los han formulado y gestionado.

-La información que recibimos por los medios de comunicación de la empresa ha perdido interés.

-La mayoría de la información que me interesa la obtengo de mis compañeros de trabajo.

Para analizar la variable de Información en relación con la promoción de la salud, se evaluará además:

- Información a los empleados sobre la empresa (que trabaja en promoción de la salud):

-A través de los canales internos recibo información acerca de los logros y dificultades de la organización.

-A través de los canales internos recibo información acerca de los servicios que presta la organización.

-A través de los canales internos recibo información acerca del impacto social, el posicionamiento y la satisfacción de los usuarios.

-A través de los canales internos recibo información acerca de la misión, la visión y los valores de la organización.

-A través de los canales internos recibo información acerca de la planeación, la dirección y el control de la organización.

- Información a los empleados necesaria y útil para su trabajo (de promoción de la salud):

-A través de los canales internos recibo información sobre promoción de la salud.

3.4.3. MEDICIÓN DE INSTRUCCIÓN

Para evaluar instrucción y basados en los estudios sobre las necesidades de formación en promoción de la salud del personal sanitario (García y March, 1999; y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003) se tendrá en cuenta:

- Formación en enfoques y teorías interdisciplinarias de la promoción de la salud (teniendo en cuenta las necesidades detectadas para el caso Español: bases teóricas y aspectos biopsicosociales, preparación de intervenciones y realización de intervenciones).

-Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en bases teóricas de la promoción de la salud.

-Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en preparación y realización de intervenciones en promoción de la salud.

-Es suficiente la oferta de capacitación por parte de la empresa en bases teóricas, preparación y realización de intervenciones en promoción de la salud.

- Formación en habilidades de comunicación, de abogacía y de trabajo con otros.

-Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en el desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud.

-Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en trabajo en equipo.

-Es suficiente la oferta de capacitación por parte de la empresa en trabajo en equipo y en el desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud.

3.4.4. MEDICIÓN DE INTEGRACIÓN

Por un lado se evaluará el clima de comunicación que favorece los procesos de integración. Para ello se utilizarán dos categorías del cuestionario de clima de comunicación desarrollado por Smidts et al. (2001), y traducido al castellano por Hernández (2008), sobre apertura y confianza en la comunicación:

- Dimensión A: Apertura y confianza en la comunicación con la dirección.
 - Cuando mi jefe me dice algo, yo creo que él es sincero y honesto conmigo.
 - Cuando los directivos de la empresa nos informan algo, creo que lo que dicen es verdad.
 - Mi jefe está abierto a las sugerencias que yo hago.
 - Si yo digo algo aquí, eso es tomado en serio.
 - La dirección de la empresa está abierta a las sugerencias que nosotros damos o podemos darles.
 - En esta empresa tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias.
 - En esta empresa tengo amplias oportunidades de participar en las decisiones que se toman.

- Dimensión C: Apertura y confianza en la comunicación con los compañeros
 - Mis compañeros de trabajo están abiertos a las sugerencias que yo hago.
 - Creo que cuando mis compañeros de trabajo me dicen algo, ellos me dicen la verdad.
 - Normalmente recibo de mis compañeros de trabajo respuestas rápidas y oportunas a las dudas que tengo.

Por otro lado, y con el fin de evaluar la disposición del trabajo en equipo se utilizará la escala de Marqués (2009) que evalúa:

- Red Social del Consejo.

- Yo le doy información a otros compañeros sobre temas laborales.

- Yo le pido información a otros compañeros sobre temas laborales.

- Yo le pido consejo a otros compañeros para mejorar mi vida laboral.

- Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi lugar de trabajo.

- Red Social de Ayuda.

- Acudo a otras personas para que me ayuden en mis tareas cuando tengo excesiva carga de trabajo.

- Otras personas acuden a mí para que les ayude en sus tareas cuando tienen excesiva carga de trabajo.

- Red Social de la Motivación.

- Existen personas en mi trabajo que siempre me están animando.

Finalmente, para analizar la variable de Integración en relación con la promoción de la salud se evaluará además:

- Integración de los empleados a los procesos de promoción de la salud de la organización.

- Formo parte y estoy integrado en los procesos de promoción de la salud que desarrolla mi organización.

3.4.5. MEDICIÓN DE IMAGEN

Para evaluar Imagen y basados en el trabajo de Lingán (2003) sobre esta variable en el sector sanitario, se tendrá en cuenta:

- Cultura corporativa: misión, visión y valores (congruencia entre su formulación y la realidad institucional, aceptación e identificación de los públicos internos con éstos, formas de ver y hacer las cosas dentro de la organización).
 - Conozco la misión, la visión y los valores de mi organización.
 - Comparto la misión, la visión y los valores de mi organización.
 - Creo que la misión, la visión y los valores de mi organización están en consonancia con la realidad institucional.
 - Me gusta la forma de ver las cosas dentro de la organización.
 - Me gusta la forma de hacer las cosas dentro de la organización.
 - Es favorable la imagen que tengo de mi organización.

- Percepción de los empleados sobre la situación actual de la organización en cuanto a logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control).
 - Tengo una percepción favorable sobre los logros y la solución de dificultades en mi organización.
 - Tengo una percepción favorable sobre los servicios que presta mi organización.
 - Tengo una percepción favorable sobre el impacto social, el posicionamiento y la satisfacción de los usuarios.
 - Tengo una percepción favorable sobre la misión, la visión y los valores de mi organización.
 - Tengo una percepción favorable sobre la planeación, la dirección y el control en mi organización.
 - Considero favorable la imagen que tiene mi organización de cara a la opinión pública.

Para evaluar esta variable con relación a la promoción de la salud, se incluirá además:

- Tengo una percepción favorable del trabajo de promoción de la salud en mi organización.

3.4.6. MEDICIÓN DE INVESTIGACIÓN

Para evaluar Investigación y siguiendo el trabajo de Grunig y Hunt (2003) se tendrá en cuenta:

- Investigación formativa y evaluativa de cada una de las variables anteriores.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación sobre la identificación de los empleados?.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación sobre la información interna que reciben los empleados?.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación sobre la formación de los empleados?.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación sobre la integración y el trabajo en equipo de los empleados?.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación sobre la imagen de los empleados con relación a la organización?.
 - ¿Se realiza algún tipo de investigación para evaluar los procesos de comunicación interna con los empleados?.

3.4.7. MEDICIÓN DE LAS EXPECTATIVAS SOBRE LAS SEIS VARIABLES EN RELACIÓN CON EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN INTERNA

Finalmente, con el objetivo de conocer la percepción sobre la influencia de cada una de las seis variables (del modelo de las 6 íes) en el trabajo de promoción de la salud y su pertinencia en los procesos de comunicación interna, se tendrá en cuenta:

- Pertinencia de cada una de las variables dentro de la política de Comunicación Interna.
 - Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización tendría como resultado mayor identificación de los empleados con el quehacer de la organización.
 - Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización tendría como resultado que los empleados tuviesen mayor información para el desempeño laboral.
 - Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización mejoraría la imagen que sobre la organización tienen los empleados.

-Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización mejoraría los procesos de integración y de trabajo en equipo de los empleados.

-Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización tendría como resultado mayor formación y cualificación de los empleados para el cumplimiento de sus tareas.

-Estoy de acuerdo en que la mejora de la comunicación interna en mi organización tendría como resultado un mayor conocimiento, a través de la investigación, de los asuntos de la comunicación que potenciara el trabajo de los empleados.

- **Pertinencia de cada una de las variables en el trabajo de promoción de la salud.**

-Considero que tener información sobre el acontecer de la organización y sobre Promoción de la Salud, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

-Considero que la identificación de los empleados con la organización y con la promoción de la salud, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

-Considero que la integración de los empleados a los proyectos de promoción de la salud y el trabajo en equipo, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

-Considero que tener formación en promoción de la salud y en habilidades de comunicación, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

-Considero que la imagen que tienen los empleados sobre su organización y su quehacer, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

-Considero que la evaluación de los procesos de comunicación interna en la organización, es importante para el trabajo de Promoción de la Salud.

3.5. MUESTRA

3.5.1. MUESTRA

Se realizará un muestreo por selección no intencionada tanto de los líderes y empleados como de los centros de Madrid Salud, que puedan brindar la información requerida para el desarrollo del estudio.

La muestra final está integrada por:

-Ocho líderes de Madrid Salud: Jefe de Comunicaciones (Dionisio Aranda), Jefe del Servicio de Promoción (Javier Segura del Pozo) y responsables de los seis centros a evaluar (Juan Madrid, Catalina Martínez, Pedro Montejo, María Puerto, Maribel De Dios y Ana María Orellana).

-Empleados de seis centros seleccionados (109 en total, de los cuales participaron 87, el 80%): CMS Puente de Vallecas, CMS Usera, CMS Villaverde, Centro Joven, Centro Bucodental y Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo.

3.5.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Se incluirán los líderes y empleados de los centros de Madrid Salud seleccionados en la muestra.

Se excluirán aquellas personas que se nieguen a participar en el estudio.

3.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS

Con el fin de obtener un panorama más amplio se realizará una triangulación de técnicas que permita hacer una comparación entre la información suministrada.

En primer lugar se recurrirá al método cualitativo mediante la realización de entrevistas en profundidad; con esta técnica se pretende contextualizar tanto el desarrollo de la comunicación interna como de la promoción de la salud

en Madrid Salud, además de conocer la percepción de los entrevistados sobre las seis variables independientes.

Asimismo se realizará un estudio de contenido; esta técnica tiene por objetivo hacer un análisis de los principales informes de comunicación interna y de promoción de la salud en Madrid Salud, que ayuden a contextualizar estos procesos dentro de la organización y que puedan brindar información adicional sobre las variables independientes.

Finalmente, haciendo uso del método cuantitativo, se aplicará una encuesta que pretende conocer el estado actual y las expectativas de los empleados en las seis variables independientes.

3.6.1. ENTREVISTAS

Se realizarán entrevistas a las personas clave de los equipos de trabajo: al Jefe de Comunicaciones de Madrid Salud, al Jefe del Servicio de Promoción de la Salud de Madrid Salud y a los responsables de los seis centros a evaluar.

Para las entrevistas en profundidad se construyeron tres cuestionarios. El primero para el Jefe de Comunicaciones de Madrid Salud que constaba de 2 partes: un bloque de preguntas generales sobre la estrategia de comunicación interna en la organización y sobre el apoyo a los procesos de promoción de la salud, y un segundo bloque más amplio con preguntas sobre el estado actual y las expectativas de cada una de las seis variables (Anexo 1, pp 397).

El segundo cuestionario se diseñó para el Jefe del Servicio de Promoción de la Salud de Madrid Salud y constaba de tres partes: un bloque

de preguntas sobre las funciones de promoción de la salud en la organización, un segundo bloque con preguntas sobre el recurso humano, y un bloque final con preguntas sobre percepciones de asuntos de la comunicación interna (Anexo 2, pp 402).

El tercer cuestionario fue diseñado para los responsables de cada uno de los seis centros donde se desarrollaría el estudio y comprendía dos bloques: uno con preguntas generales sobre las funciones, el contexto y la población con la que trabaja cada centro, y un segundo bloque con preguntas sobre la percepción de la comunicación interna (Anexo 3, pp 404).

3.6.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO

Se llevará a cabo un análisis de los últimos informes de las áreas de Madrid Salud comprometidas en esta investigación: La Unidad de Comunicaciones, y el Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental (al que están adscritos los Centro de Madrid Salud y los Centros Monográficos). El objetivo de este análisis es contrastar y completar la información suministrada en las entrevistas en profundidad y encontrar nuevos datos que aporten al cumplimiento de los objetivos específicos de la tesis.

3.6.3. ENCUESTA

Se aplicará un cuestionario al público interno de los seis centros de estudio definidos en la muestra, buscando la mayor participación posible de los empleados en cada centro.

El cuestionario fue diseñado a partir de los instrumentos validados y de las escalas de medición definidas en este apartado para cada una de las variables independientes, y teniendo en cuenta como mínimo una pregunta para cada una de las categorías de cada variable. Así por ejemplo, para identificación se incluyó como mínimo una pregunta para Categorización, una para Orgullo de pertenencia y una para Deseo de permanencia. En este instrumento no se tuvieron en cuenta las escalas para medir la variable de Investigación, ya que es un asunto que escapa a la realidad de los empleados, destinatarios del cuestionario; para esta variable sólo se contará con el análisis de contenido y las entrevistas en profundidad.

El instrumento final consta de 82 ítems y está compuesto por 6 preguntas de información sociodemográfica, 7 preguntas para medir Identificación, 10 preguntas para medir Información, 17 preguntas para medir Instrucción, 13 preguntas para medir Integración, 13 preguntas para medir Imagen, y 16 preguntas para medir las expectativas sobre las seis variables en relación con el trabajo de promoción de la salud y comunicación interna. (Anexo 4, pp 405).

Se realizó una prueba piloto con la participación de 8 empleados sanitarios con el fin de pulir el instrumento.

3.7. UNIDAD DE ANÁLISIS

Estará conformada por:

- Ocho líderes de Madrid Salud:
 - o Jefe de Comunicación de Madrid Salud, Jefe del Servicio de Promoción de la Salud de Madrid Salud, y seis responsables de los centros a evaluar.
- Público interno de los seis centros de estudio.

3.8. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Con el fin de obtener los resultados de las encuestas, se llevará a cabo un análisis estadístico univariado y bivariado, donde se tendrán como variables trazadoras, el centro de trabajo, el sexo, la edad, la escolaridad y la jornada de trabajo, igualmente se utilizará el test de Chi-cuadrado para determinar la asociación de algunas variables cualitativas. Para el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico SPSS 18 y se utilizará el Excel para la construcción de gráficos y tablas.

4. RESULTADOS

4.1. ENTREVISTAS

4.1.1. PROCEDIMIENTO

Una vez que el investigador definió a Madrid Salud como el escenario propicio para desarrollar el trabajo de campo de la presente tesis (por tratarse de escenarios que están pensados para el trabajo de promoción de la salud), se envió una solicitud formal a la Dirección de Madrid Salud para obtener la autorización.

Con la autorización concedida, la Dirección de Madrid Salud designó al Jefe de Comunicaciones y al Jefe de Servicio de prevención, promoción de la salud y salud ambiental, como los contactos en la entidad que apoyarían la realización del estudio. Es por eso, que en las entrevistas desarrolladas con ambos Jefes, además de recoger la información del cuestionario diseñado para cada uno, hubo un espacio para explicar a fondo el proyecto y para concertar el desarrollo del trabajo de campo en los seis centros a evaluar.

Las entrevistas fueron el primer paso desarrollado en el trabajo de campo y con ellas se obtuvo el primer acercamiento del investigador a la organización objeto de estudio: Madrid Salud.

Las entrevistas se desarrollaron en dos bloques. En el primero se entrevistaron a dos Jefes de rango superior y responsables de las dos áreas

relacionados en la investigación: Jefe de Comunicaciones y Jefe de Promoción de la Salud. En el segundo bloque se entrevistaron a seis Jefes de rango intermedio y responsables de cada uno de los centros a evaluar: 3 Jefes de Centros Monográficos y 3 Jefes de Centros de Madrid Salud.

En total de llevaron a cabo 8 entrevistas, realizadas en los meses de mayo, junio y julio de 2012, y resumidas en la Tabla 9:

Tabla 9: Relación de entrevistas del trabajo de campo

Código	Entrevistado	Fecha	Rango
E1	Jefe de Comunicaciones de Madrid Salud (Dionisio Aranda)	11-05-2012	Jefe Rango Superior
E2	Jefe de Servicio de prevención, promoción de la salud y salud ambiental de Madrid Salud (Javier Segura del Pozo)	24-05-2012	
E3	Jefe del Centro de Madrid Salud Joven (Juan Madrid)	11-06-2012	Jefe Rango Intermedio
E4	Jefe del Centro de Salud Bucodental (Catalina Martínez)	15-06-2012	
E5	Jefe del Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (Pedro Montejo)	22-06-2012	
E6	Jefe del Centro de Madrid Salud Puente de Vallecas (María Puerto)	25-06-2012	
E7	Jefe del Centro de Madrid Salud Villaverde (Maribel De Dios)	27-06-2012	
E8	Jefe del Centro de Madrid Salud Usera (Ana María Orellana)	05-07-2012	

Cada entrevista fue concertada con cada uno de los Jefes vía electrónica y/o telefónica y el cuestionario fue enviado a cada entrevistado antes de la cita con el investigador.

Los cuestionarios de las 8 entrevistas desarrolladas apuntaban en mayor o menor medida a los 5 objetivos específicos de la tesis y descritos en la Tabla 10:

Tabla 10: Relación de entrevistas por objetivos de la tesis

Objetivo	Descripción del objetivo Específico	Entrevistas que aportan a este objetivo
1	Contexto del desarrollo de la promoción de la Salud en Madrid Salud	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8
2	Aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8
3	Estado actual y expectativas de la comunicación interna en Madrid Salud (evaluación modelo de las 6 íes)	E1 y E2
4	Relación entre la comunicación interna y la promoción de la salud en Madrid Salud	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8
5	Identificación de aspectos de la comunicación interna que potencien el trabajo de promoción de la salud	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 y E8

En las entrevistas a los Jefes de rango intermedio (**de la E3 a la E8**) no se evaluó el estado actual y las expectativas de la comunicación interna en relación con el modelo de las 6 íes (**3**), pues ellos mismos participarían posteriormente en la segunda parte del trabajo de campo con el diligenciamiento de la encuesta que se aplicaría a la plantilla de los centros y diseñada específicamente para cumplir con este objetivo.

4.1.2. RESULTADOS

A continuación se presentan los principales resultados de las entrevistas, para cada uno de los objetivos específicos de la tesis. Se recuerda que los objetivos específicos son:

- Contextualizar el desarrollo de la promoción de la salud (significados, líneas de acción y Recursos Humanos) en Centros de Madrid Salud.

- Indagar por los aspectos generales de la comunicación interna en programas de promoción de la salud en Centros de Madrid Salud.

- Evaluar el estado actual y las expectativas de comunicación interna (basado en el modelo de las 6 íes que plantea el autor en esta tesis) en el trabajo de promoción de la salud en Centros de Madrid Salud.

- Analizar la relación entre la comunicación interna y las labores de promoción de la salud en los Centros de Madrid Salud evaluados.

- Identificar los aspectos de la comunicación interna que permiten potenciar las labores de promoción de la salud.

4.1.2.1. CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MADRID SALUD (1)

Madrid Salud nace de una red de centros que fueron creados en 1980 y que estaban muy próximos a las labores desarrolladas en Atención Primaria. En 2008 se hace una reestructuración de esta red para convertirla en una red especializada en promoción y prevención, pues desde la Atención

Primaria y los servicios de Salud Pública de la CCAA de Madrid no se estaban dando las labores de promoción y prevención como se había contemplado inicialmente:

“Los servicios de promoción y prevención en Atención Primaria no se han desarrollado con la pujanza de ese momento inicial descrito en Alma Ata y la Carta de Ottawa. Mi análisis es que las labores de promoción de la salud que se hacen desde los centros de salud de Atención Primaria está muy limitada por la función principal que es la asistencia; es un asunto no sólo de organización sino de tiempo y ha habido una evolución en Atención Primaria en que estas actividades se delegan en unos pocos profesionales o que se reduzca al consejo médico en la consulta. A parte, la red de Salud Pública de la CCAA de Madrid ha sufrido algo similar al crear una estructura mínima de 1 o 2 profesionales de promoción y prevención por cada área de salud, es decir una estructura muy débil. Entonces cuando en 2008 surge el proyecto con la posibilidad de crear una red especializada en promoción y prevención, vemos que es una oportunidad para reforzar este tema ” (E2).

En cuanto al trabajo articulado de promoción y prevención de Madrid Salud con otros escenarios del Sistema Nacional de Salud, incluida la Atención Primaria, se asume como una tarea pendiente y de gran importancia, y sólo en uno de los 6 centros evaluados se encontró un trabajo articulado con Atención Primaria:

“Estamos insuficientemente vinculados. Ganaríamos todos mucho si tuviéramos una vinculación mayor. Somos muy complementarios en muchas cosas que ofrece la cartera de servicios de Atención Primaria, pero ellos tienen un desarrollo más limitado al tenerlo que compaginar con el desarrollo asistencial. Nuestra idea desde el principio es llegar a un acuerdo en la forma organizativa ideal para que consiguiéramos esa sinergia complementaria, pero no se ha conseguido hasta ahora y es una de las grandes tareas y un punto débil en nuestro proyecto” (E2).

“Nosotros visitamos a los centros de Atención Primaria para conocer qué hacen y que ellos conozcan lo que hacemos. Hacemos una coordinación extraoficial con los centros de Atención Primaria de la zona, intentando responder a todas las demandas de cualquier persona que acude al centro, sea de nuestra competencia o derivándolo al recurso oportuno y así la población se beneficia” (E7).

Actualmente Madrid Salud cuenta con una red de 23 centros y aproximadamente 700 profesionales trabajando en ellos desde la promoción y

la prevención (entre Centros de Madrid Salud y Centros Monográficos). De estos empleados, la mayoría vienen de la red de centros creado en 1980, pasando de desarrollar tareas más asistenciales a desarrollar tareas más comunitarias con el nuevo modelo, para lo cual todos los empleados no estaban preparados:

“La reacción inicial por parte de los empleados fue lógicamente de mareo, es decir, esta es una organización que ha pasado por muchos cambios de orientación, de misiones institucionales. Entonces tuvimos que luchar contra una cierta sensación de que era otro cambio que significaba volver a repensar todo, entonces la reacción inicial fue de cansancio. Y luego, como en todos los cambios, los equipos se situaron en diferentes estados: unos profesionales con un fuerte bagaje clínico en el que una reorientación comunitaria era dificultosa para ellos, personas en el otro extremo que les gustó mucho la reorientación comunitaria y era lo que siempre habían querido, y finalmente una gran masa intermedia que está a la expectativa de ver que pasa. Ha habido una reacción muy variada” (E2).

Al interior de Madrid Salud, existe una diferencia clara entre los centros de Madrid Salud y los Centros Monográficos:

“Hay diferencias en el sentido de que los centros monográficos, aunque por el nombre pareciera que tienen una unidad, son muy diferentes, es decir, hay centros monográficos que tienen contenidos de promoción de la salud y unos que no, y hay otros en que hay una mezcla. Digamos que los centros monográficos son muy heterogéneos” (E2).

Esta diferencia hace que los perfiles de los profesionales que trabajan en los centros también sean distintos:

“El perfil está determinado por las características del centro, así por ejemplo en el centro de análisis clínico hay analistas, en el de imagen hay radiólogos, y en el de salud bucal hay médicos estomatólogos. El perfil por ejemplo del centro joven es muy parecido a los Centros de Madrid Salud que tienen médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares y auxiliares administrativos, entre otros y que trabajan más directamente en promoción de la salud” (E2).

“Médicos, enfermeros, ginecólogos, trabajadores sociales, psicólogo y auxiliares” (E3).

“Odontólogos, auxiliares clínicos y auxiliares administrativos” (E4).

“Médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional, enfermería, auxiliares y administrativos” (E5).

“Médicos generales, médicos epidemiólogos, ginecóloga, psicólogo, enfermeros y auxiliares” (E6).

“Médicos generales, enfermeros, psicólogo, trabajador social, ginecólogo, auxiliares sanitarios y auxiliares administrativos” (E7).

“Médicos, enfermeros, auxiliares sanitarios, psicólogo, psiquiatras, pediatra, ginecólogos, trabajador social y auxiliar administrativa” (E8).

Ahora bien, a nivel general, todos los entrevistados coinciden en que una de las principales funciones de Madrid Salud es la promoción de la Salud:

“La promoción de la salud es una de las bases fundamentales sobre la que trabajamos” (E1).

“Para nosotros es un objetivo fundamental e incluso intentamos que nuestra acción realmente esté dirigida a la salud más que a la enfermedad” (E3).

“Las acciones de promoción de la salud son básicas y fundamentales y yo creo que sí hemos influido en mejorar la calidad de vida” (E4).

“Las tareas de promoción de la salud son importantísimas porque son a las que nos dedicamos, es el Alma Mater de nuestra actuación” (E6).

“La promoción de la salud es muy fuerte en nuestro centro, y como hemos sido el último centro creado en Madrid Salud, es nuestro objetivo, desde el primer día que empezamos, trabajar más la promoción que la prevención, y más la promoción en las desigualdades; ahora mismo todo el equipo está desarrollándose en el marco de la promoción, intentando el cambio de hábitos o por lo menos la información y el asesoramiento” (E7).

“En todas nuestras intervenciones las actividades destinadas a promoción de la salud constituyen un pilar muy importante y siempre están presentes” (E8).

Sin embargo, algunos entrevistados manifiestan que las tareas de prevención de la enfermedad e incluso algunas labores asistenciales también hacen parte de sus funciones:

“Lo que hacemos es una oferta de servicios que están enmarcados en una serie de programas, que van muy orientados a la prevención de determinados problemas” (E2).

“Nosotros también hacemos atención preventiva dirigida a escolares y hacemos algunas tareas asistenciales con un grupo que se hizo un convenio con el Instituto de Control de Adicciones y nos mandan a usuarios de los centros de atención a drogodependientes y que la boca la tienen en muy malas condiciones para incluso ponerles prótesis” (E4).

“Las labores que desarrollamos se pueden catalogar como de prevención, aunque también tratamos de apostarle a la promoción. Pero todo está orientado a la prevención (E5).

La promoción de la salud es concebida desde Madrid Salud y sus centros como una estrategia que busca que la población mejore su calidad de vida, especialmente a través de acciones de educación, información e intermediación:

“Para nosotros promoción de la salud es echar una mano, poner un granito de arena, es aportar información, crear vínculos y ganar influencias para que la población desarrolle estrategias en las que pueda mejorar su salud. Es decir, hay una parte que es de información y consejo para que las personas cambien sus hábitos y los políticos tomen decisiones informadas, y hay otra parte en que la promoción de la salud es hacer conexiones, simplemente poner en contacto gente para que se creen alianzas para tomar decisiones saludables” (E2).

“Hacemos por un lado labores educativas porque vamos a los centros educativos, tenemos programas de desarrollo comunitario trabajando integrados en un sistema de participación de salud, y luego también tenemos mucho trabajo de formación, investigación y publicaciones” (E3).

“Hacemos labores de promoción y prevención y dentro de eso evaluación y estimulación cognitiva incluyendo la familia. También se hace contacto con entidades de tipo social como la confederación de sordos y trabajo voluntario” (E5).

“Nos enfocamos en programas del ámbito educativo con escolares; hay otro programa que es el de envejecimiento activo que lo hacemos en coordinación con los servicios sociales y está empezando el programa de alimentación y ejercicio activo” (E6).

“Hacemos muchas actividades comunitarias. Este distrito tiene una red muy amplia en la cual nos integramos y a través de la coordinación con otros aliados realizamos otras actividades” (E7).

“Nuestro objetivo es fomentar un estilo de vida más saludable que contribuya a mejorar y mantener un buen estado de salud” (E8).

Y aunque en la mayoría de los centros se trabaja desde la filosofía de la promoción de la salud, aún existen retos en Madrid Salud sobre el tema, como la coordinación con Atención Primaria, la potenciación de la labor comunitaria y el trabajo mancomunado con otros sectores:

“Un gran reto es conseguir una mayor coordinación con los servicios de Atención Primaria y con los servicios de Salud Pública de la Comunidad. Otro reto es avanzar en el trabajo comunitario, pues seguimos dependiendo mucho de la

prevención oportunista, aprovechando cuando vienen ciertos grupos a ciertos servicios, pero se está dejando por fuera todavía a otros sectores y grupos importantes. De igual forma tenemos que avanzar en el establecimiento de alianzas con los servicios de deportes, de medio ambiente y de comercio por ejemplo, pues uno se encuentra que en muchos temas hay grupos e instituciones, que muchas veces no son sanitarias, que están en sintonía con la promoción de la salud” (E2).

A nivel general, las entrevistas dejan ver que a pesar de que la promoción de la salud haga parte de la esencia y de la filosofía de la organización, muchos empleados no encajan con el perfil que éste requiere, por tratarse de una institución que heredó los empleados de una antigua red que estaba más enfocada al trabajo de Atención Primaria, y por tanto con algunos perfiles más clínicos. Sin embargo, la totalidad de los jefes entrevistados reconoce que una las principales funciones de su organización es la Promoción de la Salud, y que por tanto sus labores están encaminadas en menor o mayor medida a apuntar a este fin. Estos asuntos y su relación con las preguntas de investigación, son abordados en profundidad en el capítulo 4.1.3. Discusión.

4.1.2.2. ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD (2)

Madrid Salud cuenta con una Unidad de Comunicaciones que depende directamente de la Gerencia. Dentro de las funciones de la Unidad de Comunicaciones se encuentran las de comunicación interna; sin embargo no hay profesionales específicos que se dediquen a estas funciones, sino que todos los profesionales apoyan las distintas labores tanto internas como externas:

“Hay un equipo que en este momento está compuesto por unas 15 personas que abordan todos los temas. Esta Unidad es un poquito peculiar y hemos entendido la comunicación en un sentido muy amplio, así acá están incluidos la atención al ciudadano y la página web del área de salud del ayuntamiento de Madrid, por ejemplo, más todas las funciones de una Unidad de Comunicaciones” (E1).

A nivel presupuestal, la Unidad no tiene un presupuesto asignado sino que:

“Va tirando de todo. No tiene un programa presupuestario propio porque esos presupuestos dependen de otros en sus programas presupuestarios” (E1).

En cuanto a la función de Comunicación Interna, según el Jefe de Comunicaciones, la Unidad cuenta con un plan estructurado de comunicación interna, elaborado pero no publicado, pues:

“Estamos en un momento delicado, estamos en un proceso de estudio de duplicidades, eso ha hecho que no hayamos podido tener durante los últimos años un plan de comunicación suficientemente válido para darle continuidad; hemos estado en un nivel de incertidumbre muy alto” (E1).

Este plan de comunicación interna va dirigido en dos sentidos, por un lado informar, y por otro lado motivar:

“Nuestro plan de comunicación interna es muy ambicioso porque entendemos la comunicación de manera muy amplia. Nosotros entendemos que la comunicación interna tiene que cumplir con el objetivo de informar, pero también entendemos que la comunicación interna puede ser un elemento muy importante motivacional, y por eso desarrollamos estrategias que buscan por ejemplo visualizar lo que la gente de la organización hace. Buscamos además espacios para compartir y para el reconocimiento, con espacios formales e informales donde la gente se pueda relacionar. Entonces integrar, compartir, formar y movilizar hacen parte de nuestra estrategia de comunicación interna” (E1).

Según el Jefe de la Unidad de Comunicaciones, en cuanto a los canales internos:

“Uno de los canales más importantes que tenemos es la intranet que es un canal para todos los empleados del Ayuntamiento incluidos los de Madrid Salud y ahí tenemos una sectorial de salud por la que responde la Unidad de Comunicaciones y que ha gustado mucho. Otro canal es la página web de Madrid Salud donde tenemos una sección de noticias para que los empleados y todo el mundo pueda ver lo que estamos haciendo. Tenemos también eventos técnicos, culturales y deportivos y reuniones informales con los empleados” (E1).

Asimismo y en cuanto a los canales internos, el Jefe de Servicio de prevención, promoción de la salud y salud ambiental anotó:

“Aquí se utiliza mucho el correo electrónico, y es una herramienta muy ágil pero tiene sus límites. Probablemente uno de los déficit es la comunicación presencial, cara a cara” (E2)

Al indagar por los procesos de comunicación interna a los responsables de cada centro, se encontró que en la mayoría de los casos perciben de manera distinta la comunicación dentro de cada centro (la cual es considerada muy buena) con relación a la comunicación interna a nivel de Madrid Salud (la cual es considerada en la mayoría de los casos con serias deficiencias).

Con relación a la comunicación dentro de los equipos de trabajo de cada Centro, los seis responsables consideran que ésta es buena:

“Yo creo que el trabajo en equipo es un trabajo en el cual percibo que hay una tarea común clara. Nosotros tenemos un bloque común a la red para todo el centro de manera que se comparte todo lo que pasa en él. Por otro lado tenemos reuniones por equipos de trabajo con lo cual ahí tenemos espacios de participación y semanalmente hacemos una reunión de equipo en la que todo el mundo puede verbalizar, discutir y opinar abiertamente de las situaciones” (E3).

“En el equipo, sobre todo en la situación en la que estamos, yo creo que la comunicación es muy buena, nos reunimos y cuando yo me entero de algo lo comunico. Y como en el centro somos tan poquitos, estamos juntos desde hace años y somos de perfiles tan homogéneos, eso facilita la comunicación” (E4).

“Yo creo que la comunicación interna en el centro está bastante desarrollada. Tenemos dos reuniones semanales en las que se plantean los

problemas y se dan soluciones a nivel grupal. En este sentido se trabaja bastante y hay mucha colaboración e interés de los profesionales. La relación que tenemos es bastante fluida y eso hace que las decisiones las tomemos en equipo” (E5).

“Creo que tenemos un buen tema de comunicación en el centro. Hacemos reuniones periódicas para informar sobre los asuntos de la organización y tratar aspectos específicos del centro. También se hacen reuniones monográficas por temas cuando se necesita. Yo creo que la gente está contenta con la comunicación interna del centro” (E6).

“Hemos hecho mucho énfasis en que el equipo es el fundamento del trabajo, en que se sientan implicados, y para ello la herramienta es la comunicación, a través de las reuniones de equipo que hacemos todas las semanas. También a través del correo electrónico estamos continuamente relacionándonos. Ayuda mucho que es un equipo pequeño y motivado. Nosotros tenemos un gran respeto por la diversidad, cada persona aporta así tengamos distintos enfoques” (E7).

“La comunicación interna nos permite agilizar la programación y el desarrollo de nuestros programas y ha sido muy buena. Utilizamos distintas vías como reuniones, correo electrónico, Internet, la web. Mantenemos una comunicación muy fluida y rápida que entre otras cosas permite un intercambio de información inmediato” (E8).

Sin embargo y con relación al tema de la comunicación interna en los centros de Madrid Salud, el Jefe de Servicio de prevención, promoción de la salud y salud ambiental anotó:

“Yo creo que podemos mejorar todavía muchas cosas en la comunicación. Hay unos usos y unas costumbres en los que los espacios de comunicación en los equipos teóricamente sigue teniendo un cierto grado de burocratización, y eso se ha recogido de las quejas de los empleados. Tenemos una estructura con una buena comunicación entre los compañeros pero con una organización muy jerarquizada por tipo de profesionales (donde los médicos son los jefes de los equipos). Además, tenemos una estructura con un déficit de instrumentos disciplinarios y de motivación, entonces tenemos desde los que se entusiasman y se ponen las botas –en sentido figurado- hasta los que dicen que de botas ni locos. Además tenemos un problema de comunicación con los turnos de la tarde, que es un turno minoritario y muy débil a nivel de recursos” (E2).

Finalmente, y con relación a la comunicación interna desde Madrid Salud, la mayoría de los responsables de los centros perciben serias dificultades. Sólo 1 de los 6 centros la considera muy buena:

“Dentro de Madrid Salud yo creo que este es un tema delicado. Por una parte está la página web que es un logro pero que yo creo que es una labor que llega poco, pues es muy poca la gente que la ve, y eso creo que se debe a que hay demasiado control con lo que ahí se publica; además la página web refleja sólo una pequeña parte de la institución, que es la que la alta dirección quiere que se vea, pero no la que los profesionales nos gustaría o con la que nos sentiríamos identificados. Nosotros llevamos demandando desde hace tiempo tener un blog propio pero no nos dan la autorización, porque todo está muy controlado y eso hace que la gente se desconecte porque se coarta la libertad. Por otro lado, falta que los altos directivos de la organización se involucren más en la comunicación con los empleados, se nota mucha distancia. La organización tiene muchos flujos de fuga, de pérdida, no hay una única dirección, no vamos todos en el mismo barco que sería lo ideal” (E3).

“Con respecto a Madrid Salud estamos un poco aislados. Además con la situación que se vive es muy importante una buena comunicación, y esta no se ha dado y eso hace que los empleados no tengan confianza. Las situaciones de crisis hay que saberlas comunicar” (E4).

“La comunicación interna en Madrid Salud yo la veo regular, sobre todo en las últimas etapas, que yo creo que es un desastre. Yo no tengo prácticamente comunicación más que con personas que están por encima de mí, pero hay un nivel intermedio donde no hay ninguna comunicación, que realmente pienso que les importamos un bledo” (E5).

“Yo creo que con nosotros la jefatura se comunica bien, lo único es que yo creo que hay un poquito de oscurantismo en la comunicación de nuestros jefes hacia nosotros. Para los empleados está la página web y mandan correos y de vez en cuando hay un contacto más cercano, claro que muchas veces ha sido para transmitir alguna información o para regañarnos por algo. Hay veces que se da la información a medias, y es porque yo pienso que no hay una línea clara de actuación de los jefes” (E6).

“La Unidad de Comunicaciones ha propuesto desde que empezamos a que sea uno de los pilares, lo están intentando y consiguiendo, aunque podría mejorarse. Con los jefes superiores la comunicación se da, pero nos gustaría que algunas cosas fueran más fluidas pues en algunas ocasiones la burocracia retrasa las cosas. Asimismo hecho mucho en falta la comunicación entre los centros, pues parece que hay una muralla que impide que haya comunicación entre los compañeros de los distintos centros para que todos nos beneficiáramos” (E7).

“La comunicación interna desde Madrid Salud y desde los líderes centrales es óptima. Las vías de comunicación son fluidas, sin obstáculos y bastante directas cuando se requiere. Tanto para Madrid Salud como para los líderes centrales la comunicación constituye un pilar fundamental para el trabajo que desarrollamos y por ello proporcionan herramientas para potenciarla” (E8).

En la misma línea, el Jefe de Servicio de prevención, promoción de la salud y salud ambiental anota sobre la comunicación interna en Madrid Salud:

“Yo creo que ha habido un esfuerzo importante, pero todavía tenemos mucho que avanzar en este sentido pues se han detectado problemas de comunicación interna, barreras, y ahí tenemos mucho trabajo por hacer” (E2).

A nivel general, se percibe que la comunicación es un área estratégica dentro de la organización, y prueba de ello es que depende directamente de la Gerencia. Sin embargo se advierte que en el caso de la comunicación interna no hay una política clara que guíe su ruta, a pesar de que, según el Jefe de Comunicaciones, exista un plan diseñado pero no publicado para este fin que no ha sido posible poner en marcha por la situación de crisis que vive el sector, lo que a la vez ha desencadenado en que las acciones que se realizan en comunicación interna respondan a situaciones coyunturales en un momento preciso y cuando se requieren. Estos asuntos y su relación con las preguntas de investigación, son abordados en profundidad en el capítulo 4.1.3. Discusión.

4.1.2.3. ESTADO ACTUAL Y EXPECTATIVAS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD (EVALUACIÓN DE LAS 6 ÍES) (3)

En cuanto a **Identificación**, el Jefe de Comunicaciones afirma que desde comunicación interna se trabaja buscando la identificación de los empleados con la organización, y rescata la simbología como una gran apuesta en este sentido:

“Por ejemplo todo lo que tiene que ver con vestuario, rotulaciones de centros, carteles, materiales impresos, implicar a la gente en las cosas que hacemos en los medios y también hacemos acciones simbólicas de reconocimiento destacando la entrega y los años de servicio” (E1).

En relación con la Identificación de los empleados con la promoción de la salud:

“Hemos creado un espacio en la intranet que se llama cuida tu salud que tiene un montón de materiales interactivos en las que los empleados aprenden por ejemplo a medirse el riesgo cardiovascular, se les muestra las rutas y los itinerarios por donde pueden caminar en la ciudad, y eso hace que la gente se familiarice con la promoción” (E1).

Para el Jefe de Comunicaciones, los empleados tienen una buena identificación por Madrid Salud, aunque se ve debilitada por el hecho de hacer parte del Ayuntamiento de Madrid, que es la marca más grande sobre la que se siente más identificación:

“Yo detecto que todos nos sentimos ayuntamiento de Madrid, tenemos una marca por encima, la que nos ha dado el sello” (E1).

Finalmente, el Jefe de Comunicaciones considera importante trabajar desde la comunicación interna los procesos de identificación, sobre todo en el actual momento de crisis, pues:

“La promoción de la salud en este momento está en debate si la debemos hacer o no, pero la opinión de las personas que estamos en la organización es que es muy importante, y en esta situación ayuda mucho que los empleados estén identificados con esto” (E1).

Con relación a la **Información**, el Jefe de Comunicaciones opina que en la organización se difunde mucha información técnica a través de los medios para los empleados, en algunas ocasiones se difunden comunicados que llegan de la Gerencia, y a través de otros canales se busca poner en contacto a todos los empleados con información sobre la organización y

eventos. También destaca que se brinda mucha información sobre promoción de la salud y que como los profesionales de Madrid Salud se dedican a ello, éstos están muy bien informados y formados en este aspecto.

“No tenemos en la mente parcelas de cosas cerradas que no podamos comunicar” (E1).

En cuanto al nivel de implicación de los jefes y de los líderes en los procesos de comunicación, el Jefe de Comunicaciones opina que es alto, dado que hay una gran tradición en la comunicación vertical, eso sí destaca además que en la organización exista una buena comunicación horizontal. Y también hace mención a la comunicación transversal cuando anota:

“Yo creo que el estilo directivo que hay en este momento que es muy tolerante en este sentido, propicia que una persona que esté a mi cargo se relacione por ejemplo con otro jefe de otro sitio, yo facilito eso porque es enriquecedor” (E1).

Teniendo en cuenta la situación de crisis del sector que afecta a Madrid Salud, el Jefe de Comunicaciones considera que el nivel de información es bastante bueno, aunque cree que las personas siempre quieren más información y anota que en algunos casos se censura la información cuando aclara que:

“Lo que sí sucede es que en este preciso momento tenemos mucha información tóxica, que es extraoficial, que surge de otros informadores informales como los sindicatos y los medios de comunicación, y eso sí puede dañar un poquito, pero nosotros (desde la dirección) procuramos pactar los mensajes para que sean los que realmente se transmitan, es decir los mensajes oficiales” (E1).

En cuanto a la pertinencia de trabajar desde la comunicación interna los procesos de información a los empleados sobre la organización y sobre

promoción de la salud, el Jefe de Comunicaciones lo considera totalmente pertinente pues:

“Es bueno que uno trabaje en un sitio y que esté bien informado, que es de la forma en que tu te vas a implicar y vas a tener la sensación de trabajar en un proyecto, pues si no conoces a lo que se dedica tu organización raramente te vas a involucrar” (E1).

En cuanto a la variable **Instrucción o Formación**, el Jefe de Comunicaciones destaca que su Unidad es responsable de algunos cursos sobre comunicación para los empleados y que participan con módulos de comunicación en cursos de otras áreas. Destaca los cursos de habilidades de comunicación para los empleados, los de formación de portavoces, los de trabajo en equipo y los de comunicación para jefes. Aclara asimismo que la formación en general está dirigida por el Departamento de Evaluación y Calidad y que la Unidad de Comunicaciones sólo colabora.

“Los cursos los diseña cada unidad o dependencia, los centros diseñan los cursos, la formación que necesitan para cada año, y el Departamento de Evaluación y Calidad los evalúa y gestiona” (E1).

El Jefe de Comunicaciones considera que los empleados de Madrid Salud están muy bien formados en promoción de la salud, pues además la mayoría de ellos ya viene con ese perfil en cuanto a formación y experiencia. En cuanto a si los empleados están bien formados en competencias de comunicación y trabajo en equipo, aclara:

“Venimos desarrollando este trabajo desde hace algunos años, yo creo que bastante, aunque podría ser más. Hay un reto que sería hacer un trabajo más personalizado, pero lo que pasa es que los recursos en la administración pública son reducidos y hay que optimizarlos. Hemos llegado a mucha gente pero ahora hay que

poner el foco en determinadas personas que queremos que lleguen a un sitio y trazarles una hoja de ruta con las formación que necesitan” (E1).

Por su parte, y con relación a la formación de los empleados en promoción de la salud, el Jefe de Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud ambiental, aclara que existen dos tipos de formación: una más reglada y otra más informal pero también muy importante que ha surgido internamente en los grupos o comisiones y que han ido desarrollando jornadas técnicas, pero aclara:

“Esta formación todavía es insuficiente, tenemos que seguir avanzando en esto, en el tema de habilidades en el trabajo comunitario, en el trabajo de promoción, en la salida a otros centros, es una tarea en la que tenemos todavía mucho por hacer. Tenemos un presupuesto muy escaso y con la crisis la formación es una de las primeras que se perjudica y por eso estamos utilizando una estrategia que es la socialización del conocimiento, formándonos entre nosotros mismos sin necesidad de contratar externos, y esto es un tema que queremos potenciar más” (E2).

Finalmente y en cuanto a si considera oportuno que comunicación interna trabaje los procesos de formación, el Jefe de Comunicaciones lo ve oportuno en el caso de desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo y piensa que en el caso de la formación en promoción de la salud la Unidad debe apoyar, es más:

“Nos lo piden, que apoyemos. Ellos mismos se han dado cuenta que es necesario para su trabajo en promoción de la salud” (E1).

Con relación a **Integración**, el Jefe de Comunicaciones opina que la estrategia de comunicación interna de la organización busca trabajar en este

sentido, buscando integrar e implicar a los empleados de los distintos departamentos en los asuntos de Madrid Salud:

“En las estrategias buscamos meter gente de distintos sectores, pensamos que es bueno que la gente se integre en los distintos proyectos” (E1).

Asimismo considera que es muy buena la apertura y la confianza en la comunicación entre la dirección y los empleados, pues desde la dirección se apoya el trabajo colaborativo y de integración de los empleados a los distintos procesos. De igual forma el Jefe de Comunicaciones destaca la apertura y confianza en la comunicación entre los mismos empleados y el trabajo colaborativo:

“Aquí hay muy buenas relaciones porque la gente lleva mucho tiempo trabajando junta y eso hace que tengan muy buenas relaciones interpersonales” (E1).

Por su parte, el Jefe de Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud ambiental opina que respecto al tema de la integración existe una estrategia que es proporcionar espacios de escucha y de trabajo en equipo donde se analizan las dificultades y se encuentran soluciones.

“Son espacios en los que las dificultades de desarrollo de los programas aparecen y se analizan y se discute sobre cuáles son las mejores estrategias para abordarlas” (E2).

También el Jefe de Comunicaciones considera que los empleados de Madrid Salud están integrados a los procesos de promoción de la salud, por ser el tema con el que trabajan a diario, y considera importante seguir trabajando desde la comunicación interna los asuntos de integración de los

empleados en el trabajo colaborativo y en los procesos de promoción de la salud:

“Es vital porque si no lo hacemos nosotros (La Unidad de Comunicaciones), probablemente no lo haría nadie. Buscamos las formas, las estrategias, lo estamos haciendo y creo que lo tenemos que seguir haciendo” (E1).

Respecto a la variable de **Imagen**, el Jefe de Comunicaciones considera que desde la estrategia de comunicación interna trabajan por crear una imagen favorable en los empleados sobre la organización, capacitándolos y empoderándolos. Asimismo hace hincapié en que promueven la cultura corporativa entre los empleados,

“repitiéndolo mucho, estando presentes en casi todo; por ejemplo nos reforzamos con carteles en los centros para que tanto a los empleados como a los usuarios no les quede duda a lo que nos dedicamos, y también lo reforzamos mucho por la página web” (E1).

Con relación a la imagen que los empleados tienen sobre Madrid Salud, el Jefe de Comunicaciones opina que es buena, sin embargo aclara:

“Madrid Salud es un buen proyecto que ha tenido la mala suerte de caer su etapa de crecimiento en un momento de crisis y es lo que les hace sospechar a los empleados que en algún momento corra peligro, pero como proyecto creo la gente y los empleados saben que hacemos falta” (E1).

El Jefe de Comunicaciones considera muy importante que desde la comunicación interna se trabaje en la percepción y la imagen que tienen los empleados sobre Madrid Salud, pues:

“Una cosa es lo que tú percibes y otra la que perciben los otros y lo que dicen sobre ti, incluyendo los empleados. Y es muy importante la imagen que tienen los empleados porque esa es la que también van a proyectar a los usuarios” (E1).

Finalmente y con relación a la **Investigación** en comunicación, el Jefe de Comunicaciones aclara que se han realizado pocas investigaciones sobre comunicación interna en Madrid Salud. Anota que en el 2011 se llevó a cabo un trabajo en este sentido y donde se tuvieron en cuenta algunas preguntas sobre identificación, información e imagen. Las variables de formación e integración no fueron evaluadas. Sobre alguna de las variables de forma independiente nunca se ha hecho ningún estudio, pero aclara que considera muy importante la investigación en los procesos de comunicación con los empleados:

“Nosotros no estamos investigando mucho, lo que sí hacemos es que nos nutrimos de otras investigaciones del sector y vamos tirando un poquito por esas líneas comunes que vamos encontrando. Aquí básicamente es que estamos muy saturados de trabajo y no le sacamos el tiempo a investigar, pero es una parte en la que hay que trabajar más y yo estoy convencido de ello” (E1).

4.1.2.4. RELACIÓN ENTRE COMUNICACIÓN INTERNA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MADRID SALUD (4) Y ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA QUE POTENCIAN EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (5)

La totalidad de entrevistados encuentra una relación directa entre la comunicación interna y las labores de promoción de la salud en Madrid Salud. A la vez sus respuestas hacen referencias a los aspectos de la comunicación interna (del modelo de las 6 íes) que pueden potenciar su trabajo en promoción de la salud (aunque no se indagó específicamente por este tema).

“En este momento la comunicación interna se está convirtiendo en un motor que impulsa a los empleados a hacer y mejorar su trabajo en promoción de la salud, porque mirando, por ejemplo, a los que tienes al lado te animas a seguir sus pasos cuando son proyectos o acciones exitosas. Además, desde la comunicación interna los empleados se sienten apoyados para su trabajo y piden ayuda cuando lo necesitan (como cuando necesitan que les ayudemos a preparar un acto, o darles apoyo logístico, o hacerles materiales de apoyo). También al visualizar lo que hacemos, potenciamos el trabajo de promoción de la salud en forma indirecta, pero lo hacemos. Sin la comunicación interna estaríamos perdidos, porque sino cada uno trabajaría aislado” (E1). Variables presentes en la respuesta: IDENTIFICACIÓN, INTEGRACIÓN, INFORMACIÓN.

“Cuando uno diseña algo en un papel puede tener la fantasía de que eso que escribió va a llegar a todas partes de la organización, y la comunicación interna es esencial para que los trabajadores tengan claro el porqué de la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud, para que entiendan los objetivos y los criterios que hay detrás, eso es fundamental. Por otra parte es esencial para que los empleados tengan una nueva imagen de la organización, acorde con la promoción de la salud. Además, por experiencia propia sé que la comunicación interna entre los empleados y los jefes es muy débil y muy mediada y eso hace que muchas veces los empleados sean los últimos en enterarse de las cosas; en cambio en los encuentros de los empleados con la dirección se pueden explicar los porqués de las cosas y esto es más eficaz que enviar un documento, es la forma de ganar adeptos y ganar un sí” (E2). Variables presentes en la respuesta: INFORMACIÓN, IMAGEN, INTEGRACIÓN, IDENTIFICACIÓN.

“Yo entiendo que la comunicación interna nos ayudaría enormemente a vernos en la estructura pues estamos un poco desenfocados y es necesario visibilizarnos más, y eso ayudaría y nos motivaría a cumplir con nuestras tareas de promoción de la salud” (E3). Variables presentes en la respuesta: IMAGEN, IDENTIFICACIÓN, INTEGRACIÓN.

“Yo creo que la comunicación interna es fundamental porque la gente tiene que saber cómo lo hace y para qué lo hace, sino yo creo que no puedes funcionar bien. Tu tienes que creerte lo que haces y para creértelo tiene que haber una base que te permita estar seguro y convencido de lo que haces y ahí es muy importante la comunicación” (E4). Variables presentes en la respuesta: INFORMACIÓN, IDENTIFICACIÓN, IMAGEN.

“La comunicación interna nos podría dar pequeñas cosas que a veces no valen dinero y que facilitarían un montón nuestra labor. Son una serie de cuestiones como que no se esté a la cola de algo cuando es algo urgente y que tengamos información oportuna. Creemos que con poco más de trabajo de valoración, de aprecio y de preocupación por parte de Madrid Salud como eje central, la labor nuestra mejoraría” (E5). Variables presentes en la respuesta: INFORMACIÓN, INTEGRACIÓN, IDENTIFICACIÓN,

“Si se mejorara la comunicación interna las personas que trabajan acá se sentirían mejor, más partícipes de lo que es el conjunto, pues ellos se sienten un poco engañados. El ambiente de trabajo sería completamente distinto, porque la comunicación y la información bien llevada a cabo con alguien que está trabajando en promoción de la salud potencia muchas cosas” (E6). Variables presentes en la respuesta: IDENTIFICACIÓN, IMAGEN, INTEGRACIÓN, INFORMACIÓN.

“Siempre la comunicación interna es muy importante, de forma clara e inmediata. Hay pocas cosas que se solucionan con el paternalismo de que es mejor

que esto no se sepa, somos un equipo y a mí me parece que eso no conduce a nada, pues me parece que somos adultos y profesionales y por tanto podemos manejar las inquietudes de un momento determinado. Si no hay buena comunicación interna eso afecta nuestras labores que van destinadas a promocionar la salud” (E7). Variables presentes en la respuesta: INFORMACIÓN, INTEGRACIÓN.

“Con toda seguridad una buena comunicación interna nos ayuda a saber más de promoción, a estar informados, a creer en lo que hacemos, y a sacarle más beneficios al trabajo en promoción de la salud” (E8). Variables presentes en la respuesta: INSTRUCCIÓN, INFORMACIÓN, IDENTIFICACIÓN.

4.1.3. DISCUSIÓN

Como primera parte del trabajo de campo, las entrevistas han dado unos primeros elementos que ayudan a ir respondiendo a los objetivos de la presente tesis; y si bien corresponden a las percepciones de un solo sector de la organización (jefes de rango alto e intermedio) permiten vislumbrar algunos asuntos que se podrán comparar con los resultados de las otras técnicas que se aplicarán.

En primer lugar, y en cuanto al **contexto en el que se desarrolla la promoción de la salud en Madrid Salud**, las entrevistas dejan ver que a pesar de que la promoción de la salud haga parte de la esencia y de la filosofía de la organización, muchos empleados no encajan con el perfil que éste requiere, por tratarse de una institución que heredó los empleados de una antigua red que estaba más enfocada al trabajo de Atención Primaria, y por tanto con algunos perfiles más clínicos. Sin embargo, la totalidad de los jefes entrevistados reconoce que una de las principales funciones de su organización es la Promoción de la Salud, y que por tanto sus labores están encaminadas en menor o mayor medida a apuntar a este fin.

En esta misma línea, se reconoce que existen diferencias en los perfiles de los empleados de los distintos centros, en especial con una diferencia entre los Centros de Madrid Salud enfocados directamente a la promoción de la salud, y los Centros Monográficos con rasgos particulares sobre asuntos específicos. Así, de los tres centros monográficos objeto de estudio en esta investigación, el Centro de Madrid Salud Joven es el único que se equipara en cuanto a funciones de promoción de la salud con los tres centros de Madrid Salud estudiados (Puente de Vallecas, Villaverde y Usera); los otros dos centros monográficos (El Centro de salud Bucodental y el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo) reconocen que además de realizar acciones de promoción de salud, sus labores está enfocadas a la prevención de enfermedades y en algunos casos a la asistencia clínica.

Las respuestas de los encuestados dejan ver que el enfoque de Promoción de la Salud que se sigue desde Madrid Salud está muy próximo a los postulados de la Carta de Ottawa, enfocando sus acciones en gran medida en la educación para la salud, la tarea comunitaria y el trabajo en red. Sobre este último (trabajo en red) se reconoce que aún hay muchas falencias, sobre todo en las referidas al trabajo en red con Atención Primaria, donde sólo uno de los seis centros está coordinando dichas acciones. En esta línea, los entrevistados coinciden en opinar que lo que justifica la existencia de centros de Madrid Salud creados específicamente para promocionar la salud, es la ausencia de este trabajo en los demás escenarios del Sistema Sanitario, en especial en la Atención Primaria que es donde estaba concebido que se diera mayormente; sin embargo reconocen que en Atención Primaria se dan algunas

acciones en este sentido, por lo que se requiere un trabajo en red que aún no se está dando y que constituye uno de los principales retos para Madrid Salud.

En segundo lugar, y en cuanto a los **aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud**, se percibe que la comunicación es un área estratégica dentro de la organización, y prueba de ello es que depende directamente de la Gerencia. Sin embargo se advierte que en el caso de la comunicación interna no hay una política clara que guíe su ruta, a pesar de que, según el Jefe de Comunicaciones, exista un plan diseñado pero no publicado para este fin que no ha sido posible poner en marcha por la situación de crisis que vive el sector, lo que a la vez ha desencadenado en que las acciones que se realizan en comunicación interna respondan a situaciones coyunturales en un momento preciso y cuando se requieren.

En cuanto a los canales de comunicación, los entrevistados coinciden en que la intranet es el principal medio de información, pero a la vez destacan la ausencia de una comunicación más personalizada que mejore la comunicación vertical, pues aunque el Jefe de Comunicaciones manifieste que los jefes de la organización se implican mucho en la comunicación con los empleados, los demás entrevistados sienten que es una falencia. En relación con la comunicación horizontal los encuestados en general coinciden en que es buena, sobre todo por tratarse de equipos pequeños y con profesionales que llevan mucho tiempo trabajando juntos.

Ahora bien, se percibe una diferencia marcada en la comunicación interna al interior de cada centro como equipo de trabajo, y la comunicación interna a nivel general desde la Administración Central de Madrid Salud. Con

respecto a la primera (comunicación interna en cada centro), todos los entrevistados manifestaron que su percepción al respecto era muy positiva, y que tenían canales propios muy definidos y muy personales como las reuniones semanales que les permitían que la comunicación fluyera. Con respecto a este tema, el Jefe de Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental, anotó que en algunos centros se presentan algunas dificultades en su comunicación interna debido a las jerarquías profesionales que se establecen entre médicos y enfermeros por ejemplo.

En cuanto a la comunicación interna a nivel general desde Madrid Salud, los seis jefes de los centros coinciden en señalar que existen falencias, con percepciones más marcadas sobre este asunto en algunos que consideran que dicha comunicación es mala e insuficiente, lo que difiere de la percepción del Jefe de Comunicaciones que la considera buena. Los jefes de cada centro perciben que con la situación de crisis, los problemas de comunicación interna se han agravado más y sienten que hay mucha desinformación.

En tercer lugar y en cuanto al **estado actual y a las expectativas de las seis íes de la comunicación interna**, y a pesar de que las respuestas para este ítem fueron extraídas casi en su totalidad de la entrevista con el Jefe de Comunicaciones, éstas dan apuntes generales sobre la percepción que se tiene de cada una de las variables de estudio de esta tesis, en el trabajo que realiza la Unidad de Comunicaciones y que se podrán comparar con los resultados de la medición que se haga con los empleados de los seis centros a través de la encuesta diseñada para este fin (tercera parte del trabajo de campo).

A nivel general, el Jefe de Comunicaciones percibe de gran importancia la presencia de cada una de las seis variables de estudio dentro de la estrategia de comunicación interna (identificación, información, instrucción, integración, imagen e investigación).

En cuanto a Identificación, el Jefe de Comunicaciones considera que la estrategia de comunicación interna trabaja incluyendo esta óptica, y que la identificación de los empleados con respecto a Madrid Salud es muy buena; al respecto sólo precisa que en algunas ocasiones los empleados tienden a sentirse más identificados con la marca de Ayuntamiento de Madrid que es la marca general dentro de la que se encuentra Madrid Salud. Asimismo el Jefe de Comunicaciones siente que los empleados están identificados con la promoción de la salud por ser la esencia del trabajo que realizan a diario.

Con respecto a Información, el Jefe de Comunicaciones opina que los jefes del nivel central de la organización se implican en este trabajo, contrario a lo que expresaron los jefes de cada centro. Asimismo el Jefe de Comunicaciones destaca una prevalencia en el tipo de información técnica en los medios para los empleados. Por su parte y en cuanto a la situación de crisis que vive la entidad, el Jefe de Comunicaciones considera que la información a los empleados ha sido suficiente y oportuna, contrario a lo que piensan en este terreno los jefes de cada centro.

Con relación a la Instrucción, y a pesar de que del tema de la formación se encarga el Departamento de Evaluación y Calidad, la Unidad de Comunicaciones apoya esta tarea con cursos propios sobre comunicación y apoyando procesos formativos como los de trabajo en equipo. El Jefe de

Comunicaciones piensa que la formación en promoción de la salud de los empleados es muy buena, mientras que el Jefe del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental piensa que tiene falencias, sobre todo en este momento actual de crisis donde han tenido que recortarla. En cuanto a la pertinencia de la instrucción dentro de las labores de la comunicación interna, el Jefe de Comunicaciones piensa que es válida para los asuntos de formación en comunicación y que en lo que tiene que ver con formación en promoción de la salud, la Unidad de Comunicaciones sólo debe apoyar como hasta ahora lo ha hecho.

Con respecto a Integración, el Jefe de Comunicaciones considera que existe un buen clima de comunicación en la organización, fundamentado en las buenas relaciones interpersonales de sus integrantes. Asimismo anota que hay buena apertura y confianza en la comunicación con la dirección y en la comunicación entre compañeros y que los empleados están integrados a los procesos de promoción de la salud por ser su trabajo diario.

En cuanto a la imagen, el Jefe de Comunicaciones considera que la imagen que los empleados tienen de la organización es buena, aunque aclara que por los momentos de incertidumbre que viven en la actualidad puede que esa imagen haya cambiado un poco.

Finalmente, en cuanto a investigación, el Jefe de Comunicaciones reconoce la importancia de ésta pero señala que la Unidad de Comunicaciones realiza pocas investigaciones sobre el tema de comunicación interna y para compensar un poco esta falencia se basan en otros estudios del sector que les den luces sobre los asuntos que tienen que tener en cuenta.

En cuarto lugar y en cuanto a la **relación entre la comunicación interna y la promoción de la Salud en Madrid Salud y los aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud**, todos los entrevistados perciben una relación directa entre ambos terrenos, llamando la atención que la mayoría de los entrevistados se refieren al tema desde la mejora de la comunicación interna y en cómo ésta apoyaría sus labores en promoción de la salud.

Las respuestas de los entrevistados sobre esta relación se basan en su totalidad en alguna o algunas de las seis íes que propone esta tesis, al señalarlas como los aspectos esenciales de la comunicación interna para su trabajo en promoción de la salud.

Así, las variables de Identificación, Información, Integración e Imagen fueron a las que más se hizo referencia en las respuestas de los entrevistados a esta pregunta, lo que denota que son percibidas como importantes dentro del trabajo de comunicación interna.

Sobre la variable Instrucción o formación sólo se encontró referencia en una de las respuestas de los entrevistados a la pregunta de relación entre comunicación interna y promoción de la salud, lo que manifiesta que a simple vista no se le considera como una de las funciones esenciales de la comunicación interna; sin embargo es bueno aclarar que esta variable fue mencionada por varios entrevistados durante el desarrollo de esta fase del trabajo de campo, lo que hace que no se pueda descartar del todo.

Finalmente, en cuanto a la variable Investigación, ninguna de las respuestas de los entrevistados a esta pregunta dio apuntes sobre la

importancia de ésta en el trabajo de comunicación interna, sin embargo fue tomada en cuenta en el desarrollo de la entrevista por el Jefe de Comunicaciones. Esta ausencia puede explicarse por el hecho de que en la mayoría de los casos es una variable que no afecta directamente la percepción de los empleados, pero que para quien tiene a cargo la comunicación interna (en este caso el Jefe de Comunicaciones) resulta de gran valor en las posibilidades que ofrece de potenciar las otras cinco variables y el desarrollo de la comunicación interna en sí, lo que la mantiene como una variable que debe ser tomada en cuenta.

4.2. ANÁLISIS DE CONTENIDO

4.2.1. PROCEDIMIENTO

Después de haber realizado las entrevistas en profundidad y conocer las percepciones de ocho jefes de Madrid Salud (2 de rango alto y 6 de rango intermedio) sobre los distintos aspectos que apuntan a los objetivos de la tesis, se procedió a hacer un análisis del último informe publicado sobre Madrid Salud (Madrid Salud, 2011) para buscar en él referencias que apuntaran también a cada uno de los objetivos. Con esta fase del trabajo de campo se pretende complementar y contrastar la información suministrada en las entrevistas en profundidad. Se analizó este informe teniendo en cuenta que tanto el Jefe de la Unidad de Comunicaciones como el Jefe del Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental expresaron no tener informes específicos sobre cada una de sus áreas a cargo (las dos áreas

implicadas en esta investigación), sino que dichos informes hacían parte del Informe General de Madrid Salud que se publica cada año.

El último informe sobre Madrid Salud corresponde al año 2011 (Madrid Salud, 2011) y consta de 438 páginas divididas en cuatro capítulos generales: Gerencia, Administración, Instituto de Adicciones, e Instituto de Salud Pública.

El capítulo de Gerencia está subdividido en dos: Departamento de Evaluación y Calidad, y Unidad de Comunicaciones, ambos de interés para la tesis pues en el primero se encuentra toda la competencia en el área de formación del recurso humano y en el segundo está la competencia de la comunicación interna que es una de las áreas centrales de esta investigación.

El capítulo de Administración lo componen 4 subcapítulos dentro de los que se encuentra la Subdirección de Recursos Humanos, también de interés para la tesis.

Por su parte, los 4 subcapítulos del Instituto de Adicciones corresponden a prevención, asistencia, reinserción y programas, que a primera vista no tienen relación con los objetivos de la tesis, pero que de igual forma serán analizados.

Finalmente, el capítulo del Instituto de Salud Pública está subdividido en 17 subcapítulos, dentro de los que se encuentran 4 de interés para el desarrollo de esta investigación: Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud ambiental; Departamento de Prevención y Promoción de la Salud; Unidad Técnica de Centros de Madrid Salud; y Unidad Técnica de Centros Monográficos.

En cada uno de los capítulos del informe se buscaron referencias que apuntaran a cada uno de los objetivos de la tesis, bien porque estuvieran explícitamente mencionadas en el texto, o bien porque sin ser definidas explícitamente en el informe se consideraban que hacían parte de la respuestas a las preguntas según el marco conceptual de la tesis (especialmente en la evolución de las 6 íes de la comunicación interna), y teniendo en cuenta (Tabla 11):

Tabla 11: Objetivos de la tesis en el informe de Madrid Salud 2011

OBJETIVO	ASPECTOS A TENER EN CUENTA	PRINCIPALES CAPÍTULOS RELACIONES CON ESTE OBJETIVO
1. Contexto de desarrollo de la Promoción de la Salud en Madrid Salud	-Significados -Líneas de acción -Recurso Humano	-Gerencia -Administración -Instituto de Salud Pública
2. Aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud	-Líneas de actuación -Canales -Papel de los líderes -Evaluación general	-Gerencia -Administración
3. Evaluación de las 6 íes de la comunicación interna en Madrid Salud	IDENTIFICACIÓN: -Orgullo de Pertenencia -Motivación -Identificación con la promoción de la salud	-Gerencia -Administración -Instituto de Salud Pública
	INFORMACIÓN: -Evaluación de los canales de información -Información sobre la organización -Información sobre promoción de la salud	

	<p>INSTRUCCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Formación en habilidades de comunicación -Formación en trabajo en equipo -Formación en promoción de la salud 	
	<p>INTEGRACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunicación con los líderes -Comunicación con los compañeros -Trabajo en equipo -Integración a los procesos de promoción de la salud 	
	<p>IMAGEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cultura corporativa -Percepciones sobre la organización -Percepciones sobre la promoción de la salud 	
	<p>INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sobre los procesos de comunicación interna 	
4. Relación entre la comunicación interna y la promoción de la salud en Madrid Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Puntos de encuentro -Impacto 	<ul style="list-style-type: none"> -Gerencia -Administración -Instituto de Salud Pública
5. Aspectos de la comunicación interna que favorecen el trabajo en promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> -Variables específicas de impacto 	<ul style="list-style-type: none"> -Gerencia -Administración -Instituto de Salud Pública

4.2.2. RESULTADOS

4.2.2.1. CONTEXTO DE DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MADRID SALUD

En el primer capítulo, la Gerencia destaca que una de las líneas maestras de Madrid Salud es “desarrollar programas y servicios para la promoción de la salud de los madrileños y prevenir los efectos en salud de los factores ambientales y promover entornos urbanos saludables” (Madrid Salud, 2011: 3), líneas relacionadas directamente con la promoción de la salud. Asimismo destaca la Estrategia Gente Saludable, “una iniciativa de Madrid Salud que llega hasta 2015 y que pretende coordinar esfuerzos de toda la red de servicios municipales y entidades externas cuyo trabajo está relacionado directa o indirectamente con la salud de los ciudadanos” (Madrid Salud, 2011: 3) y que hace alusión al trabajo en red que se resalta en la promoción de la salud.

También el Servicio de Prevención, Promoción de la salud y Salud ambiental destaca en la introducción de su informe que “durante el año 2011 se ha continuado con el proceso de reorientación iniciado en 2008, que está reforzando el carácter preventivo-poblacional, de promoción de la salud y de salud comunitaria de sus acciones” (Madrid Salud, 2011: 172). De la misma forma anota que el 2011 “fue el año en que fructificaron los contactos realizados en 2010, mediante la firma de importantes acuerdos con nuestros aliados y la puesta en marcha de nuevos proyectos de colaboración” (Madrid Salud, 2011: 172), apuntando una vez más al trabajo en red de la promoción de la salud.

Específicamente sobre los Centros de Madrid Salud (uno de los escenarios del trabajo de campo de la tesis), el Informe de la Unidad Técnica de CMS aclara que las acciones de los 16 centros van encaminadas principalmente a la promoción de la salud y algunas a la prevención de la enfermedad. Así, se destacan los siguientes programas de promoción de la salud, teniendo en cuenta que en el informe los datos se dan a nivel general y no están discriminados por cada centro:

- Programa de alimentación, actividad física y salud (en 2011 realizaron 9.065 acciones individuales y se beneficiaron 17.424 personas con las acciones grupales).

- Programa de prevención y promoción de la salud en el ámbito educativo (el programa se presentó en 361 centros- el 25% del total de Madrid- y se ha intervenido en 298 -21% del total de centros educativos de Madrid-).

- Programa de salud sexual y reproductiva (en 2011 realizaron 4.755 acciones individuales y 980 acciones grupales).

- Programa de envejecimiento activo y saludable (en 2011 se beneficiaron 2.820 personas).

- Programa de prevención y promoción de la salud mental o psicohigiene (en 2011 se beneficiaron 1.168 personas).

Por su parte, en el Informe de la Unidad Técnica de Centros Monográficos (los otros escenarios del trabajo de campo de esta tesis), se aclara que cada uno tiene una labor muy específica y que muchos no se han podido adaptar al perfil comunitario que ha adoptado Madrid Salud desde el 2008, porque realizan labores de prevención y de asistencia desde la base desde donde fueron concebidos. De los tres centros monográficos objeto de estudio de esta tesis se resalta:

- El Centro Salud Bucodental: en 2011 realizaron acciones individuales para 8.038 personas, en su mayoría de prevención y asistencia. Asimismo realizaron actividades grupales, en especial con población estudiantil, con las que se beneficiaron 4.571 personas, en acciones de promoción de la salud.

-El Centro Madrid Salud Joven: en 2011 se beneficiaron 5.817 usuarios con un total de 12.711 atenciones, en su mayoría de promoción de la salud.

-El Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo: en 2011 realizaron acciones individuales para 5.852 usuarios y atenciones en grupo con las que se beneficiaron 13.338 usuarios. La mayoría de sus acciones fueron encaminadas a la prevención, combinadas con algunas acciones de promoción de la salud.

Sobre el recurso humano que trabaja específicamente en promoción de la salud no se encontró ninguna anotación en el informe.

4.2.2.2. ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD

En el primer capítulo del informe y a modo de balance, la Gerencia anota entre sus logros que “se han impulsado acciones de motivación y comunicación interna como una de las áreas importantes” (Madrid Salud, 2011: 4).

Posteriormente, en el informe de la Unidad de Comunicaciones, no aparece la de comunicación interna como una de las funciones principales de la Unidad, todas están relacionadas con la comunicación externa. Sin embargo, más adelante en el texto, aparece la comunicación interna dentro de la función de documentación y eventos (Madrid Salud 2011: 38), pero de una manera general y sin explicar cuáles son sus líneas de actuación.

En ninguna parte del informe se encontraron apreciaciones y evaluaciones sobre la comunicación interna y sobre el papel de los líderes en ella.

4.2.2.3. EVALUACIÓN DE LAS 6 ÍES DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD

Identificación. Con referencia a los Centros de Madrid Salud, el Servicio de Prevención, Promoción de la Salud y Salud Ambiental anota que en general “ha habido un gran esfuerzo de adaptación por parte de los equipos a la nueva estrategia y los nuevos programas, además de una gran apertura a otras organizaciones y a la Comunidad, esfuerzo del que cabe esperar próximamente frutos en alianzas y proyectos” (Madrid Salud, 2011: 173).

Asimismo aclara, respecto a los Centros Monográficos: “cabe destacar, durante 2011, el esfuerzo que han hecho, sin dejar su tarea específica, de enmarcar sus estrategias, objetivos y acciones dentro de los objetivos definidos por los programas marco” (Madrid Salud, 2011: 173), lo que se podría relacionar con la identificación de los empleados con la filosofía de promoción de la salud con la que trabaja Madrid Salud.

Sobre orgullo de pertenencia de los empleados, deseo de permanencia y motivación de éstos, no se encontró ninguna referencia o aspecto en el informe.

Información. La Gerencia destaca el trabajo de Madrid Salud “como gestora de la sectorial Ayre salud, que se ha visto recompensado con el hecho de ser la sectorial más visitada de la intranet municipal” (Madrid Salud: 2011: 4). Dentro de la sectorial de Ayre Salud, “lo más visitado ha sido el canal de laboral con más de 97.000 visualizaciones, seguido del de adicciones, corporativo y el de prevención y promoción de la salud” (Madrid Salud, 2011:

50). La intranet Ayre es considerada la principal fuente de información interna del Ayuntamiento de Madrid, y de la cual se benefician los empleados de Madrid Salud.

Por su parte, las Cartas de Servicio (sugerencias, reclamaciones y peticiones de información), han “contribuido a reforzar los canales de comunicación interna en Madrid Salud, estando en este momento la OAC - Oficina de Atención al Ciudadano- en una situación de comunicación ágil y mucho más resolutiva”, según se anota en el informe de la Unidad de Comunicaciones (Madrid Salud, 2011: 31).

La página web de Madrid Salud² aparece también como estrategia de información tanto para el público interno como externo. Sobre ésta se anota:

“Durante los últimos años, el número de visitantes y el número de clics o consultas que ha registrado no ha parado de crecer. En total la página ha recibido 2.323.150 visitas y 41.916.450 de consultas o clics. Durante 2011, a través de las 83 noticias publicadas en la página web de Madrid Salud, se han relatado las principales acciones realizadas por los trabajadores de Madrid Salud. Además de importante vehículo de comunicación interna, la sección de noticias de Madrid Salud cuenta con un creciente impacto externo. Durante 2011 la sección de noticias de la web de Madrid Salud sigue creciendo en repercusión, registrando 31.874 visitantes y 38.540 clics” (Madrid Salud, 2011: 46-47).

Finalmente, sobre el uso del correo electrónico se dice que éste “se ha convertido en el mejor canal de comunicación del que disponemos actualmente, ya que es el más rápido y seguro. Hoy en día se perfila como un instrumento imprescindible de trabajo dentro de la Corporación. En el año 2011 se han enviado 12 correos electrónicos a la totalidad de los trabajadores de Madrid Salud” (Madrid Salud, 2011: 85). Desde este contexto se muestra el

² <http://madridsalud.es>

poco flujo de información entre la dirección y los empleados a través de canales directos de comunicación interna.

Sobre la evaluación de los canales de información, y sobre el tipo de información que se le brinda a los empleados no se encontró ninguna referencia en el informe.

Instrucción. El Departamento de Evaluación y Calidad, principal responsable de esta tarea en la organización, destaca que durante el 2011 se realizaron actividades transversales en “formación en Habilidades de Dirección y Coordinación- en estos cursos se han tratado diversos temas relacionados con la comunicación, evaluación y calidad, salud laboral, gestión de personal, etc.-, y Curso sobre el manejo de situaciones difíciles y de conflicto con la ciudadanía en centros o actividades de Madrid Salud” (Madrid Salud, 2011: 15).

De la oferta formativa anual, que corresponde a 37 acciones, se destacan 13 de competencia directa en promoción de la salud, trabajo en equipo y habilidades de comunicación (Madrid Salud, 2011: 17):

- Educación para la salud. Aprendizaje Significativo.
- Gestión de Conflictos: Habilidades para la Mediación y el Arbitraje.
- Trabajo Social con Familias. Intervención Familiar Sistémica.
- Promoción de la Salud Sexual.
- Entrevista Motivacional una Estrategia para Promover Hábitos Saludables.
- Salud Reproductiva.
- Asesoramiento en VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Actualización en Salud Bucodental.
- Comunicación y Salud. Habilidades y Nuevas Herramientas.
- La Comunicación Interna como Estrategia de Gestión en las Organizaciones.
- Habilidades de Dirección y Coordinación en Centros de Madrid Salud.
- Técnica de Grupo.
- Las TIC en la Educación para la Sexualidad. Utilización Práctica de Recursos Interactivos en la Web.

Del total de la plantilla, en el 2011 un 51,2% (639 empleados) se beneficiaron de la oferta formativa, porcentaje que está por encima de la media del Ayuntamiento de Madrid que está en el 41,1% (Madrid Salud, 2011: 18).

Por su parte, en el centro de documentación “los profesionales de Madrid Salud pueden solicitar, mediante correo electrónico, el préstamo temporal de cualquier obra del fondo documental” (Madrid Salud, 2011: 42). Asimismo “desde el Centro de Documentación, ante la solicitud por los profesionales de Madrid Salud de artículos de revistas, se ha facilitado el acceso al documento sin coste, si estaba disponible, en las Bases de Datos Dialnet, Cindoc, Latindex y Compludoc” (Madrid Salud, 2011: 43).

Integración. La Unidad de Comunicaciones destaca los Encuentros informativos, “creados como una actividad de Gestión de Conocimiento que han promovido un entorno de colaboración y de aprendizaje, en el que los profesionales se han sentido motivados a compartir su información y su experiencia” (Madrid Salud, 2011: 38). Durante el 2011 se realizaron 10 encuentros, con una duración aproximada cada uno de 60 a 90 minutos y en los que participaron un total de 175 empleados.

Asimismo destacan las visitas culturales “como una actividad de comunicación interna se oferta a los profesionales de Madrid Salud para disfrutar de exposiciones a precios muy ventajosos y sin tener que sufrir largas esperas para la adquisición de las entradas” (Madrid Salud, 2011: 44). En 2011 se realizaron 3 visitas con un total de 200 asistentes.

Sobre la apertura y confianza de los empleados en la comunicación con los líderes y sus compañeros y trabajo en equipo, no se encontró ninguna referencia en el texto.

Imagen. Dentro de las funciones de imagen, la Unidad de Comunicaciones menciona la señalización externa e interna de Madrid Salud: “señalética informativa de las actividades y servicios que presta Madrid Salud y coordinación de las acciones relacionadas con la imagen corporativa de Madrid Salud: decoración, mobiliario, vehículos..., conforme al manual de identidad corporativa” (Madrid Salud, 2011: 34), acciones que de alguna manera tienen que ver con la cultura corporativa y con la imagen que los empleados se hacen de su organización.

Sobre otros asuntos de la cultura corporativa, además de los icónicos, y sobre la percepción que tienen los empleados sobre Madrid Salud (imagen interna), no se halló ninguna referencia en el informe.

Investigación. Sobre la evaluación de los procesos de comunicación interna no se encontró ninguna mención en el texto.

4.2.2.4. RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN INTERNA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA QUE FAVORECEN EL TRABAJO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el texto no se encontró ninguna referencia que hiciera alusión a los puntos de encuentro entre ambos asuntos (comunicación interna y promoción de la salud), ni impactos de uno sobre el otro.

4.2.3. DISCUSIÓN

El Informe de Madrid Salud del 2011, contiene información sobre la organización y sus procesos. Así, para el caso específico de la promoción de la salud se hallaron datos significativos que permiten contrastar la información suministrada en las entrevistas en profundidad. Para el caso de comunicación interna y sus variables de estudio -propuestas en esta investigación-, los datos son escasos, sin embargo dan algunos apuntes que se deben tener en cuenta.

En primer lugar y en cuanto al **contexto en el que se desarrolla la promoción de la salud en Madrid Salud**, en el informe se aprecia claramente la promoción de la salud como una de las líneas objetivas de la organización. Gran parte del informe gira en torno al trabajo comunitario y al trabajo en red como pilares de la reorientación de los servicios que hacen parte de la filosofía de promoción de la Salud descrita en la Carta de Ottawa.

Por su parte, en cuanto al trabajo en los Centros de Madrid Salud y los Centros Monográficos, el informe deja ver las diferencias en la concepción y el trabajo en ambos, pues mientras en los primeros (CMS) el trabajo está más enfocado a acciones de promoción de la salud, en los segundos (Monográficos) el trabajo de promoción de la salud está más presente en unos centros que en otros, debido esto a la que muchos de los Centros Monográficos tienen su razón de ser en acciones más destinadas a la

prevención de enfermedades e incluso a la asistencia sanitaria en ciertos aspectos.

Así y para el caso de los centros objeto de estudio de esta tesis, los 3 CMS (Puente Vallecas, Villaverde y Usera) aunque no aparecen discriminados en el informe de forma específica, se hace referencia a todos como centros donde la promoción de la salud juega un papel importante. Por su parte los 3 Centros Monográficos del trabajo de campo de la tesis, aparecen en el informe con más acciones de promoción de la salud en unos que en otros, así: El Centro de Madrid Salud Joven aparece muy próximo a las acciones de promoción de la salud como un CMS más; El Centro de Salud Bucodental divide sus acciones entre promoción de la salud y las de prevención de enfermedad y asistencia sanitaria; y el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo presenta en el informe acciones que están más dirigidas a la prevención de la enfermedad mental y con apuestas en menor proporción hacia la promoción de la salud.

Finalmente y en cuanto a los Recursos Humanos que trabajan la promoción de la salud en Madrid Salud, aunque no aparece explícitamente mencionado, el informe insiste, en varios apartados, en el trabajo que se ha realizado con los distintos centros (tanto CMS como Monográficos) en busca de la reorientación de sus servicios hacia el trabajo comunitario y en red de la promoción de la salud, lo que indica que desde la Administración se busca que todos los empleados trabajen en pro de este objetivo.

En segundo lugar y en cuanto a los **aspectos generales de la comunicación interna en Madrid Salud**, el informe deja apreciar que la comunicación interna no es concebida como un área estratégica dentro de la organización, soportado en hechos como la no inclusión de ésta dentro las funciones básicas de la Unidad de Comunicaciones y como las pocas menciones que se hace sobre los aspectos de la comunicación interna en el desarrollo del informe.

Las actuaciones de la Unidad de Comunicaciones a las que se hace referencia en el informe giran en gran proporción sobre asuntos de comunicación externa, dejando relegada la comunicación interna a algunos asuntos puntuales, lo que conlleva a que no hayan apreciaciones (evaluaciones) sobre la misma en el texto y a que no se distingan claramente sus líneas de actuación.

En tercer lugar y en cuanto al **estado actual y a las expectativas de las 6 íes de la comunicación interna**, se encontraron algunos apuntes en el texto.

En cuanto a Identificación, la única alusión al tema encontrada en el texto se refiere a los esfuerzos de la organización por identificar a todos los empleados con la filosofía de la promoción de la salud, en la apuesta que hace por la reorientación de sus servicios. Pero en cuanto a los esfuerzos de la organización por trabajar el sentido de pertenencia, el deseo de permanencia y la motivación de los empleados no se encontró ninguna referencia, lo que indica que esta variable no es trabajada dentro de la Unidad de Comunicaciones.

Con respecto a Información, el canal al que más se hace mención en el informe es Ayre, la intranet del Ayuntamiento de Madrid que también abarca a los empleados de Madrid Salud, y dentro de ésta la sectorial Salud que es manejada directamente por la Unidad de Comunicaciones de Madrid Salud y que se registra como una de las más visitadas por los empleados. También se hace mención en el informe a la página web de Madrid Salud que actúa también como canal de información interna y los correos electrónicos como otra forma de comunicación con los empleados, aunque en el informe se aclara que durante todo el año se enviaron desde la Dirección 12 correos generales a toda la plantilla, una cifra muy baja si se tiene en cuenta que es considerado uno de los principales canales de comunicación. En cuanto a la comunicación cara a cara con los empleados no se menciona ningún canal, lo que indica que la información en la organización utiliza sobre todo canales mediados y muy generales para la comunicación con la plantilla. Tampoco se precisa en el informe el tipo de información que se envía por estos canales, a excepción de la oferta formativa que sí aparece como uno de los temas tratados.

Con relación a Instrucción, el informe deja claro que existe un alto porcentaje de acciones destinadas a la formación de los empleados en cuanto a promoción de la salud, de las que se benefician más del 50% de la plantilla. Además se precisa que gran parte de la oferta de capacitación cuenta con un componente transversal que incluye el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, lo que indica que la variable de formación, y en especial en promoción de la salud y en habilidades de comunicación, es muy importante dentro de Madrid Salud. Asimismo el informe deja ver que las tareas de formación son coordinadas desde el Departamento de Evaluación y

Calidad y que la Unidad de Comunicaciones apoya la realización de varias de estas acciones, en especial las relacionadas con formación en habilidades de comunicación.

Con respecto a Integración, se destacan los encuentros informativos y las visitas culturales como acciones que apuntan a este fin; sin embargo, el porcentaje de la plantilla que se beneficia de estas acciones es mínimo. Sobre la apertura y la confianza de la comunicación de los empleados entre ellos y con la dirección no aparece ninguna mención en el texto, al igual que referencias sobre el trabajo en equipo, lo que indica que no se trabaja fuertemente en esta dirección.

En cuanto a la imagen, en el informe se hace hincapié en el trabajo sobre la imagen externa (y que de alguna manera influye en la imagen interna) y las percepciones de los usuarios externos. Con respecto al trabajo con los empleados sobre la cultura corporativa y sus percepciones sobre la organización, no se encontró ninguna acción, lo que muestra una inclinación de la organización y de la Unidad de Comunicaciones por trabajar la imagen externa sin considerar un trabajo previo y/o paralelo de la imagen interna con los empleados.

Finalmente, en cuanto a Investigación, no se halló ninguna referencia sobre investigaciones que durante el 2011 hubiera adelantado la Organización con el fin de evaluar la comunicación interna o alguna de sus variables, lo que indica también que no es un área estratégica.

Sobre las expectativas en cuanto a cada una de estas variables, no se encontró ninguna alusión en el informe, lo que indica que no es considerada un área de proyección en la organización.

En cuarto lugar y en cuanto a la **relación entre comunicación interna y promoción de la salud y los aspectos de la comunicación interna que potencian el trabajo de promoción de la salud**, no se halló ninguna referencia en el informe. Esto puede deberse a que al no considerar la comunicación interna como un área estratégica dentro de la organización, no permita un desarrollo que la haga visible, y por tanto, que no existan elementos desde las diferentes unidades que integran a Madrid Salud (incluida la Unidad de Comunicaciones) para considerar las aportaciones de la comunicación interna en el trabajo que realizan en promoción de la salud.

4.3. ENCUESTA

4.3.1. PROCEDIMIENTO

Finalmente, y con el objetivo de conocer las percepciones de los empleados de los seis centros seleccionados en la muestra sobre cada una de las 6 variables propuestas en el marco teórico para la comunicación interna en escenarios de promoción de la salud, se procedió a la aplicación de la encuesta diseñada para tal fin en cada uno de los centros.

El procedimiento para la aplicación de la encuesta consistió en reunir a toda la plantilla de cada centro para que el investigador les explicara el

motivo de la encuesta y los objetivos de la investigación. Los empleados fueron informados de su decisión voluntaria de participar en el proyecto, y del manejo estrictamente anónimo y confidencial que se haría de la información.

Una vez que el investigador hizo la presentación de su trabajo de investigación y después de despejar las inquietudes de los empleados al respecto, se procedió a aplicar la encuesta. Los empleados recibieron el cuestionario directamente del investigador (en formato físico) y fueron diligenciados en las reuniones con cada centro, y donde el investigador estaba presente para hacer un control de calidad en el diligenciamiento y para recibir de nuevo los cuestionarios directamente de los empleados participantes. Sin embargo, en algunos pocos casos el cuestionario fue diligenciado en otro momento por algunos empleados debido a que no se encontraban en el momento de la reunión con la plantilla de cada centro.

Las fechas en que se llevaron a cabo las reuniones con la plantilla de cada centro (y se realizó el diligenciamiento de la encuesta), y el total de participantes se describen en la tabla 12:

Tabla 12: Porcentaje de participación en la encuesta Madrid Salud 2012

Cód. Centro	Nombre del Centro	Fecha de Aplicación	Nro. de empleados del centro	Nro. de participantes de la encuesta	% de participación
1	Centro de Madrid Salud Joven (Monográfico)	11 de junio de 2012.	19	16	84%
2	Centro de Salud Bucodental (Monográfico)	15 de junio de 2012.	15	14	93%
3	Centro de Prev. Deterioro Cognitivo (Monográfico)	19 de junio de 2012.	16	13	81%
4	Centro Madrid Salud Puente Vallecas (CMS)	26 de junio de 2012.	18	12	67%
5	Centro Madrid Salud Villaverde (CMS)	28 de junio de 2012.	17	16	94%
6	Centro Madrid Salud Usera (CMS)	09 de julio de 2012.	24	16	67%
Total			109	87	80%

Por su parte, y de las reuniones realizadas con la plantilla de cada centro antes de la aplicación de la encuesta, se resaltan los siguientes aspectos que salieron en la conversación con los empleados:

- A nivel general hay un descontento en la comunicación interna con Madrid Salud. Los empleados consideran que es mejor la comunicación dentro de los equipos de trabajo, que la que mantienen con la organización a nivel central.
- La situación de crisis que vive la organización actualmente ha acentuado los problemas de comunicación, y la mayoría de los empleados se sienten desinformados.

Asimismo es preciso destacar que en la mayoría de los casos hubo más receptividad de los empleados más jóvenes a la hora de diligenciar el cuestionario, y que en algunos casos puntuales los empleados se sentían inseguros de responder la encuesta por creer que esta información la había encargado Madrid Salud y les daba temor que fuera a ser utilizada en su contra, por lo que dejaron algunos espacios en blanco en los datos sociodemográficos.

4.3.2 RESULTADOS

Se recuerda que para obtener los resultados de las encuestas, se llevó a cabo un análisis estadístico univariado y bivariado, donde se tuvo como variables trazadoras, el centro de trabajo, el sexo, la edad, la escolaridad y la jornada de trabajo, igualmente se utilizó el test de Chi-cuadrado para determinar la asociación de algunas variables cualitativas. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 18.

4.3.2.1 ASPECTOS GENERALES

La población en estudio estuvo conformada por 87 empleados que representaron 6 centros de Madrid Salud; tres centros de Madrid Salud y tres centros Monográficos. Con el fin de guardar la confidencialidad de la información, se hará referencia a los centros como Centros Monográficos 1, 2 y 3 y, Centros de Madrid Salud 1, 2 y 3.

La muestra de este estudio estuvo representada principalmente por el grupo femenino, con una participación del 69% (60) en contraste con el 31% para el grupo masculino. La edad promedio fue de 48,5 años (DE: 7,4 años). El empleado más joven tenía 29 años y la edad máxima registrada fue de 66 años.

Al analizar el nivel de escolaridad, la diplomatura ocupó el primer lugar con una representación del 25,3%, la licenciatura y el máster presentaron el mismo porcentaje, mientras que el FP grado medio tuvo la menor representación, 6,9%. Figura 4.

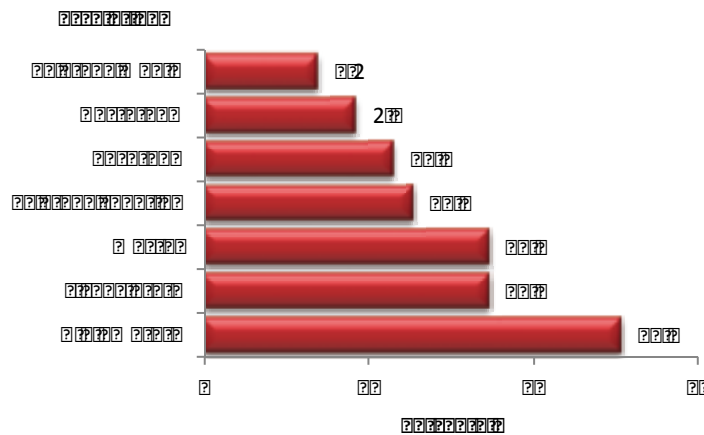


Figura 4. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de los encuestados. Madrid Salud, 2012.

Con respecto a las profesiones, el equipo estuvo representado principalmente por médicos, 28,7%, la enfermería ocupó el segundo lugar con un 18,4% y en tercer lugar se ubicaron los auxiliares sanitarios, 17,3%. Tabla 13.

Tabla 13. Distribución porcentual de las áreas profesionales de los encuestados. Madrid Salud, 2012.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
ADMINISTRATIVA	3	3.4
AUXILIAR SANITARIO	15	17.3
ENFERMERÍA	16	18.4
GINECOLOGÍA	2	2.3
MÉDICINA	25	28.7
ODONTOLOGÍA	8	9.2
PEDIATRÍA	1	1.2
PSICOLOGÍA	5	5.7
TÉCNICO SUPERIOR	4	4.6
TRABAJO SOCIAL	4	4.6
Sin dato	4	4.6
Total	87	100

Al indagar por la jornada laboral se encontró que el 67,8% de los encuestados trabajaban para Madrid Salud en horario de mañana, un 23% lo hacía en horario de tarde, mientras que el 9,2% compartían jornada entre la mañana y la tarde. Con respecto a la antigüedad laboral se observó que el 50% de los trabajadores encuestados tenían 15 años o más de labores en la institución, un 4,6% tenían una antigüedad igual o inferior a un año, la antigüedad más común entre los empleados fue los 25 años, 14,9%, y finalmente, el 13,8% de los encuestados llevaba más de 25 años trabajando para esta empresa.

De igual forma se indagó por el conocimiento de los empleados sobre el objetivo de su organización. Al respecto se encontró que el 93,1% de los empleados refirieron la promoción de la salud como una de las funciones principales de su organización. La prevención de la enfermedad ocupó el segundo lugar, considerada como una función esencial de la organización por

el 90,7% de los empleados, la rehabilitación estuvo en tercer lugar con un porcentaje del 13,8%, mientras que la curación fue considerada como una función misional de la organización por el 9,2% de los encuestados. Finalmente, un menor porcentaje de empleados refirieron como acciones que hacen parte del objetivo de su institución asuntos como la educación para la salud, la información y la detección precoz de las enfermedades. Al considerar el tipo de centro, se encontró que el porcentaje de empleados de los Centros de Madrid Salud que consideraron la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como principal objetivo fue mayor con respecto a los empleados de los Centros Monográficos. Por su parte, los empleados de los Centros Monográficos superaron el porcentaje de empleados de los Centros de Madrid Salud que consideraron que la curación y la rehabilitación era el principal objetivo de su organización.

En este mismo sentido, se indagó por las funciones que los empleados consideraban eran el objetivo de su labor. Coherente con el resultado anterior, se obtuvo que la promoción de la salud ocupó el primer lugar con un porcentaje del 93,1%, la prevención de la enfermedad mantuvo el segundo lugar con un 86,1%, en tercer lugar estuvo la rehabilitación con el 12,6% y finalmente, la curación fue considerada como el objetivo de su labor por el 10,3% de los encuestados. Dentro de las otras funciones mencionadas se encontraron la atención al usuario, la gestión y la información. Teniendo en cuenta el tipo de centro, se encontró que el porcentaje de empleados de los Centros de Madrid Salud que consideraron la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como principal objetivo de su labor fue mayor con respecto a los empleados de los Centros Monográficos. Por su parte, los empleados de los

Centros Monográficos superaron el porcentaje de empleados de los Centros de Madrid Salud que consideraron que la curación y la rehabilitación era el principal objetivo de su labor.

Finalmente, se pidió a los encuestados calificar el trabajo de comunicación interna de su organización. El 40,2% de los empleados calificaron dicho trabajo como bueno, el 36,8% consideró que era regular, un 12,6% dijo que era malo, el 8% clasificó este trabajo como excelente y el 2,3% restante afirmó que la labor de comunicación interna era deficiente.

Al considerar el centro se encontró que fue mayor el porcentaje de empleados de los Centros de Madrid Salud, que calificaron el trabajo de comunicación interna entre bueno y excelente con respecto a los empleados de los Centros Monográficos; más de la mitad de los empleados de los Centros de Madrid Salud calificaron el trabajo de comunicación interna entre bueno y excelente, 59,1%, mientras tanto, el 62,8% de los empleados de los Centros Monográficos calificaron dicho trabajo dentro de las categorías regular, malo y deficiente.

4.3.2.2 ANÁLISIS DE LAS SEIS ÍES

Identificación

Para evaluar la identificación, se formularon cinco enunciados expuestos a continuación. El encuestado tenía cinco opciones de respuesta que permitieron dar una calificación de 1 a 5 a cada uno de los ítems.

Como se puede apreciar en la siguiente tabla, los puntajes más altos correspondieron a las categorías “deseo continuar siendo miembro de esta empresa” y “me siento identificado por promocionar la salud desde mi organización”, en contraste con “El éxito de esta empresa es mi éxito”, enunciado que presentó la calificación más baja en este primer grupo de variables. Tabla 14.

Tabla 14. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Identificación. Madrid Salud, 2012.

Ítems de identificación evaluados	Puntaje
Me siento miembro de mi organización	4.09
Me siento orgulloso de trabajar para esta empresa	4.06
Deseo continuar siendo miembro de esta empresa	4.57
El éxito de esta empresa es mi éxito	3.85
Me siento identificado con promocionar la salud desde mi organización	4.49

Con el propósito de optimizar el análisis de las variables trazadoras del estudio, se obtuvo una calificación general para la categoría de **Identificación** con base en los ítems abordados anteriormente.

Al realizar el análisis por sexo, no se encontraron diferencias importantes en las puntuaciones de la identificación; al considerar la edad en grupos decenales, se observó una tendencia de disminución en el puntaje, a

medida que aumentó la edad; con respecto a la escolaridad, el puntaje más bajo fue para las personas con FP grado superior mientras que el puntaje más alto se observó en las personas con postgrado; finalmente, al analizar por centros, se observó que las dos puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3. Tabla 15.

Tabla 15. Puntajes obtenidos para la categoría de Identificación, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

<i>Identificación</i>		
<i>Variable trazadora</i>	<i>Categoría</i>	<i>puntaje</i>
Sexo	Hombre	4,21
	Mujer	4,22
Edad en años	29 - 39	4,27
	40 - 49	4,24
	50 - 59	4,19
	60 y más	3,93
Escolaridad	FP grado medio	4,47
	FP grado superior	3,96
	Diplomatura	4,11
	Licenciatura	4,05
	Postgrado	4,54
	Máster	4,47
Centro	Doctorado	4,07
	Centro monográfico 1	4,15
	Centro monográfico 2	3,73
	Centro monográfico 3	4,29
	Centro de M salud 1	4,22
	Centro de M salud 2	4,45
	Centro de M salud 3	4,40

Información

La categoría de información se analizó a partir de nueve enunciados principales. El encuestado tenía cinco opciones de respuesta que permitieron dar una calificación de 1 a 5 a cada uno de los ítems.

Los resultados arrojaron, que el puntaje más alto dentro de la batería de variables contempladas en la categoría de Información, correspondió al enunciado “A través de los canales internos recibo información acerca de la promoción de la salud” y, por su parte, la información transmitida sobre la planeación, dirección y control de la organización, obtuvo la calificación más baja. Tabla 16.

Tabla 16. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Información. Madrid Salud, 2012.

ítems de información evaluados	Puntaje
Los objetivos de esta organización son conocidos por todos los empleados	3.55
La información que recibimos por los medios de comunicación de la empresa es de gran interés	3.05
La mayoría de la información que me interesa la obtengo de mis compañeros de trabajo	3.69
A través de los canales internos recibo información acerca de los logros y dificultades de la organización	3.15
A través de los canales internos recibo información acerca de los servicios que presta la organización	3.52
A través de los canales internos recibo información acerca del impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios	3.02
A través de los canales internos recibo información acerca de la misión, visión y valores de la organización	3.15
A través de los canales internos recibo información acerca de la planeación, dirección y control de la organización	2.95
A través de los canales internos recibo información acerca de la promoción de la salud	3.74

Al considerar el puntaje general de información para cada una de las variables trazadoras, no se encontraron diferencias importantes de la calificación según sexo; con respecto a la edad, se observó que el puntaje más bajo correspondió a las personas más jóvenes, el puntaje aumenta para el grupo de 40 a 49 años y a partir de allí la calificación disminuye a medida que

aumenta la edad; según el nivel de escolaridad, se observó que la calificación más alta se obtuvo en las personas con postgrado mientras que las personas con máster presentaron el puntaje más bajo en esta categoría; finalmente, al analizar por centros, se observó que las puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo fue para el Centro Monográfico 2. Tabla 17.

Tabla 17. Puntajes obtenidos para la categoría de Información, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

<i>Información</i>		
<i>Variable trazadora</i>	<i>Categoría</i>	<i>puntaje</i>
Sexo	Hombre	3,24
	Mujer	3,35
Edad en años	29 - 39	3,01
	40 - 49	3,37
	50 - 59	3,33
	60 y más	3,26
Escolaridad	FP grado medio	3,39
	FP grado superior	3,21
	Diplomatura	3,38
	Licenciatura	3,29
	Postgrado	3,67
	Máster	3,14
	Doctorado	3,50
Centro	Centro monográfico 1	3,18
	Centro monográfico 2	2,82
	Centro monográfico 3	3,44
	Centro de M salud 1	3,01
	Centro de M salud 2	3,60
	Centro de M salud 3	3,71

Finalmente se evaluó la importancia que tenía, para los empleados de los diferentes centros, recibir información sobre los aspectos enunciados en la tabla 18. Los encuestados dieron una calificación de 1 a 5 para cada ítem encontrándose que el puntaje más alto fue para la información relacionada con

los servicios que presta la organización mientras que la información de planeación, dirección y control de la organización presentó la calificación más baja, 4,1. Tabla 18.

Tabla 18. Puntuaciones medias sobre la importancia de recibir información sobre algunos aspectos relacionados con la organización. Madrid Salud, 2012.

Importancia de recibir información sobre los siguientes aspectos:	Puntuación media
Servicios que presta la institución	4.66
Impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios	4.63
Promoción de la salud	4.63
Logros y dificultades de la organización	4.41
Misión, visión y valores de la organización	4.20
Planeación, dirección y control de la organización	4.14

Instrucción – Formación

Esta categoría estuvo conformada por ocho ítems relacionados en la tabla 19. El encuestado tenía cinco opciones de respuesta que permitieron dar una calificación de 1 a 5 a cada uno de los ítems.

Al respecto se encontró que las puntuaciones de cada ítem fueron muy similares, siendo las ofertas de capacitación en bases teóricas sobre promoción de la salud las que presentaron el puntaje más alto en esta categoría. Tabla 19.

Tabla 19. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Instrucción. Madrid Salud, 2012.

ítems de instrucción evaluados	Puntaje
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en bases teóricas de la promoción de la salud	3.45
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en preparación y realización de intervenciones en promoción de la salud	3.40
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud	3.34
Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en trabajo en equipo	3.41
Calificación a la oferta de formación en bases teóricas de promoción de la salud	3.44
Calificación a la oferta de formación en trabajo en equipo	3.43
Calificación a la oferta de formación en preparación y realización de intervenciones de promoción de la salud	3.39
Calificación a la oferta de formación en habilidades de comunicación	3.36

Al igual que en las otras categorías de análisis, cuando se consideró el puntaje global de la categoría, se observó que el sexo no presentó diferencias importantes en los puntajes de la instrucción; por su parte, al considerar la edad se observó que las puntuaciones más bajas correspondieron al primer y al último grupo etario; el nivel de escolaridad mostró unas puntuaciones muy similares, siendo las personas con licenciatura las que registraron el puntaje más bajo; finalmente, el Centro Monográfico 2 presentó la puntuación más baja mientras que los Centros de Madrid Salud 2 y 3 registraron las calificaciones más altas en esta categoría. Tabla 20.

Tabla 20. Puntajes obtenidos para la categoría de Instrucción, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

<i>Instrucción - Formación</i>		
<i>Variable trazadora</i>	<i>Categoría</i>	<i>puntaje</i>
Sexo	Hombre	3,36
	Mujer	3,42
Edad en años	29 - 39	3,00
	40 - 49	3,45
	50 - 59	3,48
	60 y más	3,08
Escolaridad	FP grado medio	3,37
	FP grado superior	3,35
	Diplomatura	3,47
	Licenciatura	3,30
	Posgrado	3,39
	Máster	3,49
	Doctorado	3,34
Centro	Centro monográfico 1	3,32
	Centro monográfico 2	2,99
	Centro monográfico 3	3,48
	Centro de M salud 1	3,17
	Centro de M salud 2	3,61
	Centro de M salud 3	3,75

Adicionalmente, se indagó por la percepción de los empleados sobre la importancia de recibir formación sobre algunos temas relacionados con la promoción de la salud. Se encontró que los temas más relevantes para los encuestados fueron la formación en habilidades de comunicación y el trabajo en equipo. Tabla 21.

Entre otros temas que algunos encuestados consideraron relevantes se encontró la evaluación cualitativa, la planificación y gestión y, la salud comunitaria.

Tabla 21. Puntuaciones medias de la importancia de recibir formación en algunos temas relacionados con la promoción de la salud. Madrid Salud, 2012.

Importancia de recibir formación sobre los siguientes temas de promoción de la salud:	Puntuación media
Bases teóricas	4.25
Trabajo en equipo	4.43
Preparación y realización de intervenciones	4.29
Habilidades de comunicación	4.61

De igual forma se indagó por la importancia que tenía para los encuestados la formación en ciertas habilidades de comunicación para el trabajo en promoción de la salud, encontrándose que la empatía y asertividad y, la escucha activa fueron las habilidades consideradas más importantes.

Tabla 22.

Tabla 22. Puntuaciones medias de la importancia de recibir formación en las habilidades de comunicación, para el trabajo en promoción de la salud. Madrid Salud, 2012.

Importancia de recibir formación en las siguientes habilidades de comunicación para el trabajo en promoción de la salud:	Puntuación media
Validar y empoderar	4.40
Escucha activa	4.60
Empatía y asertividad	4.67
Realizar preguntas y proporcionar retroalimentación	4.41
Resolución de conflictos y negociación	4.43
Uso de TIC`s y gestión de la información	4.22

Integración

Para evaluar la integración se consideraron trece ítems relacionados en la tabla 23. Cada enunciado tenía la posibilidad de cinco opciones de respuesta que permitieron dar una calificación de 1 a 5 para cada uno de ellos.

Las puntuaciones más altas correspondieron a los enunciados que hacían referencia al intercambio de información entre compañeros y a la solicitud de consejos en los momentos requeridos. En contraste con esto, se observó que la categoría con la puntuación más baja, hacía referencia a la confianza de los empleados hacia la información proveniente de los directivos de la organización y a su participación en las decisiones que se toman. Tabla 23.

Tabla 23. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Integración. Madrid Salud, 2012.

ítems de integración evaluados	Puntaje
Yo le doy información a otros compañeros cuando lo necesitan	4.4
Yo le pido información a otros compañeros cuando lo necesitan	4.5
Yo le pido consejo a otros compañeros cuando lo necesito	4.5
Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi trabajo	3.8
Acudo a otras personas para que me ayuden en mis tareas cuando tengo excesiva carga de trabajo	3.7
Otras personas acuden a mí para que les ayude en sus tareas cuando tienen excesivas cargas de trabajo	3.9
Existen personas en mi trabajo que siempre me están animando	3.8
Fermo parte y estoy integrado en los procesos de promoción de la salud que desarrolla mi organización	3.9
Cuando los directivos de la empresa nos informan algo, creo que lo que dicen es verdad	3.2
En esta empresa tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias	3.3
En esta empresa tengo amplias oportunidades de participar en las decisiones que se toman	2.7
Mis compañeros de trabajo están abiertos a las sugerencias que yo hago	3.9
Creo que cuando mis compañeros de trabajo me dicen algo, ellos me dicen la verdad	4.1

Al considerar el puntaje general de integración para cada una de las variables trazadoras, no se encontraron diferencias de la calificación según

sexo; con respecto a la edad, se observaron puntajes muy similares, siendo los grupos de personas entre los 40 y 49 años y, los mayores de 60 años, quienes presentaron las calificaciones más altas en esta categoría; según el nivel de escolaridad, se observó que la calificación más alta para la categoría de integración, se presentó en el grupo personas con máster mientras que las personas con licenciatura presentaron el puntaje más bajo; finalmente, al analizar por centros, se observó que las puntuaciones más altas correspondieron a los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo fue para el Centro Monográfico 2. Tabla 24

Tabla 24. Puntajes obtenidos para la categoría de Integración, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

<i>Integración</i>		
<i>Variable trazadora</i>	<i>Categoría</i>	<i>puntaje</i>
Sexo	Hombre	3,82
	Mujer	3,81
Edad en años	29 - 39	3,79
	40 - 49	3,86
	50 - 59	3,78
	60 y más	3,82
Escolaridad	FP grado medio	3,94
	FP grado superior	3,65
	Diplomatura	3,84
	Licenciatura	3,56
	Posgrado	3,78
	Máster	4,05
Centro	Doctorado	3,93
	Centro monográfico 1	3,71
	Centro monográfico 2	3,38
	Centro monográfico 3	3,78
	Centro de M salud 1	3,63
	Centro de M salud 2	4,36
	Centro de M salud 3	3,91

Imagen

El análisis de la imagen se realizó mediante trece ítems relacionados en la tabla 25, cada uno de ellos brindaba cinco opciones de respuesta que se interpretaron en una calificación de 1 a 5 para su análisis.

Tres de los enunciados puntuaron las calificaciones en la categoría de imagen con un puntaje de 4, a saber, conocimiento de la misión, visión y valores institucionales, la calificación a los servicios prestados por la institución y, la percepción sobre el trabajo de promoción de la salud en la organización. Por su parte los ítems con menores puntuaciones fueron los relacionados con el gusto por la forma en que se ven y se hacen las cosas en la organización.

Tabla 25.

Tabla 25. Puntajes obtenidos para la batería de variables correspondientes a la categoría de Imagen. Madrid Salud, 2012.

ítems de imagen evaluados	Puntaje
Conozco la misión, visión y valores de mi organización	4.0
Comparto la misión, visión y valores de mi organización	3.8
Creo que la misión, visión y valores de la organización están en consonancia con la realidad institucional	3.4
Me gusta la forma de ver las cosas dentro de la organización	3.3
Me gusta la forma de hacer las cosas dentro de la organización	3.1
Calificación de la imagen que tengo de mi organización	3.6
Percepción de la imagen que tiene mi organización de cara a la opinión pública	3.7
Percepción sobre logros y solución de dificultades en mi organización	3.4
Percepción sobre los servicios que presta mi organización	4.0
Percepción sobre el impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios	3.9
Percepción sobre misión, visión y valores de mi organización	3.9
Percepción sobre la planeación, dirección y control en mi organización	3.4
Percepción sobre trabajo de promoción de la salud en mi organización	4.0

El análisis del puntaje global de la imagen no presentó diferencias según sexo; con excepción del primer grupo etario, la puntuación de la imagen disminuyó a medida que la edad se incrementó; el nivel de escolaridad presentó puntajes muy similares para esta categoría, siendo las personas de FP grado medio las que presentaron la calificación más alta; finalmente, se mantiene la tendencia de las calificaciones más altas para los Centros de Madrid Salud 2 y 3 mientras que el puntaje más bajo en esta ocasión fue para el Centro de Salud 1. Tabla 26.

Tabla 26. Puntajes obtenidos para la categoría de Imagen, según variables trazadoras. Madrid Salud, 2012.

<i>Imagen</i>		
<i>Variable trazadora</i>	<i>Categoría</i>	<i>puntaje</i>
Sexo	Hombre	3,63
	Mujer	3,65
Edad en años	29 - 39	3,64
	40 - 49	3,71
	50 - 59	3,61
	60 y más	3,13
Escolaridad	FP grado medio	3,97
	FP grado superior	3,49
	Diplomatura	3,65
	Licenciatura	3,61
	Posgrado	3,78
	Máster	3,56
Centro	Doctorado	3,61
	Centro monográfico 1	3,57
	Centro monográfico 2	3,30
	Centro monográfico 3	3,80
	Centro de M salud 1	3,17
	Centro de M salud 2	4,01
	Centro de M salud 3	3,87

Investigación

Esta categoría no se abordó directamente desde la encuesta debido a que es difícil de evaluar en los empleados, pues tal y como está contemplada en el modelo de las 6 íes, es un asunto que corresponde directamente al equipo de comunicación y por lo tanto fue evaluada con las otras técnicas de la metodología.

Ahora bien, según las variables trazadoras jornada laboral y antigüedad, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de cada una de las variables evaluadas. El único dato que llama la atención es que la variable imagen presentó un valor mayor en las personas que llevan menos tiempo laborando en la organización (de 1 a 5 años).

Puntuaciones globales

Finalmente, se consideraron todas las puntuaciones globales de cada categoría con el fin de identificar, basados en las íes del modelo propuesto, las categorías más fuertes y más débiles dentro de los centros evaluados, encontrándose que la identificación obtuvo la calificación más alta, 4,2, en contraste con la información que fue la categoría más débil dentro de las instituciones. Figura 5.

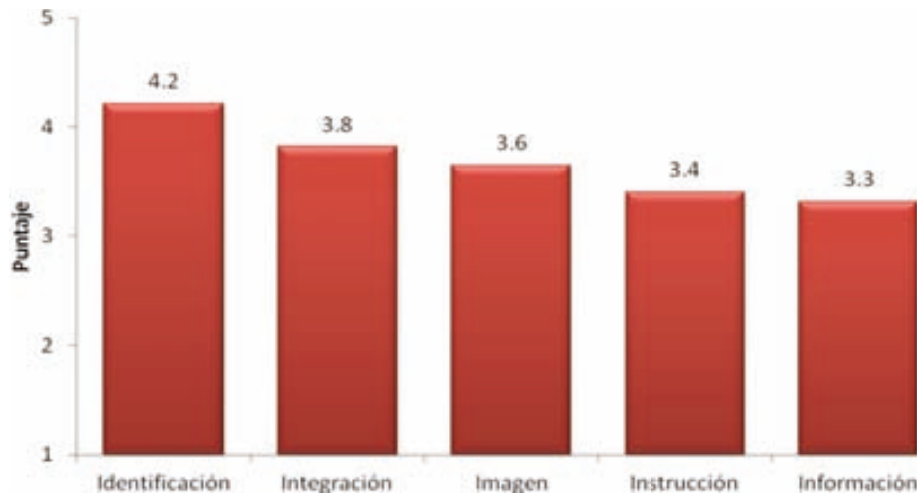


Figura 5. Puntajes globales para cada una de las íes contempladas en la encuesta. Madrid Salud, 2012.

La Tabla 27 reúne las puntuaciones medias para cada variable por centro, y recoge los datos que fueron tratados anteriormente en la presentación de resultados de cada variable. En ella se observa que los Centros de Madrid Salud 2 y 3 obtuvieron las mayores puntuaciones en todas las variables; por el contrario el Centro Monográfico 2 obtuvo las más bajas puntuaciones en 4 de las 5 variables, seguido del Centro de Madrid Salud 1 que también estuvo entre las más bajas puntuaciones.

Tabla 27. Puntajes medios por variable y por centro obtenidos en la encuesta. Madrid Salud, 2012.

Variable	Centro 1	Centro 2	Centro 3	Centro 4	Centro 5
Identificación	Hd b	od M	odx	od S	od,
Integración	od o	x dx	x d j	od M	od 2
Imagen	Hd k j	od H	od H M	od M	od 2
Instrucción	Hd x	od S	od,	od o	od,
Información	Hd H b	od 2	od S	Hd 4	Hd S
	Hd 2	od S	od b	od S	od M

4.3.2.3 ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA QUE POTENCIAN EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se indagó por la opinión de los encuestados sobre el impacto que tendría, para la organización, la mejora de la comunicación interna. Los altos puntajes encontrados demuestran que los empleados consideran que mejorar los procesos de comunicación interna potenciaría el desempeño de la organización tanto en el tema de promoción de la salud como a nivel general de la institución. Tabla 28.

Tabla 28. Puntajes medios de la incidencia de mejorar la comunicación interna sobre el desempeño de la organización. Madrid Salud, 2012.

Resultado de mejorar la comunicación interna	Puntaje medio
Mayor identificación de los empleados con el quehacer de la organización	4.4
Mayor información para el desempeño laboral	4.4
Mejoraría la imagen que sobre la organización tienen los empleados	4.5
Mejoraría los procesos de integración de los empleados a la organización y a sus distintos proyectos	4.5
Mayor formación y cualificación de los empleados para el cumplimiento de sus tareas	4.4
Mejoraría la gestión de la organización	4.5
Mejoraría la imagen pública	4.4
Mayor calidad en los servicios prestados	4.5
Favorecería procesos de innovación	4.5

Para terminar, se indagó a los empleados por los aspectos que consideraban importantes para el trabajo de promoción de la salud dentro de su organización y que estaban directamente relacionados con la comunicación

interna (las 6 íes); la integración de los empleados a los proyectos de promoción de la salud y el trabajo en equipo fue el ítem que obtuvo la calificación más alta, mientras que la coherencia entre la imagen pública y la imagen que tienen los empleados de la organización presentó el puntaje más bajo para esta categoría. Sin embargo, las puntuaciones superiores a 4 demuestran que los empleados están convencidos de la importancia de la presencia de estos aspectos en el trabajo de promoción de la salud. Tabla 29.

Tabla 29. Puntajes medios de la importancia de algunos aspectos de la comunicación interna para el trabajo de promoción de la salud. Madrid Salud, 2012.

Aspectos importantes para el trabajo de promoción de la salud, relacionados con comunicación interna	Puntaje medio
La información sobre el acontecer de la organización y sobre promoción de la salud	4.5
La identificación de los empleados con la organización y con la promoción de la salud	4.5
La integración de los empleados a los proyectos de promoción de la salud y el trabajo en equipo	4.6
La formación en promoción de la salud y en habilidades de comunicación	4.5
La coherencia entre la imagen pública y la imagen que tienen los empleados de la organización	4.3
La evaluación de los procesos de promoción de la salud y comunicación	4.4

4.3.3 DISCUSIÓN

En cuanto a los **aspectos generales** de los participantes de la encuesta, se destaca que el grupo estuvo dividido en dos grandes subgrupos según el nivel de escolaridad: un poco más de la mitad ubicado a partir de licenciatura (licenciatura, postgrado, master y doctorado) y algo menos de la mitad situado

en un nivel de estudios por debajo de la diplomatura (diplomatura, FP grado superior y FP grado medio), lo que indica un amplio espectro de participación en Madrid Salud en cuanto a niveles de escolaridad. En segundo lugar, la muestra indica que en los Centros evaluados hay una amplia participación en cuanto a perfiles profesionales se refiere, y si bien los perfiles sanitarios (principalmente medicina y enfermería) ocupan los primeros lugares, también tienen cabida otras disciplinas como la Psicología y el Trabajo Social (perfiles del área sociohumanística), lo que va en concordancia con el trabajo interdisciplinario que exige la promoción de la salud. Con relación a la antigüedad en la organización, es destacable el hecho de que más de la mitad de los encuestados llevaran más de 15 años trabajando para ésta, lo que indica que los encuestados cuentan con una gran experiencia dentro de la organización y un gran conocimiento sobre la misma, lo que se espera se vea reflejado en las respuestas a las preguntas sobre cada variable. La promoción de la salud se ubica como la primera función que los encuestados determinan tanto para la organización como dentro de sus funciones, lo que de entrada permite ver que ésta hace parte de la esencia de la organización; la sigue muy de cerca la prevención de la enfermedad que también es muy representativa en la totalidad de los centros evaluados, lo que indica que en ellos ambas funciones están muy ligadas; finalmente la curación y la rehabilitación ocupan espacios muy inferiores, pero que denotan que también están presentes dentro de la organización, especialmente en el Centro Monográfico 2 que obtuvo la mayor calificación para estas dos funciones. Finalmente, en cuanto a la percepción general de los encuestados sobre la comunicación interna en Madrid Salud se destaca el hecho que para cerca del 60% de los encuestados

dicha comunicación fuera evaluada entre regular y deficiente, lo que indica que existen grandes vacíos en este campo en la organización; además llama la atención que la comunicación interna haya sido mejor valorada en los Centros de Madrid Salud con respecto a los Centros Monográficos, lo que de entrada hace pensar que pueden existir diferencias marcadas en la concepción y en el trabajo de ésta entre unos escenarios y otros.

En cuanto a la evaluación de la variable **Identificación**, se destaca la alta valoración de la misma por parte de los encuestados. Tanto en las preguntas referidas a la identificación con la organización como en las que se preguntaba por la identificación con la promoción de la salud, los encuestados las valoraron muy positivamente, lo que hace pensar que ésta (la identificación) es muy fuerte dentro de la organización y que los empleados están orgullosos de trabajar para su institución y comprometidos con la promoción de la salud (esta última obtuvo el puntaje más alto de las preguntas de la variable). Con respecto a las variables trazadoras, sólo se observó un cambio significativo en relación con el centro, pues de los seis centros evaluados sólo el Monográfico 2 obtuvo una puntuación media para esta variable (en comparación con puntuación alta de los demás centros), tanto en la identificación con la organización como en la identificación con las labores de promoción de la salud, lo que se puede deber en parte a que fue este mismo centro el que señaló inicialmente que además de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tenía un número elevado de funciones en curación y rehabilitación.

La **información** obtuvo en general una puntuación media. Dentro de esta puntuación se destacan que los mejores puntajes fueron para las preguntas referidas, en primer lugar, a la transmisión de información entre

compañeros, lo que refleja una buena comunicación horizontal, y en segundo lugar, para las preguntas de recepción de información sobre promoción de la salud, lo que también demuestra un accionar positivo en este sentido. En contraste, las puntuaciones medias más bajas fueron para las preguntas de recepción de información sobre la organización y sobre el interés general que despierta la información recibida, lo que indica que hace falta un mayor esfuerzo en esta área, pues además las percepciones expresadas por los encuestados en cuanto a las necesidades tanto de información sobre la organización (servicios, impacto, posicionamiento, logros, dificultades...) como información sobre promoción de la salud, fueron muy altas (lo que indica que son necesarias para su trabajo). Teniendo en cuenta las variables trazadoras no se observaron diferencias marcadas, lo que indica que esta variable tiene una calificación media en todos los casos; sin embargo, al analizarla por centro se observan dos grupos dentro de esta media: uno con calificaciones más altas dentro de la media (3 centros) y otro con calificaciones tirando a la baja (los otros 3 centros), lo que hace pensar que igual pueden existir diferencias en esta variable entre un centro y otro (en la forma de concebirla, en la forma de trabajarla y en la realidad de cada una).

En cuanto a **Instrucción – Formación** la calificación también fue media, correspondiéndose la calificación media otorgada a la recepción de ofertas de capacitación, con la calificación media a la oferta de capacitación como tal. En este mismo sentido, la calificación fue media tanto para la formación en bases teóricas y preparación de intervenciones en promoción de la salud, como para la formación en habilidades de comunicación y trabajo en equipo. Esta situación no se corresponde con la percepción de los empleados en cuanto a

necesidades de formación en estos campos de la promoción de la salud (bases teóricas, preparación de intervenciones, habilidades de comunicación y trabajo en equipo), pues todos los ítems recibieron una puntuación alta al considerarlas como necesidad, destacándose especialmente las necesidades de formación en habilidades de comunicación y trabajo en equipo que recibieron las puntuaciones más elevadas (4,61 y 4,43 respectivamente). Específicamente sobre las habilidades de comunicación, los encuestados valoraron con puntajes muy altos todas las opciones que se les presentaron en cuanto a necesidades de formación en este campo, pero en especial resaltaron las necesidades de formación en empatía, asertividad y escucha activa, denotándolas como de gran importancia para el trabajo de promoción de la salud. Al hacer el análisis teniendo en cuenta las variables trazadoras, llama la atención que la calificación según el grado de escolaridad sea igual en todos los niveles, lo que indica que tanto la percepción del estado actual como las necesidades en cuanto a formación en promoción de la salud sean muy homogéneas para todo el colectivo; asimismo, y teniendo en cuenta el centro, el Monográfico 2 aparece con la puntuación más baja de todos los centros, lo que puede deberse de nuevo a que al tratarse de un centro con unas funciones mixtas entre promoción de la salud y otras tareas como la curación y la rehabilitación, aparezca con una formación menor en promoción de la salud con respecto a los demás centros (que era el área por la que específicamente indagaba la variable instrucción).

Integración recibió en general una calificación media alta pero con diferencias en los diferentes niveles evaluados. Así, para las preguntas de clima de comunicación y trabajo en equipo recibieron mejor puntaje (media

alta) aquellas que indagaban por la relación (de información y consejo) entre compañeros del mismo centro, lo que ratifica la buena comunicación horizontal; sin embargo esta calificación fue menor al indagar por la relación con los compañeros de otros centros, lo que indica que hace falta una mayor integración en este sentido; mucho menor fue la calificación (media baja) para la relación con los directivos, la credibilidad en ellos y para las posibilidades de opinar y participar dentro de la organización, lo que demuestra la necesidad de un mejoramiento de la comunicación vertical y de los mecanismos de participación. Por su parte las preguntas sobre la integración de los empleados a los procesos de promoción de la salud, que desarrolla la organización, recibió una calificación media alta, lo que hace pensar que al ser una de las principales funciones dentro de la organización todos los empleados estén de cierto modo integrados a las cadenas de trabajo de promoción de la salud, pero que denota a la vez falta de trabajo en este sentido para mejorarla. Teniendo en cuenta las variables trazadoras se destaca, según el centro, el alto puntaje en esta variable del Centro de Madrid Salud 2 (4,36), en comparación con el puntaje medio bajo del Monográfico 2 (3,38) y de los puntajes medios altos de los otros cuatro centros, lo que lleva a pensar que en la variable integración influye significativamente las dinámicas internas de cada centro.

Con respecto a la última variable evaluada, la **Imagen**, se encontraron percepciones diferentes en la evaluación de sus distintos elementos. Así, recibieron una puntuación alta la percepción sobre los servicios que se presta y la percepción sobre el trabajo en promoción de la salud, lo que ratifica la identificación de los empleados en este sentido con la organización. Por su parte, la cultura corporativa (valores, misión, visión) y el impacto social

recibieron una calificación media alta, lo que indica que son elementos importantes con los que los empleados se sienten identificados dentro de la organización pero que podrían potenciarse. La percepción general sobre la imagen de la organización concuerda con la percepción que se tiene sobre la imagen de cara a la opinión pública, donde los empleados le otorgaron a ambas una calificación media, lo que implica por un lado que están relacionadas (imagen interna y externa), pero a la vez que es necesario un trabajo para mejorarlas. Las puntuaciones más bajas en esta variable fueron para las percepciones sobre las formas de ver y hacer las cosas en la organización, la planeación, la dirección y el control, a las que los encuestados le otorgaron una calificación media baja y que están relacionadas directamente con la dirección de la organización, lo que implica un trabajo con los líderes de la misma para mejorarlas. Teniendo en cuenta las variables trazadoras, no se hallaron diferencias significativas, lo que indica que la imagen es un asunto que implica en igual medida a todos los perfiles y que es un asunto que debe ser trabajado desde la dirección de la organización.

Teniendo en cuenta los resultados generales por centros y por variables, se pueden observar también datos importantes. En cuanto a la calificación general de las variables (de las cinco ítems evaluadas), éstas se pueden clasificar en tres grupos: un nivel **alto** donde se encuentra la Identificación, la variable con la mejor puntuación y que implica de entrada labores para mantenerla; un nivel **medio alto** donde se encuentran la Integración, la Imagen y la Instrucción, que requieren de acciones mejoradoras para potenciarlas; y un nivel **medio bajo** donde se encuentra la Información, como la variable con la más baja puntuación general y que requiere de una mayor atención y de un

gran trabajo para mejorarla; sin embargo es preciso aclarar que como todas las variables obtuvieron una calificación general por encima de 3 (lo que las ubica como puntuaciones medias y altas), la organización cuenta con un buen punto de partida para trabajar por su mejora y mantenimiento. En cuanto a la calificación general por centros, también se puede hacer una clasificación en tres grupos: en el primero están ubicados los Centros de Madrid Salud 2 y 3, que fueron quienes obtuvieron las puntuaciones más altas en todas las variables evaluadas (con una calificación general **media alta**); en el segundo están ubicados los Centros Monográficos 1 y 3, que obtuvieron puntuaciones intermedias (con una calificación general **media**); y finalmente en el tercer grupo están el Centro Monográfico 2 que fue el centro que obtuvo las más bajas puntuaciones en 4 de las 5 variables evaluadas, y el Centro de Madrid Salud 1 que también registró puntuaciones muy bajas (ambos con una calificación general **media baja**); además, y a nivel general se presentó una leve disminución de los puntajes totales de los Centros Monográficos en comparación con los Centros de Madrid Salud, todo esto como un indicador de que los niveles de comunicación interna son distintos en cada centro a pesar de que hagan parte de una misma organización, y que es necesario un trabajo coordinado desde la dirección central pero con una amplia participación de cada centro para tener en cuenta sus particularidades, pues queda claro que tiene tanto peso la mirada y el trabajo general en la organización como unidad, como la mirada y el trabajo en cada centro como parte de esa unidad.

Finalmente, al indagar por los **aspectos de la comunicación interna que potencian las labores de promoción de la salud**, los encuestados otorgaron muy altas calificaciones a las variables del modelo propuesto en esta

tesis. En primer lugar, identificaron las variables del modelo, que se evaluaron, como funciones de la comunicación interna, así a la pregunta sobre la mejora de la comunicación interna en la organización, los empleados las relacionaron con la mejora en la Identificación, la Información, la Imagen, la Instrucción y la Integración (otorgándole puntuaciones por encima de 4,4); en este mismo sentido, los empleados relacionaron la mejora de la comunicación interna con variables como la mejora de la gestión, la imagen pública y la calidad de los servicios prestados, que están más relacionados con el impacto externo, lo que indica que reconocen que la comunicación interna es fundamental para el trabajo externo de la organización. En segundo lugar, y en cuanto a las variables de la comunicación interna que impactan las labores de promoción de la salud (las 6 íes del modelo), los encuestados valoraron muy bien cada una de las variables (identificación, información, instrucción, imagen, integración e investigación), otorgándoles puntuaciones por encima de 4.3, lo que lleva a deducir que son consideradas por ellos como muy importantes para su trabajo de promoción de la salud.

5. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS

Teniendo en cuenta que esta tesis doctoral se enmarca en una línea de investigación sobre la cual se encontraron pocas referencias bibliográficas y pocos trabajos de campo (comunicación interna en salud), en este apartado se presentan, por un lado, las conclusiones generales tanto de la revisión teórica como del trabajo de campo intentando dar un soporte tanto conceptual como metodológico a este subcampo de la comunicación en salud; y, por otro, las implicaciones que para las organizaciones que trabajan en el área de salud conllevan los resultados encontrados. Asimismo se puntualizan las limitaciones que tiene este estudio y las futuras líneas de investigación a las que da lugar buscando enriquecer este subcampo del conocimiento.

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. CONCLUSIONES DE LA REVISIÓN TEÓRICA

A). De las cuatro tareas básicas definidas para la medicina (Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Curación y Rehabilitación), la Promoción de la Salud se establece como el objetivo más amplio que debe alcanzar cualquier Sistema Sanitario en el mundo, pues está demostrado que la salud va más allá de la ausencia de la enfermedad y que implica unos elementos más relacionados con la calidad de vida y el bienestar, como son los estilos de vida y el medio ambiente. Desde esta óptica los principales tratados

sobre salud (formulados desde instancias como la Organización Mundial de la Salud OMS, máximo órgano que trabaja por la Salud de la población mundial), establecen que la Promoción debe ser el eje central sobre el que trabaje cualquier institución u organización que esté relacionada con la Salud (desde instituciones gubernamentales hasta espacios específicos del sistema sanitario como son los hospitales y los centros de salud).

B). Para el caso Español, el Sistema Nacional de Salud establece la Promoción de la Salud como uno de los objetivos principales del Sistema, otorgándole una presencia clara en los niveles de Atención Primaria (más que en Atención Especializada) y en las labores de Salud Pública que cada Comunidad Autónoma debe emprender. Esta idea (enmarcada en la organización del Sistema Nacional de Salud en España) se ve contrastada con la realidad descrita en los estudios en el sector Salud en España, donde se demuestra que la Promoción de la Salud alcanza índices muy bajos en las tareas emprendidas por los diferentes entes y organismos del Sistema, con una presencia casi nula en la Atención Especializada (Hospitales y Clínicas), con una presencia en caída en la Atención Primaria (en los Centros de Salud, que era donde estaba contemplado que se dieran las mayores acciones en este campo, pero que debido a la crisis del Sistema las acciones de promoción de la salud han quedado relegadas a su mínima expresión), y con acciones desarticuladas en los órganos de Salud Pública encargados de esta tarea en cada Comunidad Autónoma y a nivel estatal como Sistema Nacional de Salud. En el caso del Ayuntamiento de Madrid, existe un organismo autónomo llamada Madrid Salud, encargado de las acciones de salud pública y promoción de la salud, pero que en la actualidad presenta la misma desarticulación a la

que se ha hecho referencia antes con otros actores del Sistema como la Atención Primaria que es manejada desde el orden Autonómico (Comunidad Autónoma de Madrid).

C). La Comunicación en Salud aparece como un novedoso subcampo de los estudios de comunicación, potenciado especialmente en los últimos dos siglos a partir de la formulación de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Este subcampo del conocimiento entra a jugar un papel importante en el mundo de la salud, y en especial en la promoción de la salud como su principal objetivo. En su desarrollo, tanto teórico como práctico, ha pasado de tener una concepción instrumental e informativa, hasta encontrar su verdadera razón de ser en un modelo relacional que posibilita el encuentro, el intercambio, la negociación, la mediación, la abogacía y la construcción de los referentes de salud para individuos y comunidades. Así, la comunicación en salud cuenta en la actualidad con un vasto trabajo en áreas como la relación médico-paciente, el periodismo sanitario, la comunicación de riesgos y la telemedicina, entre otros, y a la vez han empezado a surgir nuevas áreas que también debe cubrir como los asuntos organizacionales en instituciones sanitarias (y dentro de éstos la comunicación interna), poco estudiados en la actualidad pero con un gran potencial.

D). Específicamente sobre la comunicación interna en escenarios de salud y su influencia en la promoción de la salud de individuos y comunidades, no existe un cuerpo teórico que fundamente su desarrollo. Para el caso español, los pocos estudios realizados en este campo se quedan en el asunto puntual de evaluar la comunicación interna como una dimensión de la comunicación organizacional, sin atreverse a buscar una relación directa entre

comunicación interna y la potenciación de los servicios prestados, para ese caso servicios que buscan promocionar la salud.

E). Teniendo en cuenta los estudios desarrollados en el campo organizacional, que a la vez validan las teorías y modelos del desarrollo organizacional, la comunicación interna aparece como un variable clave para el éxito de cualquier organización. Los estudios en este campo han demostrado el impacto de la comunicación interna en áreas como la satisfacción y la motivación de los empleados, el rendimiento laboral y la comunicación externa, entre otros. Desde esta perspectiva, las organizaciones de salud no escapan a esta realidad y pueden encontrar en la comunicación interna una aliada estratégica para el cumplimiento de sus objetivos, en este caso objetivos relacionados con la promoción de la salud.

F). Específicamente sobre el impacto de la comunicación interna en los productos y servicios que ofrece una organización de cara a sus públicos externos, los estudios organizacionales han demostrado su impacto en áreas como la imagen pública, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios/consumidores. Así, los estudios han concluido que la comunicación interna es el soporte básico de la comunicación externa, y que la comunicación externa es a la vez una extensión de la comunicación interna, lo que ha llevado a plantear que un empleado satisfecho es un usuario/cliente satisfecho. Desde esta perspectiva las organizaciones de salud pueden encontrar en la comunicación interna una forma para mejorar la prestación de sus servicios, buscando impactar en el bienestar y la calidad de vida de los individuos y comunidades que se benefician de su accionar (como objetivo y razón de ser de su existencia como organización).

G). De la amplia lista de objetivos que debe tener la comunicación interna dentro de una organización, los teóricos de la comunicación organizacional coinciden en que el fin último de cualquier estrategia de comunicación interna debe ser apoyar el cumplimiento de los objetivos de la organización. Teniendo en cuenta este punto de partida, recogiendo los postulados de diversos autores sobre comunicación interna y teniendo presente que el objetivo de cualquier organización del sistema sanitario debe ser la promoción de la salud, se establecen seis grandes funciones de la comunicación interna para los escenarios de salud: Identificación, Información, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación. Estas funciones se recogen en un modelo (modelo de las 6 íes) que busca potenciar el trabajo de promoción de la salud (con individuos y comunidades) desde el trabajo de comunicación interna en los escenarios del sistema sanitario (con los empleados).

H). La Identificación tiene que ver con el sentido de pertenencia y el deseo de permanencia de los empleados con respecto a la organización para la cual trabajan. Además, y como un elemento transversal en los escenarios de salud, esta función debe impulsar la Identificación de los empleados con la promoción de la salud, como fin último de su trabajo y como objetivo central de su organización.

I). La Información busca propiciar espacios, canales y mensajes oportunos dentro de la organización, con el fin de que todos los empleados cuenten con la información suficiente y oportuna sobre su organización y para su trabajo, esencial para su desempeño y para que éstos se sientan parte de la misma. Desde los escenarios de salud, esta variable debe contemplar dos

grandes funciones: información general sobre la organización (que trabaja para la promoción de la salud) e información necesaria y útil para el trabajo (en promoción de la salud).

J). La instrucción o formación es un área de gran importancia dentro de cualquier organización que pretenda avanzar, teniendo en cuenta que el desempeño de cualquier oficio o profesión conlleva a la formación permanente. Esta función en muchas organizaciones no es de competencia directa de la comunicación interna (pues en la mayoría de organizaciones se le encarga a un departamento distinto al de comunicación), pero de cualquier manera dentro de la comunicación es importante liderar y/o apoyar esta función dentro de la organización, en especial la referida a la formación en competencias de comunicación de los empleados para desarrollar su labor. Para el caso específico de los escenarios que promocionan la salud la formación debe tener en esencia dos grandes áreas: formación en promoción de la salud (fundamentos, intervenciones...) y formación en competencias y habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

K). La Integración se refiere a las buenas relaciones interpersonales y profesionales que generen un buen trabajo colaborativo. Para ello es necesario un buen clima de comunicación y fomentar la colaboración y el trabajo en equipo. Desde los escenarios de salud, además de propiciar un trabajo colaborativo es necesario que se produzca una real integración de cada empleado a los procesos que desarrolla la organización para promocionar la salud. Los procesos de integración en las organizaciones sanitarias resultan esenciales si se tiene en cuenta que la filosofía de promoción de la salud lleva precisamente a la interdisciplinariedad, al trabajo en red y exige un trabajo

colaborativo de todos los actores implicados; y la única forma de conseguir esto, es propiciando espacios de integración para que todos los actores se sientan y sean parte del proceso.

L). La Imagen consiste en la determinación de una buena imagen corporativa, en este caso para los públicos internos, teniendo en cuenta que los empleados de una organización son los primeros transmisores de su imagen. Es así como para trabajar la Imagen de los empleados es necesario un trabajo desde la cultura corporativa (misión, visión valores) y sobre las percepciones que los empleados tienen de la realidad institucional. En las organizaciones sanitarias juega un papel muy importante la forma en que se ven y se hacen las cosas (cultura corporativa), enfocada en una cultura de atención al usuario pero sin perder de vista la cultura de la promoción de la salud como eje central de la organización.

M). A pesar de que la Investigación, no es una función muy común en los departamentos de comunicación interna, se ha demostrado la importancia de ésta en la determinación de la realidad institucional y en la definición de estrategias que respondan a las necesidades reales. Así, la comunicación interna que potencie la promoción de la salud debe tener un sustento investigativo que permita actuar con evidencia para esperar con una mayor certeza alcanzar los impactos esperados. Es por eso que en el modelo propuesto de las 6 íes de la comunicación interna en escenarios de promoción de la salud, la variable de investigación cobija las otras 5 variables: identificación, información, integración, instrucción e imagen. Esto indica que la investigación debe ser un componente transversal en el desarrollo de cada

una, de manera que los planteamientos y acciones que se emprendan, tengan un sustento válido y una forma de mostrar sus impactos.

N). Los estudios registrados en España sobre la situación de los escenarios del Sistema Nacional de Salud (en especial desarrollados en Hospitales y Centros de Salud), y los pocos estudios registrados sobre el estado de la comunicación interna en ellos, reflejan una ausencia de una política clara de comunicación al interior de los mismos. La mala comunicación entre personal de enfermería y medicina y entre jefes y empleados, la falta de trabajo en equipo, la desmotivación de los empleados del sector sanitario y la desinformación, son algunas de las señales reflejadas en los estudios que demandan una intervención desde la comunicación interna. Es más, en muchos de los estudios registrados se le reconoce como importante (la comunicación interna), pero se asume en la actualidad como una falencia y como una gran tarea pendiente en las organizaciones sanitarias españolas.

O). Finalmente, dando respuesta a las preguntas de investigación, y teniendo en cuenta las teorías de comunicación interna y los trabajos de investigación realizados en el sector sanitario, se puede afirmar que las labores de promoción de la salud de las organizaciones sanitarias se pueden potenciar desde un trabajo articulado de comunicación con los públicos internos enfocado en desarrollar elementos de comunicación interna que lleven como fundamento la promoción de la salud. Así, los elementos de la comunicación interna, basados en promoción de la salud, que ayudan a potenciar las labores en este campo son: Identificación, Información, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación.

5.1.2. CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO

5.1.2.1. CONTEXTO DE DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MADRID SALUD

A). Madrid Salud es una organización que tiene por esencia un trabajo en promoción de la salud, es su principal marco de referencia y todos sus actores son conscientes de ello. En gran medida compagina su accionar en promoción de la salud con la prevención de la enfermedad y en algunas ocasiones con tareas de curación y rehabilitación.

B). El trabajo en la organización en promoción de la salud sigue muy de cerca los postulados de la Carta de Ottawa, como la declaración más importante a nivel mundial sobre el tema. Así, el trabajo de Madrid Salud está muy enfocado a la educación para la salud, la labor comunitaria y el trabajo en red. Sobre este último (trabajo en red) la organización es consciente de que existen falencias relacionadas con la articulación con los demás estamentos del Sistema Nacional de Salud, en especial con la Atención Primaria que también desarrolla labores en el campo de la promoción de la salud.

C). Existen diferencias en el trabajo de promoción de la salud entre los dos tipos de centros que hacen parte de la organización. Por un lado los Centros de Madrid Salud (CMS) están orientados casi exclusivamente a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que los hace muy homogéneos de cierto modo. Por otro lado, los Centros

Monográficos compaginan las tareas de promoción y prevención con algunas labores de curación y rehabilitación, y son muy heterogéneos en cuanto a las labores que desarrollan, pues cada uno responde a necesidades muy específicas. Así, los CMS están más cercanos a las labores de promoción de la salud que los Monográficos, pues en estos últimos existen los que desarrollan en gran porcentaje labores de promoción, otros que compaginan a medias esta función con otras labores, y otros donde la promoción es una tarea mínima pues responden más a otras áreas e incluso a labores muy técnicas.

D). En cuanto a los perfiles profesionales de los empleados, también se presentan diferencias marcadas por el tipo de centro. En los CMS se encuentran distintos perfiles, incluidos los del área sociohumanística, lo que conlleva al trabajo interdisciplinario propuesto para la promoción de la salud. Por su parte en los Monográficos se presentan diferencias más marcadas, pues así como existen centros con perfiles interdisciplinarios, existen otros compuestos por 1 o 2 perfiles específicos, de acuerdo a las funciones que realizan y donde no tienen cabida por ejemplo los perfiles sociohumanísticos. Esta diferencia de perfiles por centro también influye en su cercanía con las tareas de promoción de la salud, pues si bien todos los empleados reconocen esta tarea como parte de la filosofía de la organización, unos están más cercanos a ella que otros.

5.1.2.2. ASPECTOS GENERALES DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD

E). La comunicación es un área estratégica dentro de Madrid Salud, incluso la Unidad de Comunicaciones depende directamente de la Gerencia. Sin embargo, existe un mayor peso dentro de la organización para las acciones de comunicación externa en comparación con las de comunicación interna, demostrado en los planes, acciones y soportes para cada una.

F). En cuanto a la comunicación interna, no existe un plan ni líneas concretas de actuación sobre las que se guíe, a pesar que desde la Dirección se le considere de gran importancia. Así, la comunicación interna no aparece claramente definida dentro de las funciones de la Unidad de Comunicaciones y parece que fuera utilizada únicamente para situaciones coyunturales.

G). Para la mayoría de los empleados, de los centros encuestados, a nivel general la comunicación interna en Madrid Salud es regular y deficiente, lo que denota la falta de una política clara en este sentido.

H). Existen diferencias entre la comunicación interna a nivel general en Madrid Salud (con una mala valoración) y la comunicación interna en cada centro (con una buena valoración), lo que puede deberse a que se reconozca que la comunicación horizontal y las relaciones interpersonales en cada centro funcionan muy bien, en comparación con las debilidades que presenta la comunicación vertical, en especial desde la Dirección Central.

I). En cuanto a los canales, predominan las relaciones mediatizadas, en especial el uso de la intranet. Es preciso fortalecer la comunicación cara a cara

para mejorar la comunicación interna en la organización, pues todos la reconocen como muy importante y necesaria.

J). Existen algunas diferencias marcadas en la percepción de la comunicación interna en cada uno de los centros, lo que indica que la comunicación interna depende de la Dirección Central pero también de las dinámicas específicas de cada equipo de trabajo.

5.1.2.3. ESTADO ACTUAL Y EXPECTATIVAS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MADRID SALUD (EVALUACIÓN DE LAS 6 ÍES)

K). **La identificación** es la variable más bien evaluada en la organización, demostrando que los empleados tiene un alto sentido de pertenencia y un deseo de permanencia en Madrid Salud. Asimismo los empleados se sienten identificados con la promoción de la salud, lo que de entrada es muy bien valorado para su trabajo en esta área y que en parte se debe al hecho de que la promoción de la salud sea la principal función de la organización; sin embargo, esta variable, a pesar de seguir siendo alta, presenta menor valor en los Monográficos con respecto a los CMS lo que puede deberse a que en muchos de los Monográficos la promoción de la salud no sea la principal tarea que deban cumplir.

L). **La información** es la variable con menor calificación por parte de los empleados. Se destacan los buenos canales de comunicación horizontal al interior de los centros, lo que se debe en parte a las buenas relaciones interpersonales y que posibilita que fluya la información. Por el contrario, existen problemas en la comunicación vertical, sobre todo la relacionada con la

Dirección Central de la organización. Con relación al tipo de información, es valorada positivamente la información recibida sobre promoción de la salud, aunque podría mejorarse; y falta mejorar en mayor medida la información suministrada sobre la organización (servicios, impacto, posicionamiento, logros, dificultades...) que en la actualidad es baja y de poca importancia, y que es reconocida por los empleados como necesaria y útil.

M). **La instrucción** en promoción de la salud es una variable con una calificación media, tanto en cuanto a bases teóricas y preparación de intervenciones como en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo. A pesar de que exista una oferta de formación que beneficie a más de la mitad de la plantilla, es insuficiente para las necesidades y expectativas de los encuestados. En especial los empleados destacan la necesidad de formación en habilidades de comunicación para el trabajo en promoción de la salud. Asimismo, los diferentes líderes de la organización están de acuerdo en que la formación es una tarea encomendada al Departamento de Evaluación y Calidad, pero que la Unidad de Comunicaciones debe apoyar constantemente, en especial la relacionada con la formación en habilidades de comunicación.

N). La **Integración** recibe una puntuación media alta, pues a pesar de que existen algunos espacios que la fomentan desde la Dirección Central, los beneficiados son muy pocos. El clima de comunicación es medio, pues si bien a nivel general existe un buen clima al interior de los centros derivado de las buenas relaciones interpersonales, a nivel general como organización el clima es bajo, no existen canales directos y no hay confianza hacia los líderes. Los encuestados echan de menos la integración con otros centros y más y mejores canales de participación al interior de la organización. En cuanto a la

percepción de los empleados sobre la integración de éstos en los procesos de promoción de la salud, la valoración es alta, debido a que en la mayoría de los casos hace parte de su trabajo diario, sin embargo recalcan que podría mejorarse. Finalmente queda claro que la integración es una variable que si bien depende del trabajo y la orientación desde la Dirección Central, las dinámicas de trabajo al interior de cada centro también tiene una alta repercusión en ella.

O). **La Imagen** también recibe una puntuación media, pues si bien la imagen de los empleados sobre los servicios que presta la organización, el impacto social y la promoción de la salud es alta, no pasa lo mismo con la imagen que tienen sobre las formas en que se ven y se hacen las cosas en la organización, en donde se obtienen puntuaciones bajas y que implica directamente el trabajo de los directivos y líderes. Asimismo la percepción de los empleados en relación con la imagen de cara a la opinión pública coincide con la imagen interna, lo que establece que ambas están estrechamente ligadas y que se debe trabajar en pro de mejorarlas.

P). **La Investigación** sobre la comunicación interna en Madrid Salud es baja, aunque los líderes de la organización la consideren muy importante. En el último año no se realizó ningún estudio al respecto. Desde la Administración Central se basan en un estudio general sobre comunicación que se aplicó varios años atrás y sobre otros estudios del sector, a la hora de tomar decisiones, pero reconocen que es una necesidad sentida.

5.1.2.4. RELACIÓN ENTRE COMUNICACIÓN INTERNA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MADRID SALUD

Q). Para todos los participantes del trabajo de campo, existe una relación directa entre la comunicación interna y las labores de promoción de la salud, otorgándole una gran importancia a las acciones que desde la organización se realicen por mejorar la comunicación interna como vía hacia el mejoramiento de las tareas que se llevan a cabo en la organización, tareas básicamente enfocadas en la promoción de la salud. Se reconoce que la comunicación interna influye significativamente en el trabajo hacia el exterior, en la calidad de los servicios prestados y en la imagen pública.

5.1.2.5. ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA QUE POTENCIAN EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

R). Las seis variables del modelo de comunicación interna son percibidas de gran importancia para el trabajo de promoción de la salud, por lo que se establece que las seis tienen un peso importante dentro del modelo, pero con algunos matices. Así, la IDENTIFICACIÓN con la organización y con la filosofía de la promoción de la salud, la INFORMACIÓN sobre el acontecer de la organización y sobre promoción de la salud y la INTEGRACIÓN dentro de la organización y a los procesos que ésta desarrolla en promoción de la salud, son percibidas de gran importancia y claramente reconocidas como tareas de comunicación interna. La IMAGEN interna sobre la organización es percibida claramente como una función de comunicación interna y como importante dentro de las labores de promoción de la salud, sin embargo su peso es menor

con respecto a las otras variables. Por su parte, la INSTRUCCIÓN es percibida de gran importancia en las labores de promoción de la salud pero no se le reconoce como una tarea directa de comunicación interna, sino como una acción que se debe apoyar desde la Unidad de Comunicaciones, en especial en lo relacionado con la formación en habilidades de comunicación y de trabajo en equipo. Finalmente la INVESTIGACIÓN de la comunicación interna es una variable innovadora que no está muy generalizada en el contexto actual, por tratarse de una falencia en la actualidad, pero se le reconoce como fundamental como variable de comunicación interna y más aún en relación con las labores de promoción de la salud.

S). Teniendo en cuenta las preguntas de investigación y los resultados del trabajo de campo, se concluye que las labores de promoción de la salud que se realizan en una organización sanitaria como Madrid Salud, se pueden potenciar desde una estrategia de comunicación interna que tenga como elementos esenciales la Información, la Identificación, la Instrucción, la Integración, la Imagen y la Investigación, focalizados todos ellos en promoción de la salud, y que en mayor o menor medida contribuyen a reforzar desde dentro (con los públicos internos) las acciones emprendidas en este campo con los destinatarios finales (usuarios – ciudadanía).

5.1.3. CONCLUSIONES GENERALES

A). La promoción de la salud es la meta sobre la que deben trabajar todos los Sistemas de Salud a nivel mundial y las instituciones que los componen (incluyendo hospitales, clínicas y centros de salud), pues es la única

con una visión tan amplia (por encima de la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación) que puede influir directamente en la salud (desde la perspectiva de la calidad de vida) de los individuos y las comunidades, y en sus factores determinantes (dentro de los que se encuentran el medio ambiente y los estilos de vida).

B). Dentro del subcampo de estudio de la comunicación en salud, la comunicación interna entra a formar parte como un área novedosa que puede realizar grandes aportes, desde la concepción de que la salud cuenta con instituciones que trabajan por ella y donde la comunicación interna se convierte en una estrategia clave para alcanzar sus objetivos. Así, la comunicación interna en escenarios de salud entra a relacionarse con áreas más desarrolladas de la comunicación en salud como la relación médico-paciente, el periodismo sanitario o la comunicación de crisis, todas con un fin último de apoyar desde la comunicación el mejoramiento de la salud de los individuos y las comunidades.

C). La comunicación interna influye decisivamente en los servicios que ofrece una organización. Así, y para el caso de las instituciones de salud, la comunicación interna pasa por impactar a los empleados y se extiende hasta beneficiar a los usuarios.

D). La comunicación interna es clave en la formación de una nueva cultura en las instituciones de salud y en su forma de ver y hacer las cosas, pues sólo así es posible reorientar los servicios tradicionales de éstas (enfocados más al asistencialismo y la curación) hacia el trabajo de promoción de la salud que invita la Carta de Ottawa (OMS, 1986). El trabajo hacia este

cambio de paradigma debe iniciarse con las personas y profesionales que trabajan en las instituciones de salud, quienes están llamados a ser los principales voceros de éste, y para lo cual los procesos de comunicación interna resultan fundamentales; el propósito no es otro que potenciar el nuevo paradigma al interior de la organización para lograr un mayor y mejor impacto en las acciones de promoción de la salud hacia el exterior (con los ciudadanos y las comunidades).

E). La promoción de la salud se basa entre otros, en el trabajo en red, en la participación social, en el diálogo interdisciplinario, en el desarrollo de habilidades para la vida y en el trabajo comunitario, y éstos resultan impensables sin la presencia de la comunicación. De la misma forma, las instituciones de salud que trabajan por la promoción de la salud necesitan de la comunicación interna para potenciar su trabajo, con un enfoque de la comunicación basado en una perspectiva relacional, y donde la comunicación es el motor a nivel interno para el diálogo, el encuentro, el debate, el establecimiento de alianzas y el trabajo en equipo que demanda la promoción de la salud.

F). Las dos preguntas de investigación de la tesis quedan respondidas con los resultados encontrados. Así, y en cuanto a la pregunta de cómo pueden potenciarse las acciones de promoción de la salud desde la comunicación interna, se concluye que todas las instituciones de salud deben de tener como principal objetivo la promoción de la salud, y por tanto cualquier estrategia de comunicación interna al interior de éstas debe llevar por esencia también este objetivo (pues queda claro que las labores de promoción de la salud se pueden potenciar desde el trabajo con los públicos internos en una

estrategia que lleve por esencia la promoción de la salud). En segundo lugar y en cuanto a qué elementos de la comunicación interna pueden potenciar el trabajo de promoción de la salud, se concluye que la estrategia de comunicación interna en este sentido debe contemplar básicamente seis funciones (elementos): buscar la **Identificación** de los empleados con la organización y con la filosofía de promoción de la salud, suministrar **Información** útil y oportuna sobre la organización y sobre promoción de la salud, apoyar la **Instrucción-Formación** de los empleados en cuanto a promoción de la salud y especialmente en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo, propiciar la **Integración** de los empleados y en especial su participación en los procesos de promoción de la salud que lleve a cabo la organización, trabajar por la creación de una buena **Imagen** de los empleados sobre la organización que esté en consonancia con la imagen proyectada de cara a la opinión pública y, fomentar la **Investigación** de los procesos comunicativos internos para potenciar la estrategia y sus funciones.

G). Finalmente, se confirma la hipótesis de esta tesis al hallar una relación directa y positiva entre una estrategia de comunicación interna basada en promoción de la salud y la labor de promoción de la salud que realizan los empleados en una organización, en asuntos como que se sienten más informados, capacitados, motivados e identificados, integrados y participantes del quehacer en promoción de la salud que realiza la organización para la que trabajan.

5.2. IMPLICACIONES PARA LAS ORGANIZACIONES

Los resultados de esta tesis, teniendo en cuenta la construcción académica realizada para el marco teórico y el estudio de caso que se llevó a cabo, permiten contar con un modelo inicial de comunicación interna que resulta válido para cualquier organización que trabaja a favor de la promoción de la salud. Así, el “modelo de las 6 íes”, se convierte en un punto de partida para potenciar las acciones de promoción de la salud desde el trabajo con los públicos internos en las organizaciones sanitarias.

Teniendo en cuenta esto, las implicaciones más importantes para las organizaciones que deseen aplicar el modelo son:

A nivel general:

A). La primera implicación para cualquier institución que trabaje en el sector sanitario, sea cual sea su función (incluidos Hospitales y Clínicas), es reorientar sus servicios hacia la Promoción de la Salud, pues se sabe que es la única forma para alcanzar una verdadera salud de individuos y comunidades que trascienda el mero hecho de la ausencia de enfermedad. Así, cualquier institución del área de la salud encontrará en la Promoción de la Salud el marco de acción deseable para cumplir con una verdadera función que busque mejorar la calidad de vida y propenda por el bienestar.

B). Otorgarle a la comunicación una función estratégica dentro de la organización, lo que se puede visualizar en parte haciendo que la Unidad que trabaje por ésta dependa directamente de la Dirección o Gerencia; esto

garantizará que la comunicación vaya estrechamente ligada a apoyar los objetivos de la institución sanitaria para promover la salud, tanto a nivel de comunicación interna como externa.

C). La Unidad o el Departamento de Comunicaciones debe mantener un equilibrio entre sus funciones de comunicación externa y sus funciones de comunicación interna, y por ende en los presupuestos y en el recurso humano asignado a éstas, pues en muchas ocasiones se tiende a favorecer la comunicación externa sobre la interna, sin caer en la cuenta que la única forma de alcanzar el éxito en las labores de comunicación, depende del equilibrio en las acciones que se realicen en ambos sentidos. Hay que recordar que la comunicación externa siempre será una extensión de la comunicación interna, más aún si se trata de instituciones que ejercen una gran labor social y de trabajo con públicos externos, como lo son las instituciones sanitarias.

Para la estrategia de comunicación interna:

D). Al reconocer la importancia de la comunicación interna dentro de la organización, es importante lograr que ésta trabaje articuladamente con el Departamento de Recursos Humanos, pues al tener como esencia el mismo objetivo de trabajo a favor de los empleados, es importante lograr sinergias y complementar sus acciones, lo que se verá reflejado en un mayor y más positivo impacto.

E). La estrategia de comunicación interna debe partir de un diagnóstico en profundidad sobre el estado actual y las expectativas de los empleados en cuanto a Identificación, Información, Instrucción, Integración e Imagen interna,

lo que garantice que las líneas de acción a desarrollar respondan a las necesidades reales y que sus actuaciones están debidamente fundamentadas.

F). Las instituciones de salud deben trabajar por alcanzar una Identificación de los empleados con su quehacer misional, fomentando el sentido de pertenencia, la cultura corporativa, el estímulo y especialmente buscando identificar a los empleados con la promoción de la salud como esencia de las mismas. Este es el primer gran paso para lograr impactar realmente las acciones que desarrolle la organización en promoción de la salud, pues se trabaja mejor por lo que se cree y se está convencido.

G). Teniendo en cuenta que la Promoción de la Salud implica trabajo en equipo, participación y construcción de redes, es importante que la estrategia de comunicación interna trabaje desde una perspectiva relacional, ofreciendo constantemente espacios de participación que hagan sentir a los empleados miembros activos de la organización, como debe funcionar cualquier organización que tenga un fin social (entre ellas las que trabajan en salud). Es preciso recordar además que es la participación activa la que potencia la acción y la que posibilita el sostenimiento de las acciones emprendidas, en este caso acciones de promoción de la salud.

H). Las instituciones de salud deben definir canales de comunicación tanto verticales, horizontales y transversales que potencien la difusión de información y la integración de sus miembros. Así, resulta de vital importancia el trabajo de los líderes de las organizaciones para potenciar estos canales, en especial la comunicación vertical que es sin lugar a dudas de gran impacto para los empleados. Asimismo es necesario fomentar la comunicación cara a

cara, pues esta tiene un gran impacto sobre la percepción de los empleados, y sobre todo en instituciones sociales donde se requiere un contacto permanente entre unos y otros. En cuanto al tipo de información, es necesario conocer las expectativas de los empleados, sin olvidar que la información sobre la organización (logros, dificultades, impacto social, servicios...) y sobre promoción de la salud resultan claves para los empleados, a la hora de cumplir con sus tareas y hacerlos parte de la misma.

I). Desde la estrategia de comunicación interna se debe apoyar la oferta formativa que ofrezca la organización, la que finalmente redundará en el mejoramiento de la motivación, la calidad de vida y el trabajo de los empleados. Es importante que esta oferta formativa esté acorde a las necesidades reales de la institución sanitaria y a las expectativas de sus empleados, y que tenga un énfasis en los asuntos de promoción de la salud que permitan potenciarla. Especialmente, la estrategia de comunicación interna debe impulsar la formación en habilidades de comunicación y de trabajo en equipo, esenciales para el trabajo en promoción de la salud.

J). De la mano de la participación, las instituciones sanitarias deben fomentar el trabajo en equipo, pues este es básico si se piensa en el trabajo interdisciplinario que demanda la promoción de la salud. Para ello es necesario trabajar en la consolidación de un buen clima laboral y de comunicación que permita cercanía entre todos los miembros de la organización, incluyendo los líderes y jefes.

K). En cuanto a la Integración, las instituciones sanitarias deben ofrecer mecanismos de integración entre sus empleados, lo que fomente las buenas

relaciones interpersonales y profesionales para el trabajo en red que implica la promoción de la salud. Así, los empleados de cualquier institución sanitaria deben estar integrados a las redes de promoción de la salud y las acciones que la institución desarrolle en este campo y posibilitar el trabajo en red entre grupos de la misma institución si es el caso (por ejemplo si la institución cuenta con varios centros de trabajo), y el trabajo en red con otras instituciones externas que tengan el mismo fin; este es uno de los pilares para el éxito en la promoción de la salud.

L). Si la institución sanitaria cuenta con distintos centros de trabajo, además de los procesos de integración descritos anteriormente, es importante que la estrategia de comunicación interna tenga en cuenta las particularidades de cada centro a la hora de definir las acciones, pues el clima de comunicación y las condiciones pueden ser distintos entre unos y otros a pesar de pertenecer a una misma organización.

M). Desde comunicación interna es necesario trabajar por la creación de una imagen favorable para los empleados sobre la organización, buscando que ésta sea acorde con la realidad de la institución y que concuerde con la imagen externa proyectada. Hay que trabajar en este asunto recordando que los empleados son los primeros transmisores de la imagen de la organización, más de aquellas que tienen un contacto directo con el público externo (usuarios), como lo son las instituciones sanitarias. Asimismo se debe potenciar la cultura de atención al usuario, que actualmente es de gran impacto en las instituciones de salud, pero sobre todo concentrar los esfuerzos por construir una cultura de promoción de la salud que impacte a los públicos internos y por extensión a los públicos externos que se benefician de la organización.

N). Finalmente, y como una tarea importante y trascendental para la estrategia, se debe evaluar e investigar constantemente los procesos de comunicación interna en la organización en sus distintas dimensiones (Identificación, Información, Instrucción, Integración e Imagen), con el fin de mejorar la estrategia y potenciarla. La función de Investigación en comunicación interna no debe ser una tarea que quede relegada, y por el contrario debe ser una tarea primordial para cualquier estrategia. Asimismo, se debe realizar un seguimiento a los trabajos de promoción de la salud desarrollados desde la organización con sus públicos externos, pues de esta forma se podrán detectar asuntos que desde la estrategia de comunicación interna se puedan potenciar.

5.3. LIMITACIONES

Sin ninguna duda, esta investigación cuenta con algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados, con el fin de precisar el alcance de las conclusiones y a la vez abrir nuevos caminos de investigación. Se destacan estas cuatro limitaciones:

En primer lugar, el hecho de haber desarrollado el trabajo de campo en una misma área geográfica y en una misma organización. Esta limitación se ve en parte compensada por el hecho de que al tratarse de una sola organización, el investigador pudo seguir de cerca el proceso de recogida de datos, lo que en muchas ocasiones no sucede cuando se trata de diversas organizaciones en

distintas zonas geográficas. A la vez, la elección de una sola organización para el trabajo de campo se debió en parte a que dentro de la zona geográfica elegida (Madrid) esta organización (Madrid Salud) era la única que tenía claramente definido el objeto de estudio (la promoción de la salud) como una de sus funciones, lo que era clave para poder desarrollar la metodología elegida (estudio de caso). Asimismo y teniendo en cuenta que la organización seleccionada cuenta con distintos y variados grupos al interior (centros) que desarrollan la función de promoción de la salud, la investigación abarcó 6 grupos, lo que a la vez permitió comparar los resultados de seis casos (cada uno de los 6 centros) dentro de la misma organización (Madrid Salud).

En segundo lugar, el hecho de que la muestra para la encuesta (una de las técnicas metodológicas elegida) se hizo por conveniencia y no es estadísticamente representativa. Esta limitación se debió en parte a que al ser un estudio de caso, el objetivo era contar con el mayor número de empleados que libremente quisieran suministrar información que enriquecieran la investigación. Del total de empleados de los 6 casos elegidos para el trabajo de campo (6 Centros), se contó con una participación en la encuesta del 80%, cifra representativa en cuanto al total de la población de estudio. Asimismo se tuvo en cuenta los dos perfiles generales de grupos que trabajan en la organización (Madrid Salud cuenta con dos tipos de centros: Centros de Madrid Salud y Centros Monográficos), y se seleccionó por partes iguales su participación dentro de la muestra total del trabajo de campo (de los 6 casos estudiados, 3 fueron Centros de Madrid Salud y 3 fueron Centros Monográficos).

En tercer lugar, la no comprobación de la fiabilidad y concordancia inter e intraevaluador de la encuesta, al utilizar un instrumento construido por el investigador y al no estar validado. Esta limitación se contrasta con el hecho de que al tratarse de un estudio de caso, se utilizó una triangulación, con tres técnicas metodológicas para recoger la información y donde el principal objetivo (incluida la encuesta) era encontrar la mayor cantidad de información posible sobre las variables, tanto de forma cuantitativa como cualitativa. Así se induce a un carácter subjetivo de las medidas empleadas, pues si bien es cierto que su diseño (la encuesta) ha sido realizado en su mayoría a partir de escalas cuya fiabilidad y validez habían sido previamente contrastadas en la literatura, evidentemente, su uso sigue conllevando un elevado grado de subjetividad, tanto a la hora de elegir los ítems que finalmente componen la escala, como en las valoraciones realizadas por el que responde la encuesta. De hecho, todas las medidas se basan en las percepciones subjetivas, por lo que hay que tener en cuenta esta cuestión.

Finalmente, la situación de crisis que vive el sector sanitario en España que condicionó en gran medida las respuestas y percepciones de los participantes en el trabajo de campo. Aunque por un lado, la situación de crisis hizo que se evidenciara más claramente el foco de atención de la investigación (la comunicación interna), por otro, acentuó las percepciones de los participantes (tanto a nivel positivo como negativo) sobre cada una de las variables, lo que con seguridad no hubiera sucedido en una situación normal. Es decir que en este caso, el objeto de estudio es muy cambiante.

5.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación desemboca en la reformulación de la hipótesis planteada al inicio de la misma, y fundamentada a nivel teórico y empírico:

“Existe una relación directa y positiva entre una estrategia de comunicación interna basada en promocionar la salud -que contemple las variables: Identificación, Información, Instrucción, Integración, Imagen e Investigación-, y la labor de promoción de la salud que realizan los empleados de una organización”.

Así, los resultados encontrados en esta investigación dejan paso a nuevos objetos de estudio para la realización de futuras investigaciones que ayuden a nutrir el campo de la comunicación interna en promoción de la salud. Al respecto se destacan dos grupos de trabajos:

El primero está relacionado con investigaciones específicas para cada variable del modelo, lo que permita potenciar su participación dentro del mismo con el objetivo de impactar las acciones de promoción de la salud. Así se abrirían rutas de trabajo que indaguen por ejemplo por cómo lograr una real identificación de los empleados del sector sanitario con la promoción de la salud (por encima de otras tareas como la prevención o la curación), y cómo dicha identificación se conecta directamente con las acciones que realiza en promoción de la salud con individuos y comunidades. En esta misma línea, y como otro ejemplo, otras investigaciones podrían aportar en cómo lograr una verdadera integración de los empleados del sector sanitario a los procesos de

promoción de la salud, buscando mejorar y aumentar su participación en dichos procesos. Asimismo en este grupo cabrían todas las investigaciones que busquen construir escalas de medición fiables y validadas para cada una de las variables del modelo.

El segundo grupo está relacionado con el modelo como tal de las 6 íes propuesto en esta tesis, donde se abre la puerta para que se inicien otros estudios que tiendan a darle un mayor fundamento metodológico y un respaldo desde los resultados de posteriores estudios que apliquen el modelo. Desde esta óptica se podría indagar por el peso de cada uno de los seis componentes (6 variables) dentro del modelo, con el fin de indicar las características específicas y la relevancia de cada uno de ellos dentro de una estrategia de comunicación interna en un escenario de salud. Por otro lado, se debería hacer un trabajo investigativo que busque caracterizar las necesidades y las características específicas con las que debe contar un departamento de comunicación interna cuya filosofía de trabajo sea la promoción de la salud, pues ello ayudaría enormemente a concebirlo desde la estructura, la formación y las funciones, y a perfilar el tipo de profesionales y competencias que deberían tener quienes pertenezcan a él. En esta misma línea, y siendo conscientes del papel importante de los líderes en la comunicación interna, se debería profundizar en las competencias y los aportes que éstos deben conceder a cada una de las 6 variables del modelo, con el fin de que dentro de sus perfiles y funciones esté contemplado el trabajo de comunicación interna para potenciar la promoción de la salud. Finalmente, y con el objetivo de encontrar la productividad del modelo en su máxima expresión, las investigaciones deben indagar por el impacto real del modelo de las 6 íes en la

promoción de la salud, a través de una interacción directa con los principales protagonistas: los ciudadanos y las comunidades, pues sólo así es posible evaluar y mejorar el modelo desde las realidades encontradas y para el objetivo que fue concebido: la promoción de la salud.

6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

- Ahuja, G (2000). Collaboration networks, structural holes, and innovation: A longitudinal study. *Administrative Science Quarterly*. Vol 45, issue 3, pp 425-455.
- Aibar, C (2000). "Educación para la salud". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 61-75). Barcelona: Masson.
- Airhihenbuwa, C & Obregón, R (2000). A Critical Assessment of Theories/Model Used in Health Communication for HIV/AIDS. *Journal of Health Communications*. Vol 5, supplement, pp 5-15.
- Albee, G (1980). "A competency Model to Replace the Defect Model." In: Gibbs, M; Lachenmeyer, J & Sigal, J (Eds), *Community Psychology* (pp 213-238). Nueva York: Gardner Press.
- Alfaro, R (2005). *La salud un asunto público: experiencias universitarias de periodismo cívico*. Perú: Consorcio de Universidades Lima.
- Allport, FH (1962). A structuronomic conception of behavior: individual and collective. I Structural theory and master problema of social psychology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Vol 64, issue 1, pp 3-30.
- Almerana, J (2005). "La comunicación organizacional". En: Almerana, J (coord), *Comunicación interna en la empresa* (pp 47-65). Barcelona: Editorial UOC.
- Alonso Fernández, M; Iglesias, A y Franco, A (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria*. Vol 30, n 8, pp 483-489.
- Alutto, J & Vredemburgh, D (1977). Characteristics of decision participation by nurses. *Academy of Management Journal*. Vol 20, issue 2, pp 341-347.

- Anand, N; Gardner, H & Morris, T (2007). Knowledge-based innovation:
Emergence and embedding of new practice areas in management consulting firms. *Academy of Management Journal*. Vol 50, issue 2, pp 406-428.
- Andrade, H (2005). *Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica*. España: Netbiblo.
- Andrade, H (1991). "Hacia una definición de la comunicación organizacional".
En: Fernández, C (Comp), *La comunicación en las organizaciones* (pp 32-33). México: Trillas.
- Antonovsky, A (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion Int*. Vol 11, issue 1, pp 11-18.
- Antoñanzas, F y Pérez Campaño, J (1992). *La reforma del sistema sanitario*. España: Multiprensa.
- Arboleda, R (2004). *Indicadores de medida aplicados a la gestión de relaciones públicas. Aplicación de un modelo por objetivos y resultados*. Madrid: Ediciones Aenor.
- Armendáriz, E (2010). *Las relaciones públicas y su evaluación*. Madrid: Fragua.
- Arranz, JC (1997). *Gestión de la identidad empresarial y su impacto sobre los resultados*. España: Gestión 2000.
- Arribas, A (2000). Comunicación en la empresa: la importancia de la información interna en la empresa. *Revista Latina de Comunicación Social*. Vol 27. Disponible en:

<http://www.ull.es/publicaciones/latina/aa2000tma/127amaia.html>
(Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Ashby, W (1956). *An introduction to cybernetics*. Londres: Chapman y Hall.

Ashforth, B & Mael, F (1989). Social Identity Theory and the organization.
Academy of Management Review. Vol 14, issue 1, pp 20-39.

Ashton, J y Seymour, A (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson
SG.

Babrow, A & Mattson, M (2003). "Theorizing about health Communication". In:
Thompson, T; Dorsey, A & Miller, K (Eds), *Handbook of Health
Communication* (pp 35-62). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates
INS.

Balkundi, P & Harrinson, DA (2006). Ties, leaders and time in teams: Strong
inference about network structure's effects on team viability and
performance. *Academy of Management Journal*. Vol 49, issue 1, pp 49-
68.

Ballvé, JL; Pujol, G; Romaguera, A; Bonet, A; Rafecas, M y Zarza, E (2008).
Comunicación interna en atención primaria. *Atención primaria*. Vol 40, n
8, pp 401-406.

Bandura, A (1977). *Social Learning Theory*. Nueva Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A & Adams, N (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory to Behavioral
Change. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 1, issue 4, pp 287-310.

Bannel, Y (1989). *Comunicación y marketing interno: la revolución
empresarial de hoy*. Madrid: Gramar.

- Barengo, N; Tuomilehto, J; Nissinen, A y Puska, P (2011). Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares en el proyecto Karelia del Norte. *Revista de comunicación y salud*. Vol 1 , n 1, pp 42-51.
- Barnard, CI (1959). *Las funciones de los elementos dirigentes*. Madrid: C.E.C.
- Barnard, CI (1938). *The functions of the executive*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barney, JB (1991). Firm resources and sustained competitive advantages. *Journal of Management*. Vol 17, issue 1, pp 99-120.
- Baron, R (2008). The role of affect in the entrepreneurial process. *Academy of Management Review*. Vol 33, issue 2, pp 328-340.
- Barranco, FJ (1993). "La comunicación interna en la empresa". En: Barranco FJ (Ed), *Planificación estratégica de recursos humanos: del marketing interno a la planificación*. Madrid: Pirámide.
- Bartoli, A (1992). *Comunicación organizacional: la organización comunicante y la comunicación organizada*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Becker, M; Maiman, LA; Kirscht, JP; Haefner, DP & Drachman, RH (1977). The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 18, pp 348-366.
- Belenes, R y Artells, J (1992). Los movimientos de reforma sanitaria en Europa: el informe Dunning de Holanda. *JANO*, Vol XLIII, pp 1758-1768.

- Berceruelo, B (Coord) (2011). *Comunicación interna en la empresa: claves y desafíos*. España: Wolters Kluwer.
- Bernays, E (1923). *Crystallizing Public Opinion*. Nueva York: Boni y Liveright.
- Bertalanffy, L (1968). *General system theory*. New York: George Braziller.
- Bimbela, J (1996). *Cuidando al cuidador. "Counseling" para médicos y otros profesionales de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bissland, J (1990). Accountability gap: evaluation practices show improvement. *Public Relations Review*. Vol 16, issue 2, pp 25-35.
- Blau, PM (1964). "Exchange and power in social life". In: Whitener, EM; Brodt, SE; Korsgaard, MA & Werner, JM (1998), Managers as initiators of trust: an exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior. *Academy of Management Review*. Vol 23, issue 3, pp 513-530.
- Blum, H (1974). *Planning for health*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Bordia, P; Hunt, E; Paulsen, N; Tourish, D & DiFonzo, N (2004). Communication and uncertainty Turing organizational change: It is all about control. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. Vol 13, issue 3, pp 345-365.
- Borell, F y Gené, J (2008). La Atención Primaria Española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*. Vol 10, n 8, pp 3-7.
- Borell, F (2004). *La entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

- Borgatti, SP & Foster, PC (2003). The network paradigm in organizational research: A review and typology. *Journal of Management*. Vol 29, issue 6, pp 991-1013.
- Branckaerts, J; Gielen, P & Nulkers, D (1986). *WHO and self-help: a summary of the most important papers on self-help and help with WHO Involvement*. Lovaina: ICC.
- Bridges, D; Davidson, R; Odegard, P; Maki, I & Tomkowiak, J (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical education online*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081249/> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).
- Broom, G (1977). Coorientational measurement of public issues. *Public Relations Review*. Vol 3, issue 4, pp 110-119.
- Brown, M (1969). Identification and some conditions of organizational involvement. *Administrative Science Quarterly*. Vol 14, issue 3, pp 346-355.
- Bruno, D; Zapezochny, V; Jait, A; Tufro, L; Casullo, C y Deguer, C (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol 1, n 2, pp 5-18.
- Bryant, J & Miron, D (2004). Theory and research in mass Communications. *Journal of Communication*. Vol 54, issue 4, pp 662-704.
- Burd, A; Cheung, KW; Ho, W; Wong, T; Ying, S & Cheng, PH (2002). Before the paradigm shift: concepts and communication between doctors and nurses in a burns team. *Burns*. Vol 28, issue 7, pp 691-695.

Cabañas, C (2004). Los mandos intermedios son una pieza clave en el proceso de comunicación. *Capital Humano*. Vol 17, n 174, pp. 36-42.

Cadogan, M; Franzi, C; Osterweil, D & Hill, T (1999). Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perceptions between nurses and physicians. *J Am Geriatr Soc*. Vol 47, issue 1, pp 71-75.

Calvo, M (2006). *Repensar las estrategias de comunicación en la promoción de la salud*. Disponible en: <http://d6.comminit.com/es/node/278839> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Campbell, N; McAllister, L & Eley, D (2012). The influence of motivation in recruitment and retention of rural and remote allied health professionals: a literature review. *Rural Remote Health*. Vol 12, issue 2, pp 1900.

Capaldo, A (2007). Network structure and innovation: The leveraging of a dual network as a distinctive relational capability. *Strategic Management Journal*. Vol 28, pp 585-608.

Capilla, MJ (2011). "Estrategias de prevención respecto al consumo de sustancias adictivas a partir del estudio de perfiles de los consumidores". En: Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Coord), *Comunicación y salud, nuevos escenarios y tendencias* (pp 125-138). Madrid: Editorial Complutense.

Carter, D y Levy, G (1988). Cognitive aspects of childrens early sex-roll development: the influence of gender schemas on preschooler`s memories and preferences for sex- typed toys and activites. *Child Development*. Vol 59, issue 3, pp 782-793.

Casasbuenas, L; Hernández, D y Gómez, J (2010). Un módulo de enseñanza en comunicación para la salud. *Revista folios*. N 23, pp 31-44.

- Castells, M (2006). *La sociedad red: una visión global*. España: Alianza Editorial.
- Castells, M (2001). *La era de la información*. Madrid: Alianza Editorial.
- Castro, A; Coe, G y Waisbord, S (Eds) (2003). *Comunicación en salud, lecciones aprendidas y desafíos en el desarrollo curricular*. Informe de Conferencia OMS-Proyecto CHANGE. Disponible en: <http://www.comminit.com/la/node/149697> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).
- Centeno, C y Núñez, J (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Medicina Clínica*. Vol 110, pp 744-750.
- Cheney, G (1983). The rhetoric of identification an the study of organizational Communication. *Quarterly Journal of Speech*. Vol 69, issue 2, pp 143-158.
- Chetty, S (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business Journal*. Vol 15, issue 1, pp 73-85.
- Choi, JN & Kim, MU (1999). The organizational application of groupthink and its limitations in organization. *Journal of Applied Psychology*. Vol 84, issue 2, pp 297-306.
- Choque, R (2011). Las nuevas competencias TIC en el personal de los servicios de salud. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol 1, n 2, pp 47-60.
- Clampitt, PG y Downs, CW (1987). *Communication satisfaction: a review of the literature*. Unpublished paper, Universiyi of Kansas.

Cléries, X; Borell, F; Epstein, RM; Kronfly, E y Martínez, JM (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*. Vol 32, n 2, pp 110-117.

Colomer, C y Álvarez, C (2000). "Promoción de la salud: concepto, estrategias y Métodos". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 27-45). Barcelona: Masson.

Conrad, C & Haynes, J (2001). "Development of key constructs". In: Jablin, FM & Putnam, LL (Eds), *The new handbook on organizational Communications: advances in theory, research and methods* (pp 47-77). Thousand Oaks: Sage.

Corral, C (1994). *El razonamiento médico*. Madrid: Díaz de Santos.

Cortés Rubio, JA; Martín, J; Morente, M; Caboblanco, M; Garijoo, J y Rodríguez, A (2003). Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar?. *Atención Primaria*. Vol 32, n 5, pp 288-95.

Costa, C (2011). *La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Sevilla: Comunicación Social, ediciones y publicaciones.

Costa, J (1995). *Comunicación corporativa y revolución de los servicios*. Madrid: Ed. Ciencias Sociales.

Costa, J (1992). *Imagen pública: una ingeniería social*. Madrid: Fundesco.

Costa, M y López, E (1996). *Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Costa, M y López, E (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, PT & McCrae, RR (1992). Revised NEO personality inventory. *Academy of Management Journal*. Vol 46, issue 5, pp 572-590.
- Covadonga, J y Colomer, C (2000). "Participación comunitaria". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 89-98). Barcelona: Masson.
- Cross, R & Parker, A (2004). *The hidden power of social Networks: understanding how work really gets done in organizations*. Boston: Harvard Business School Press.
- Cross, R; Borgatti, SP & Parker, A (2002). Making invisible work visible: Using social network analysis to support strategic collaboration. *California Management Review*. Vol 44, issue 2, pp 25-46.
- Cutlip, S; Center, A y Broom, G (2006). *Manual de relaciones públicas eficaces*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Daly, J & Korinek, T (1982). "Organizational Communications: a review via operationalizations". In: Greenbaum, H & Falcione, R (Eds), *Organizational Communication: abstracts, análisis, and overview* (vol 7, pp 11-46). Beverly Hills: Sage Publications.
- Danniels, TD & Spiker, BK (1991). *Perspectives on Organizational Communication*. Dubuque: WM. C Brwon Publishers.
- David, K (1972). *Human behaviour al work*. Nueva York: McGraw –Hill.
- Deetz, SA (1982). Critical interpretive research in organizacional

Communications. *Western Journal of Speech Communication*. Vol 46, issue 2, pp 131-149.

Delgado, A; Bellon, JA; López-Montes, MT; Luna, JD; López, L y Lardelli, P

(2006). Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Atención Primaria*. Vol 37 , n 9, pp 489-497.

Del Moral, J (2004). "La comunicación aplicada a las organizaciones desde las

Ciencias de la Información". En: Bel Mallen, J (Coord), *Comunicar para crear valor. La dirección de comunicación en las organizaciones* (pp 35-52). Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.

Del Pozo, A (2009). *La Atención Primaria en España, crónica de un proceso y necesidad de reorientación*. Disponible en:

<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/CuadernoSalud1.pdf>
(Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Del Pozo, M (1997). *Cultura empresarial y comunicación interna*. Madrid:

Fragua.

Del Pozo, J y Ferreras, M (2011). "La telefonía móvil como instrumento de

comunicación para la información y prevención del consumo de drogas". En: Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Cord.), *Comunicación y Salud, nuevos escenarios y tendencias* (pp 112-121). Madrid: Editorial Complutense.

De Marchis, G; Gil, M y Lanzas, F (2007). *Organización y psicología en la comunicación interna*. Madrid: Fragua.

Dennis, HS (1975). *The construction of managerial communication climate*

inventory for use in complex organizations. Paper presented at the annual convention of the International Communication Association, Chicago.

- Dennis, HS (1974). *A theoretical and empirical study of managerial Communications climate in complex organizations*. Unpublished doctoral thesis, Xerox University Microfilms, Ann Arbor, Michigan.
- Denver, G (1976). An Epidemiological Model For Health Policy Analysis. *Soc. Ind. Res.* Vol 2, pp 453-466.
- Dewey, J (1927). *The Public and Its Problems*. Chicago: Swallow.
- Díaz, GJ (2001). Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de atención primaria de Galicia, España. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 75, n 6, pp. 529-540.
- Díaz, H (2011). “La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional”. En: Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Coord), *Comunicación y salud, nuevos escenarios y tendencias* (pp 35-48). Madrid: Editorial Complutense.
- Díaz, H y Uranga, W (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol 1, n 1, pp 113-124.
- Donohew, L; Sypher, HE & Bukoski , WJ (1991). *Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dover, C (1964). “Three eras of Management Communication”. In: Redding, W & Sanborn, G (Eds), *Business and Industrial Communication: A Source Book* (pp 61-65). Nueva York: Haper y Row.
- Dozier, D; Grunig, LA & Grunig, JE (1995). *Manager`s guide to excellence in*

public relation and Communications Management. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Dubos, R (1995). "Mirage of health". In: Davey, B; Gray, A & Seale, C (Eds.), *Health and disease : a reader* (pp 4-9). Londres: Open University Press.

Durbin, J; Barnsley, J; Finlayson, B; Jaakkimainen, L; Lin, E; Berta, W & McMurray, J (2012). Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. *Journal Behav Health Serv Res*. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855384> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Dutton, J; Dukerich, J & Harquail, C (1994). Organizational images and member identification. *Administrative Science Quarterly*. Vol 39, issue 2, pp 239-263.

Ehling, W (1992). "Estimating the value of public relations and Communications to an organization". In: Grunig (Ed), *Excellence in public relations and Communications Management* (pp 617-638). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Elías, J y Mascaray, J (1998). *Más allá de la comunicación interna: la intracomunicación*. Barcelona: Gestión 2000.

Engel, G (1977). The need for a new medical model: a challenger for biomedicine. *Science*. Vol 196, pp 129-136.

Epp, J (1986). "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 25-36). Washington: OPS.

Errasti, F (2000). "Marketing y comunicación en el hospital". En: Jiménez, J

(Dir), *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos* (pp 85-116). Madrid: Díaz de Santos.

Esman, M (1972). "The elements of Institution Building". In: Eaton J (Ed), *Institution Building and Development* (pp 19-40). Beverly Hills: Sage.

Falcione, RL; Sussman, L & Herden, RP (1987). "Communication climate in organizations". In: Jablin, FM; Putnan, LL; Tobers, K & Porte, LW (Eds), *Handbook of organizacional Communications* (pp 195-228). Newbury CA: Sage.

Ferrer, J (2000). *La comunicación interna y externa en la empresa*. Barcelona: Edición Privada.

Fishbein, M & Ajzen, I (1981). "Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion". In: Petty, RE; Ostrom, TM & Brock, TC (Eds.), *Cognitive responses in persuasión* (pp 339-359). Hillsdale NJ: Lawrance Erlbaum.

Fishbein, M & Ajzen, I (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley, Reading.

Fleming, L; Mingo, S & Chen, D (2007). Collaborative brokerage, generative creativity and creative success. *ITHACA: Administrative Science Quarterly*. Vol 52, issue 3, pp 443-474.

Foot, NN (1951). Identifications as the basis for a theory of motivation. *American Sociological Review*. Vol 16, pp 14-21.

Foster, G & Anderson, B (1978). *Medical anthropology*. New York: McGraw-Hill.

Foz, G; Pañella, H; Martín, C, y cols (1991). Atención primaria orientada a la comunidad. Fundamentos conceptuales y metodológicos. *Atención Primaria*. Vol 8, n 3, pp 252-254.

Franklin, JL (1975). Down the organization; influence processes across levels of

- hierarchy. *Administrative Science Quarterly*. Vol 15, issue 2, pp 153-164.
- Friedmann, G (1971). "El objeto de la sociología del trabajo". En: Friedmann, G y Naville, P (Eds), *Tratado de Sociología del trabajo*. México: F.C.E.
- Fulk, J & Mani, S (1986). "Distortion of Communications in hierarchical relationships". In: McLaughlin, M (Ed.), *Communication Yearbook 9* (pp 483-510). Beverly Hills: Sage Publications.
- Gali, JM (2008). Comunicación interna. *Farmacia Profesional*. Vol 22, n 2, pp. 26-27.
- Galindo, A (2000). "Centros de salud saludables". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 117-130). Barcelona: Masson.
- García, I & March, JC (1999). *Delphi study report "skills for investment for health projet"*. Granada: IUHPE Euro office.
- García, J y Rodas, I (2011). Auditoría administrativa y de comunicación organizacional: el caso del Programa de Telemedicina en México. *Revista Comunicación y Salud*. Vol 1, n 2, pp 19-31.
- García, J (1998). *La comunicación interna*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gelinier, O (1980). *La nueva dirección de la empresa*. Madrid: APDO.
- George, J & Zhou, J (2007). Dual tuning in a supportive context: Joint contributions of positive mood, negative mood, and supervisory behaviours to employee creativity. *Academy of Management Journal*. Vol 50, issue 3, pp 605-622.

Gervás, J y Pérez, M (2008). La necesaria Atención Primaria en Salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*. Vol 10, n 1, pp 8-12.

Gervás, J; Pérez, M; Palomo, L y Pastor, R (2005). *20 Años de reforma de la Atención Primaria en España: valoración de un aprendizaje por acierto/error*. Disponible en: <http://www.fb4d.com/pdf/20years.pdf> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Glaser, B & Strauss, A (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Gol, J. (1976). *Proposta de definició de salut somàtica. Funció social de la medicina*, Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà), Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears- Societat Catalana de Biologia, pp 141-142.

Goldhaber, G (1979). *Organizational Communications*. Dubuque: Brown.

Gómez, LI y Rabanaque, MJ (2000). "Concepto de salud". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 3-12). Barcelona: Masson.

Gómez, S (2006). "Gestión del personal: el papel de los recursos humanos y las relaciones laborales en la orientación estratégica del sector sanitario". En: Ribera, J; Gutiérrez, J y Rosenmoller, M (Coord), *Gestión en el sector de la salud* (vol 2, pp 375-404). Madrid: Pearson Educación.

Gómez Sancho, M (2000). *Cómo dar malas noticias en medicina*. Madrid: Arán.

González, J (2009). *La Atención primaria de salud en España*. Disponible en: http://misaludnoesunnegocio.net/media/blogs/multimedia/APS_Espana.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

- Gonzalo, P (2002). La utilidad de la comunicación interna para los directivos. *Harvard Deusto Business Review*. N 107, pp 36-45.
- Goodman, R & Ruch, R (1981). In the image of the CEO. *Public Relations Journal*. Vol 37, pp 14-19.
- Grimaldi, D (2000). "Marketing social para la promoción de la salud". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds.), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 99-113). Barcelona: Masson.
- Grunig, JE y Hunt, T (2003). *Dirección de relaciones públicas*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000 S.A.
- Gumucio, A (2010). Cuando el doctor no sabe: comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación, participación. *Revista Culturas Contemporáneas*. Vol XVI, n 31, pp 67-93.
- Guzley, RM (1992). Organizational climate and communication climate: predictors of commitment to the organization. *Management Communication Quarterly*. Vol 5, issue 4, pp 379-402.
- Habernas, J (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Boston: Beacon Press.
- Hernández, D (2008). *La relación entre el sistema formal de comunicación interna, el clima de comunicación y la identificación de los empleados en las organizaciones*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, España.
- Hernández, S; Conrad, D; Marcus-Smith, M; Reed, P & Watts, C (2012).

Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. *Health Care Manage Rev.* Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22669050> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Herzberg, F (1966). *Work and the Nature of man*. Cleveland: World Publishing.

Huang, C; You, C & Tsai, M (2012). A multidimensional analysis of ethical climate, job satisfaction, organizational commitment, and organizational citizenship behaviors. *Nursing Ethics*. Vol 19, issue 4, pp 513-529.

Illich, I (1986). *Némesis médica*. México: Joaquín Martín Planeta.

Ind, N (1992). *La imagen corporativa. Estrategias para desarrollar programas de identidad eficaces*. España: Díaz de Santos.

Inforpress Comunicación de Salud (2004). *La comunicación en los centros hospitalarios españoles*. Disponible en: http://www.saludygestion.com/archives/2005/03/la_comunicacion.html (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Inkpen, A & Tsang, E (2005). Social capital, networks, and knowledge transfer. *Academy of Management Review*. Vol 30, issue 1, pp 146-165.

Jablin, FM & Putnam, LL (Eds) (2001). *The new handbook on organizational Communications: advances in theory, research and methods*. Thousand Oaks: Sage.

Jablin, FM (1982). "Organizational Communications. An assimilation approach". In: Roloff, M & Berger, C (Eds), *Social Cognition and Communications* (pp 255-286). Beverly Hills: Sage Publications.

Jacob, M & Pampling, D (1989). *The practice of Primary Dental Care*. Londres:

Wright.

Jones, A & James, L (1979). Psychological climate: dimensions and relationships of individual and aggregated work environment perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance*. Vol 23, issue 2, pp 201-250.

Joubert, E; Du, EA & Van Wyk, N (2005). Verbal abuse of nurses by physicians in a private sector setting. *Curationis*. Vol 28, issue 3, pp39-46.

Katz, AH & Bender, E (1976). *The strength in US: Self-Help Groups in the Modern World*. New York: New Viewpoints.

Katz, D & Kahn, R (1966). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Kickbusch, I (1986). "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 15-24). Washington: OPS.

Kilduff, M & Tsai, W (2005). *Social networks and organizations*. London: Sage Publications.

Kim, WC & Mauborge, R (1993). Procedural justice, attitudes, and subsidiary top Management compliance with multinationals`corporate strategic decisions. *Academy of Management Journal*. Vol 36, issue 3, pp 502-526.

Kinnersley, P; Peters, S & Harvey, I (1999). The patient – centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice*. Vol 49, pp 711-716.

- Kirschbaum, K; Bask, J; Brenann, M; Phelan, S & Fortner, S (2012). Improved climate, culture, and communication through multidisciplinary training and instruction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Disponible en [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)00650-3/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)00650-3/abstract) (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).
- Korsgaard, AM; Broodt, SE & Whitener, EM (2002). Trust in the face of conflict- the role of managerial trustworthy behavior and organizational context. *Journal of Applied Psychology*. Vol 87, issue 2, pp 312-319.
- Kotler, P & Zaltman, G (1971). Social Marketing: an approach to planned social change. *J Marketing*. Vol 35, pp 3-12.
- Kreps, G (2010). "Health Communication Theories". In: Littlejohn, S & Foss, K (Eds), *Encyclopedia of Communication Theory* (pp 581-584). California: SAGE.
- Kreps, G; Bonaguro, E & Query, J (1998). "The history and development of the field of Health Communication". In: Jackson & Duffy (Eds), *Health Communication research: guide to developments and directions* (pp 1-15). Westport, CT: Greenwood Press.
- Labonte, R (1987). "Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 153-165). Washington: OPS.
- Laframboise, H (1973). Health policy: braking the problema down in more manageable segments. *Can Med Assoc J*. Vol 108, pp 288-393.
- Lalonde, M (1974). "El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 3-5). Washington: OPS.

- Lebel, M y Lebel, P (1992). *Organizar la comunicación interna*. Barcelona: Gestión 2000.
- Lee, SM (1971). An empirical analysis of organizational identification. *Academy of Management Journal*. Vol 14, issue 2, pp 213-226.
- Lerbinger, O (1977). Corporate Use of Research in Public Relations. *Public Relations Review*. Vol 3, issue 4, pp 11-19.
- Leston, S & Holloway, I (2001). The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres. *J Interprof Care*. Vol 15, issue 1, pp 19-27.
- Levinson, W; Roter, D; Mullooly, J; Dull, V & Frankel, R (1997). Physician patient Communications, the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of American Medical Association*. Vol 277, pp 553-559.
- Levionnois, M (1987). *Marketing interne et Management des hommes*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Likert, R (1967). *The Human Organization*. Nueva York: McGraw Hill.
- Limón, M (2009). "Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud". En: Perea, R (Dir.), *Promoción y educación para la salud, tendencias innovadoras (pp 63-105)*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Lindernmann, W (1997). Setting minimum standars for measuring public relations effectiveness. *Public Relations Quarterly*. Vol 23, issue 4, pp 391-408.

Lindenmann, W (1993). An effectiveness yardstick to measure public relations success. *Public Relations Quarterly*. Vol 38, issue 1, pp 7-9.

Lingán, J (2003). *Implicaciones conceptuales y metodológicas de la comunicación estratégica en la gestión de la imagen corporativa interna de los servicios sanitarios. El caso del hospital Valle del Hebrón*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

López-Acuña, D; Pittman, P; Gómez, P; Machado, H y López, L (2000). *La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud*. 5.a Conferencia Mundial de Promoción de Salud. México. Disponible en: www.paho.org/spanish/hpp/5thGlobalConfSp7.doc (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Lorenzo, A y Otero, A (2007). Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): análisis temático y bibliométrico. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 81, n 2, pp 131-145.

Losada, J (2002). *Prensa e imagen corporativa en la universidad: los públicos internos*. Murcia: Universidad de San Antonio.

Lucas Marín, A (1997). *La comunicación en la empresa y en las organizaciones*. Barcelona: Editorial Bosch.

Macnamara, J (1992). Evaluation of public relations. The Achilles heel of the PR profession. *International Public Relations Review*. Vol 15, issue 4, pp 17-37.

Madrid Salud (2012). *Servicios de promoción de la salud*. Disponible en:

http://www.madridsalud.es/centros/centros_ms_CMS.php (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Madrid Salud (2011). *Memoria Madrid Salud 2011*. Disponible en:

http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Memorias%20anuales%20de%20Madrid%20Salud/Ficheros/memoria_anual_madridsalud_2011_4_mayo.pdf (Recuperado el 15 de septiembre de 2012).

Mael, FA & Ashforth, BE (1992). Alumni and their alma Mater: a partial test of the reformulated modelo of Organizational Identification. *Journal of Organizational Behavior*. Vol 13, issue 2, pp 113-123.

Magallón, S (2006). Concepto y elementos de relaciones públicas. *Análisis*. Vol 34, pp 103-109.

Mahmood-Yousuf, K; Munday, D; King, N & Dale, J (2008). Interprofessional relationships and communication in primary palliative care: impact of the Gold Standards Framework. *British Journal of General Practice*. Vol 58, issue 549, pp. 256-263.

Malinowski, B (1934). "Prólogo". In: Hogbin, I, *Law and order in Polynesia* (pp 5-8). Londres: Christophers.

Manthey, M (2012). Foundations of interprofessional communication and collaboration. *Creative Nursing*. Vol 18, issue 2, pp 64-67.

March, JC y Prieto, MA (2012). "Un equipo con emoción". En: March, JC (Ed), *Equipos con emoción* (pp 11-44). Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.

March, JC; Prieto, MA; Pérez, O; Minué, S y Danet, A (2011). La comunicación

interna en centros de Atención Primaria en España. *Revista de comunicación y salud*. Vol 1, n 1, pp 18-30.

March, JC; Prieto, MA; Danet, A; Pérez, O y Martín, F (2002). *Los directivos hospitalarios y la comunicación interna: una asignatura pendiente*. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2994181> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

March, JC; Prieto, MA y Gutiérrez, P (2000). Profesionales y gestores ante la comunicación interna en el Programa de Salud Maternoinfantil de Andalucía. *Atención Primaria*. Vol 25, n 1, pp 16-21.

Marqués, F (2001). "Marco teórico de la promoción y la educación para la salud". En: Sáez, S; Font, P; Pérez, R y Marqués, F (Eds.), *Promoción y educación para la salud* (pp 19-41). Lleida: Editorial Milenio.

Marqués, MP (2009). *Influencia de las redes sociales en el rendimiento de las organizaciones: un estudio del sector sanitario*. Tesis doctoral, Universidad de León, España.

Martín, A y Cano, J (1989). *Manual de atención primaria: organización y pautas de atención en la consulta*. Barcelona: Doyma.

Martín, C & Dinella, L (2001). "Gender development: gender schema theory". In: Worrell (Ed), *Encyclopedia of woman and gender: sex similarities and differences and the impact of society on gender* (pp 502-521). San Diego: Academic Press.

Martín, C & Halverson, C (1981). A schematic processing modelo f sex-tipping and stereotyping in children. *Child Development*. Vol 52, issue 4, pp 1119-1134.

Martin, D; O'Brien, J; Heyworth, J & Meyer, N (2008). Point counterpoint: the

function of contradictions on an interdisciplinary health care team. *Qual Health Res.* Vol 18, issue 3, pp 369-379.

Martín, F (1998). *Comunicación empresarial e institucional*. Madrid: Universitas.

Martín, M; Ruiz, V y Sánchez, M (2005). Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia. *Revista de Administración Sanitaria*. Vol 3, n 2, pp 303-313.

Martínez Carazo, PC (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*. N 20, pp 165-193.

Mayntz, R (1972). *Sociología de la organización*. Madrid: Alianza.

Mazarrasa, L (1992). *Educación para la salud en Atención Primaria. Programa de Enfermería en Salud Comunitaria*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.

McAlister, A; Puska, P; Salonen, J; Tuomilehto, J & Koskela, K (1982). Theory and action for health promotion. Illustrations from the North Kaleria Project. *American Journal of Public Health*. Vol 72, issue 1, pp 43-50.

McCombs, M & Shaw, D (1972). The Agenda Setting function of the Mass Media. *Public Opinion Quarterly*. Vol 36, issue 2, pp 176-187.

McGregor, D (1960). *The Human Side of Enterprise*. Nueva York: McGraw Hill.

McGuire, W (1981). "Theoretical Foundations of Public Communication Campaigns". In: Rice, E & Paisley, WJ (Eds.), *Public Communication Campaigns* (pp 22-48). Beverly Hills: Sage.

Medina, P (2012). "La comunicación interpersonal como fuente de motivación del personal hospitalario . El caso Europeo". En: Cuesta, U; Gaspar, S y Ugarte, A (Coord), *Comunicación y Salud, estrategias y experiencias en prevención, promoción y educación para la salud* (pp 91-106). Madrid: Fragua.

Menarguez, J y Saturno, P (1999). Description of the organizational climate in primary care teams in an autonomous community. *Atención Primaria*. Vol 23, n 5, pp 280-284.

Menéndez, T y Cuesta, U (2011). "Educación para la salud en jóvenes a través de los medios sociales: desarrollo de un caso práctico sobre prevención de drogodependientes". En: Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Cord), *Comunicación y Salud, nuevos escenarios y tendencias* (pp 144-163). Madrid: Editorial Complutense.

Merriam, SB (1988). *Case study research in education*. San Francisco: Jossey-Bass.

Miller, K (2002). *Communication Theories*. Nueva York: Mc Graw Hill.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). Organización del *Sistema Nacional de Salud España*. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf (Recuperado el 1 de febrero de 2013).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). *Sistema Nacional de Salud España*. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Sistema_Nacional_de_Salud_2010.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010 b). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Disponibles en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/inform>

[eAnual2008/informeAnualSNS2008.pdf](#) (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Mitchell, G; Burridge, L; Colquist, S & Love, A (2012). General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health y Social Care in the Community*. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22804847> (Recuperado en 10 de septiembre de 2012).

Modolo, M & Sepilli, A (1983). *Educazione sanitaria*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Molina, F (coord.) (1998). *La docencia en la práctica clínica*. Barcelona: Ed. EDIDE.

Monnier, J (1982). *Santé Publique santé de la communauté*. Paris: Simep.

Mooney, JD (1937). "The principles of Organization". In: Gulick, L & Urwick, L (Eds), *Papers on the Science of Administration* (pp 89-98). Nueva York: Institute of Public Administration, Columbia University.

Morató, J (2010). *Comunicació I Estrategia*. Barcelona: UOC.

Moreno, A y Peres, F (2011). El estado de arte de la comunicación de riesgos en la región de América Latina. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol 1, n 1, pp 52-68.

- Múnera, UP (2005). *El comunicador corporativo: entre la teoría y la práctica*.
Medellín: Editorial Zuluaga.
- Munoz-Seco, E; Coll, JM; Torrent, M y Linares, L (2006). Influence of
organizational climate on job satisfaction among health professionals.
Atención Primaria. Vol 37, n 4, pp 209-214.
- Nahapiet, JE & Ghoshal, S (1998). Social Capital, Intellectual Capital, and the
organizational advantage. *Academy of Management Review*. Vol 23,
issue 2, pp 242-266.
- Naidoo, J & Wills, J (1994). "Models and approaches to health promotion". In:
Naidoo & Wills (Eds), *Health Promotion. Foundations for Practice* (pp 91-
112). Londres: Baillière Tindall.
- National Cancer Institute and Centers for Disease Control and Prevention
(2004). *Making Health Communication Programs Work*. EEUU: NCI.
- Navas, A (2011). "El imaginario social de la salud en la cultura moderna". En:
Cuesta, U; Menéndez, T y Ugarte, A (Cord), *Comunicación y Salud,
nuevos escenarios y tendencias* (pp 15-31). Madrid: Editorial
Complutense.
- Noble, J (1999). Cooperation, conflicto and the evolution of Communication.
Adaptive Behavior. Vol 7, issue 3/4, pp 349-370.
- Noguero i Grau, A (2000). Relaciones Públicas, evaluación de la calidad del
servicio (normas ISO 9000) y grado de satisfacción del cliente. *Revista
Universitaria de Publicidad y Relaciones Públicas*. 2da época, n 7, pp
55-92.
- Nosnik, A (1991). "El análisis de sistemas de comunicación en las

Organizaciones". En: Fernández, C (Comp), *La comunicación en las organizaciones* (pp 111-138). México: Trillas.

Nutbeam, D (1986). Health promotion glossary. *Health Promotion*. Vol 1, pp 113-127.

Obregón, R (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Revista Folios*. N 23, pp 13-29.

Obregón, R; Arroyave, J y Barrios, M (2010). Periodismo y comunicación para la gestión de riesgo en la subregión andina: discursos periodísticos y perspectivas para un enfoque prospectivo y preventivo. *Revista Folios*. N 23, pp 105-135.

Obregón, R y Waisbord, S (2010). The complexity of Social Mobilization in Health Communication: Top – Down and Bottom – Up Experiences in Polio Eradication. *Journal of Health Communication*. Vol 15, supplement 1, pp 25-47.

Ongallo, C (2007). *Manual de comunicación: guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones*. Madrid: Dykinson.

O'Reilly, C & Chatman, J (1986). Organizational commitment and psychological attachment. The effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*. Vol 71, issue 3, pp 492-499.

Organización Mundial de la Salud OMS (1998). *Promoción para la salud*.

Glosario. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1997). *Declaración de Jacarta de la 4ª*.

Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1991). *Community involvement in health development: challenging health services*. WHO technical Report Series, 809. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (1988). *Declaración de Adelaida de la 2ª. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/3_recomendaciones_de_Adelaide.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1986). *Regional strategy for attaining health for all by the year 2000*. Copenhagen: OMS-Oficina Regional para Europa.

Organización Mundial de la Salud OMS, (1986 b). *Carta de Otawa para la promoción de la Salud*. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1984). *Health Promotion: a discussion document on the concept and principles*. Supplement to Europe News, 3. Copenhagen: OMS.

Organización Mundial de la Salud OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud APS*. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1977) .*Salud para todos en el año*

2000. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v3n5.pdf
(Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Mundial de la Salud OMS (1946) .*Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional*. Disponible en :
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
(Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Panamericana de la Salud OPS/Organización Mundial de la Salud OMS (2007). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud OPS (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de adolescentes*. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/comSocial.pdf>
(Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Organización Panamericana de la Salud OPS (1992). *Declaración de Santafé de Bogotá*. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Pacanowsky, ME & O`Donnell-Trujillo, N (1984). Organizational Communication as cultural performance. *Communication Monographs*. Vol 50, issue 2, pp 126-147.

Pace, RW (1983). *Organizational Communications: foundations for human resource development*. NJ: Prentice Hall.

Pajares, DR; March, JC y Gómez, ME (1998). Auditoría de comunicación interna en un hospital. *Gaceta Sanitaria*. Vol 12, n 5, pp 231-238.

Pancer, S y Nelson, G (1990). "Enfoques de la promoción de la salud basados en la comunidad: guía para la movilización comunitaria". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 166-182). Washington: OPS.

Pascale, W (1992). *La comunicación global. Comunicación institucional y de gestión*. España: Paidós Ibérica S.A.

Pastor, G (2002). La comunicación interna: ¿una asignatura pendiente en nuestras administraciones públicas?. *Capital Humano*. Vol 15, n 153, pp 74-78.

Patchen, M (1970). *Participation, Achievement and Involvement in the job*. NJ: Prentice Hall.

Perea, R (2009). "Promoción y educación para la salud: algunos pilares básicos". En: Perea, R (Dir), *Promoción y educación para la salud, tendencias innovadoras* (pp 3-26). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Pérez, R (2001). "Psicología de la Salud". En: Sáez, S; Font, P; Pérez, R y Marqués, F (Eds), *Promoción y educación para la salud* (pp 43-63). Lleida: Editorial Milenio.

Pfeffer, J (1981). *Power in organizations*. Marshfield MA: Pitman.

Pfiffner, J & Sherwood, F (1961). *Organización Administrativa*. México: Herrero Hermanos Sucesores.

Piédrola, G; Del Rey, J y Domínguez, M (1991). "La salud y sus determinantes". En: Piédrola, G; Rey, J; Domínguez, M (Eds), *Medicina preventiva y salud pública* (9ª ed, pp 3-5). Barcelona: Masson-Salvat.

- Pincus, JD (1986). Communication satisfaction, job satisfaction, and job performance. *Human Communication Research*. Vol 12, issue 3, pp 395-419.
- Porter, L; Lawler, E & Hackman, R (1975). *Behavior in organizations*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Porter, L; Steers, R; Mowday, R & Boulian, P (1974). Organizational Commitment, Job Satisfaction, and Turnover among Psychiatric Technicians. *Journal of Applied Psychology*. Vol 59, issue 5, pp 603.
- Postmes, T; Tanis, M & De Wit, B (2001). Communication and commitment in organization: a social identity approach. *Group Processes and Intergroup Relations*. Vol 4, issue 3, pp 227-246.
- Prieto, M y March, J (1997). Auditoría de comunicación interna: analizar la comunicación en el hospital para buscar soluciones a los problemas. *Gestión Hospitalaria*. N 1, pp 46-52.
- Prochaska, JO & DiClemente, CC (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood: Dow Jones Irwin.
- Public Relations Consultants Association (2007). *Evaluation. A best practice guide to evaluating the effects of your campaigns*. London: PRCA.
- Puska, P (1995). Communication with the population: the North Karelia Project experience. *Journal of Human Hypertension*. Vol 9, issue 1, pp 63-69.

- Puska, P; Nissinen, A; Tuomilehto, J; Salomen, J; Koskela, K; McAlister, A; Kottke, T; Maccoby, N & Farquhar, J (1995). "Estrategia basada en la comunidad para prevenir las cardiopatías isquémicas: conclusión de los 10 años del proyecto Carelia del Norte". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 99-139). Washington: OPS.
- Putnam, L (1982). Paradigms for organizational Communications research: An overview and síntesis. *Western Journal of Speech Communication*. Vol 46, issue 2, pp 192-206.
- Quijano, S; Navarro, J y Cornejo, J (2000). Un modelo integrado de compromiso e identificación con la organización: análisis del cuestionario ASH-ICI. *Revista de Psicología Social Aplicada*. Vol 10, n 2, pp 27-61.
- Quijano, S (1993). *La psicología social en las organizaciones: fundamentos*. Barcelona: PPU.
- Quintanilla, I (1991). *Recursos humanos y marketing interno*. Madrid: Pirámide.
- Quintanilla, I (1988). *Psicología y marketing. Evaluación de la conducta del consumidor y otras extensiones*. Valencia: Promolibro.
- Rama-Maceiras, P; Parente, S & Kranke, P (2012). Job satisfaction, stress and burnout in anaesthesia: relevant topics for anaesthesiologists and healthcare managers?. *European Journal of Anaesthesiology*. Vol 29, issue 7, p311-319.
- Reed, R (2001). (Un)professional discourse? Journalist's and scientists' stories about science in the media. *Journalism*. Vol 2, issue 3, pp 279-298.
- Requena, F (2008). *Redes Sociales y Sociedad Civil*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Rialp Criado, A(1998). *El Método del Caso como técnica de investigación y su aplicación al estudio de la función directiva*. Ponencia presentada en el IV Taller de Metodología ACEDE, celebrado en Arnedillo (La Rioja). Universidad Autónoma de Barcelona.

Rifkin, S; Muller, F & Bichmann, W (1988). Primary health care: on measuring participation. *Soc Sci Med*. Vol 26, issue 9, pp 931-940.

Robbins, SP (1999). *Comportamiento organizacional* (8a ed.). México: Prentice-Hall.

Roberson, QM & Colquitt, JA (2005). Shared and configural justice: A social network model of justice in teams. *Academy of Management Review*. Vol 30, issue 3, pp 595-607.

Robles, E; García, F y Bernabeu, J (1996). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 70, n 2, pp. 221-233.

Roca, F (2000). "Grupos de ayuda mutua". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 77-88). Barcelona: Masson.

Rodríguez, F y Abecia, L (2000). "Determinantes de la salud". En: Colomer, C y Álvarez, C (Eds), *Promoción de la Salud y cambio social* (pp 13-25). Barcelona: Masson.

Rodríguez, R (2011). La efectividad del uso del miedo como factor persuasivo en la comunicación de riesgos en las crisis sanitarias. *Revista Comunicación y salud*. Vol 1, n 2, pp 33-46.

Rogers, E (1983). *Diffusion of Innovations* (3ra. edición). Nueva York: The Free Press.

- Rogers, EM & Dearing, JW (1998). "Agenda-Setting Research: Where Has It Been? Where Is It Going?". In: Anderson, JA (Ed.), *Communication Yearbook* (pp 555-594). California: Sage.
- Rojas, A y Vargas, E (2010). Salud, género y medios de comunicación. *Revista Folios*. N 23, pp 45-68.
- Romeo, M (2005). "Concepto y delimitación de organización". En: Almerana, J (Coord), *Comunicación interna en la empresa* (pp 13-45). Barcelona: Editorial UOC.
- Romeo, M (2005 b). "Hacia la comunicación global, marketing interno". En: Almerana, J (Coord), *Comunicación interna en la empresa* (pp 117-146). Barcelona: Editorial UOC.
- Romera, P (1996). *Fundamentos de enfermería en Atención Primaria*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.
- Rose, L (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?. *Nursing in Critical Care*. Vol 16, issue 1, pp 5-10.
- Ruiz, J y Aguilar, G (2010). *Participación comunitaria: documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado Español*. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos13-2.pdf> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).
- Ruiz Moral, R; Salido I; Aguado, C; Pérula, L; Alba, A y Guerra, F (2002). *Estudio sobre la calidad de la comunicación clínica de los médicos residentes: valoración de su evolución y eficacia de un programa formativo en entrevista clínica*. Sevilla: Consejería de Salud.

- Sáez, S (2001). "La comunicación y la educación para la salud". En: Sáez, S; Font, P; Pérez, R y Marqués, F (Eds.), *Promoción y educación para la salud* (pp 215-238). Lleida: Editorial Milenio.
- Salleras, L (1990). *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sanz de la Tajada, L (2002). *Estrategias de comunicación i imatge empresariales*. España: UOC.
- Sanz de la Tajada, L (1996). *Auditoría de la imagen de empresa. Métodos y técnicas de estudio de la imagen*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sargeant, J ; MacLeod, T & Murray, A (2011). An interprofessional approach to teaching communication skills. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Vol 31, issue 4, pp 265-267.
- Schein, E (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza & Janés.
- Schiffman, L y Kanut, L (2005) . *Comportamiento del Consumidor* (8ª. Ed). México: Prentice Hall.
- Schudson, M (2003). *The sociology of news*. New York: Norton.
- Segura del Pozo, J (2012). No olvides que habías venido a desecar la ciénaga. *Salud Pública y algo más*. Disponible en http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/11/19/133499#more-133499 (Recuperado el 1 de febrero de 2013).

- Segura Gálvez, M (2006). "Determinantes de la motivación en las organizaciones sanitarias: cooperación y trabajo en equipo". En: Pérez, E y Ángel, L (Eds), *Función directiva y recursos humanos en sanidad* (pp 87-150). Madrid: Díaz de Santos.
- Segura Gálvez, M (2004). "Claves para la gestión clínica". En: Ruiz, L (Ed), *Claves para la gestión clínica*. España: McGraw Hill.
- Shade, S; Chakravarty, D; Koester, K; Steward, W & Myers, J (2012). Health information exchange interventions can enhance quality and continuity of HIV care. *International Journal of medical informatics*. Disponible en [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(12\)00130-X/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(12)00130-X/abstract) (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).
- Shannon, C & Weaver, W (1949). *The mathematical theory of Communications*. Urbana: University of Illinois Press.
- Shea, S; Weinstock, R & Starren, J (2006). Randomized Trial Comparing, Telemedicine Case Management. *Journal of the American Medical Informatics*. Vol 13, issue 1, pp 40-51.
- Shih, T; Wijaya, R & Dominique, B (2008). Media Coverage of Public Health Epidemics: linking framing and Issue Attention Cycle Towards and Integrated Theory of Print News Coverage of Epidemics. *Mass Communication & Society*. Vol 11, issue 2, pp 141-160.
- Sigerist, HE (1946). *The University at the Crossroads*. New York: Henry Schuman.
- Silva, V (2001). Comunicación y salud. *Inmediaciones*. Año 3, n 3, pp 120-136.
- Simon, H (1947). *Administrative behavior*. Nueva York: McMillan.

- Simone, D y Hersh, L (2004). *Definir y seleccionar las competencias fundamentales para la vida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Singhal, A; Bruscell, P & Lindberg, C (2010). *Inviting Everyone: Healing Healthcare through Positive Deviance*. EEUU: Plexus Press.
- Sinhgal, A; Cody, M; Rogers, E & Sabido, M (Eds) (2004). *Entertainment – Education and social Change: History, research and practice*. EEUU: Lawrence Erlbaum Associates.
- Singhal, A & Rogers, E (2002). A theoretical Agenda for Entertainment – Education. *Communication Theory*. Vol 12, issue 2, pp 117-135.
- Smidts, A; Pruyn, A & Riel, C (2001). The impact of employee Communications and perceived external prestige on organization identification. *Academy of Management Journal*. Vol 29, issue 5, pp 1051-1062.
- Smith, RL; Richetto, GM & Zima, JP (1972). “Organizational behavior an approach to human Communications”. In: Budd, R & Ruben B (Eds) *Approaches to human communication* (pp 269-289). New York: Spartan.
- Smith, WA; Helquist, MJ; Jimerson, AB; Carovano, K; y Middlestadt, SE (1993). *A World Against Aids: Communication for Behavior Change*. Washington: Academy for Educational Development.
- Solomon, P & Salfi, J (2011). Evaluation of an interprofessional education communication skills initiative. *Educ Health*. Vol 24, issue 2, pp 616-618.
- Somoza, F (1993). *Director de comunicación*. España: Ediciones Edipo.

Sparrowe, R; Liden, R; Wayne, S & Kraimer, M (2001). Social networks and the performance of individuals and groups. *Academy of Management Journal*. Vol 44, issue 2, pp 316-325.

Springett, J (1998). *¿Qué tipo de calidad para qué tipo de promoción de la salud?*. Documento elaborado para el Comité Europeo para el desarrollo de la promoción de la salud en Brighthon. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Srivastava, A; Bartol, KM & Locke, EA (2006). Empowering leadership in management teams: Effects on knowledge sharing, efficacy, and performance. *Academy of Management Journal*. Vol 49, issue 6, pp 1239-1251.

Staw, BM & Barsade, SG (1993). Affect and managerial performance: A test of the sadder-but-wiser vs. happier-and-smarter hipótesis. *Administrative Science Quarterly*. Vol 38, issue 2, pp 304-331.

Stevenson, A; Phillips, C & Anderson, K (2011). Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722448> (Recuperado el 10 de septiembre de 2012).

Stewart, M; Brown, J & Donner, A (2000). The impact of patient – centered care on patient outcomes. *Journal of Family Practice*. Vol 49, issue 9, pp 796-804.

Stewart, M (1995). Effective physician patient Communications and health outcomes: a review. *Journal of Canadian Medical Association*. Vol 152, issue 9, pp 1423-1433.

Suárez, N (2011). Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias

sin frontera en la promoción de la salud. *Revista de comunicación y salud*. Vol 1, n 1, pp 101-112.

Sylla, A; Robinson, E; Raney, L & Seck, K (2012). Qualitative study of health information needs, flow, and use in Senegal. *Journal of Health Communication*. Vol 17, Suppl 2, pp 46-63.

Tajfel, H & Turner, J (1979). "An integrative theory on intergroup conflict". In: Austin, W & Worchel, S (Eds), *The social Psychology of intergroup relations* (pp 33-47). Monterey: Brooks/Cole.

Tajfel, H (1972). "Experiments in a vacuum". In: Isreal, J & Tajfel, H (Eds), *The context of Social Psychology*. London: Academy Press.

Tanis, M & Postmes, T (2005). A social identity approach to trust: interpersonal perception, group membership and trusting behavior. *European Journal of Social Psychology*. Vol 35, issue 3, pp 413-424.

Taylor, S (1995). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill.

Terris, M (1992). "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública" En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 37-44). Washington: OPS.

Terris, M (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.

Tompkins, P (1967). "Organizational Communications. A state of the art review". In: Richetto (Ed), *Conference on organizacional Communications* (pp 4-26). Monografía NASA: GcMarshall Space Flight Center.

- Tufte, T (2004). Eduentrenimiento en la comunicación para VIH/SIDA más allá del mercadeo, hacia el empoderamiento. *Investigación y Desarrollo*. Vol 12, n 1, pp 24-43.
- Ugarte, A (2011). Si la sostenibilidad es la pregunta, ¿puede ser la comunicación una de las respuestas?. *Revista de comunicación y salud*. Vol 1, n 2, pp-1-3.
- Van Dick, R (2004). "Mi job is my castle: identification in organizational contexts". In: Cooper, C & Robertson, I (Eds), *International Review of industrial and organizational psychology* (vol 9, pp 171-203). Chichester: Wiley.
- Van Riel, C (1997). *Comunicación corporativa*. España: Prentice.
- Varona, F (1993). Conceptualización y supervisión de la comunicación en el compromiso organizacional. *Diálogos de la comunicación*. N 35, pp 68-77.
- Villafañe, J (1999). *La gestión profesional de la imagen corporativa*. Madrid: Pirámide.
- Villafañe, J (1993). *Imagen positiva. Gestión estratégica de la imagen de las empresas*. Madrid: Pirámide.
- Villalbí, J (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 75, n 6, pp 489-490.
- Villares, JE; Ruiz, A; López, MP y Sáinz, R. (2000). La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión*. Vol 6, pp 60-67.

- Vuori, H (1984). *Community Participation in proceeding of the Conference on Primary Health Care in the industrialized Countries*. Bordeaux (France), 14-18 november, WHO Europe, pp 66-78. Copenhagen. Mimeografiado.
- Waisbord, S (2010). Cuando la salud es titular. Dengue, gripa AH1N1 y ciclos mediáticos epidémicos. *Revista Folios*. N 23, pp 93-104.
- Wallack, L (1994). "Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades". En: Organización Panamericana de la Salud, publicación científica 557, *Promoción de la Salud, una antología* (pp 300-311). Washington: OPS.
- Watson, T (2001). "Integrating planning and evaluation. Evaluation the Public Relations Practice and Public Relations Programs". In: Heath, R (Ed), *Handbook of Public Relations* (pp 259-268). California: Sage Publications.
- Weber, M (1922). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tubingen: Mohr.
- Weiner, R; Goldstein, S y Scheepers, E (2010). Evaluando la comunicación para el cambio social y de comportamiento: el caso de Soul City. *Revista folios*. N 23, pp 181-209.
- Weis, HM (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs, and affective experience. *Human Resource Management Review*. Vol 12, issue 2, pp 173-194.
- Welsch, HP & LaVan, H (1981). Interrelationships between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior and organizational climate. *Human Relations*. Vol 34, issue 12, pp 1079-1089.
- Wiener, N (1948). *Cybernetics or control and Communications in the animal*

and the machine. New York: Wiley y Sons.

Wiles, R & Robinson, J (1994). Teamwork in primary care: the views and experiences of nurses, midwives and health visitors. *J Adv Nurs*. Vol 20, issue 2, pp 324-330.

Wilson, M; Spence, S y Kavanagh, D (1995). *Técnicas de entrevista clínica*. Barcelona: Marínez Roca.

Wimmer, R y Dominick, J (1996). *La investigación científica de los medios de comunicación, una introducción a sus métodos*. Barcelona: Bosch.

Xifra, J (2003). "James Grunig y la teoría contemporánea de las Relaciones Públicas". En: Grunig, J y Hunt, T, *Dirección de Relaciones Públicas*, (pp 29-39). Barcelona: Gestión 2000.

7. ANEXOS

ANEXO 1:

CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA AL JEFE DE COMUNICACIONES DE MADRID SALUD (DIONISIO ARANDA)

Generales:

- ¿Existe la función de comunicación interna en su entidad?
- ¿Cuántas personas integran el área/departamento de comunicación interna (jornada completa)?
- ¿Dónde se ubica el departamento de comunicación interna dentro del organigrama de su entidad?
- ¿De qué presupuesto se dispone al año para comunicación interna?
- ¿Existe un plan de comunicación interna estructurado?
- ¿Qué lineamientos estratégicos busca desarrollar el plan de comunicación interna?
- ¿Qué lineamientos estratégicos de comunicación interna se desarrollan específicamente con los públicos internos de los centros de Madrid Salud?
- ¿Qué canales se utilizan para la comunicación interna con los públicos internos de los diferentes centros adscritos a Madrid Salud?
- ¿Qué fortalezas considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?
- ¿Qué retos considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?
- ¿Qué aspectos de la comunicación interna considera que favorecen el trabajo de Madrid Salud?

Sobre Promoción de la Salud:

- Madrid Salud trabaja específicamente en Promoción de la Salud. ¿Tiene presente el departamento de comunicación interna que este es el principal objetivo de la organización?
- ¿Cómo se apoya desde la estrategia de comunicación interna el objetivo central de promoción de la Salud sobre el que se fundamenta Madrid Salud?

Sobre Identificación:

- ¿Trabaja la estrategia de comunicación interna buscando la identificación de los empleados con la organización y su quehacer?

-¿Qué elementos estratégicos de la comunicación interna buscan crear dicha identificación en cuanto a sentido de pertenencia, orgullo de ser miembro de la organización y deseo de seguir perteneciendo a ella?

-¿Qué elementos estratégicos de la comunicación interna buscan crear dicha identificación de los empleados con la filosofía de promoción de la salud?

-¿Cómo es la identificación de los empleados con su organización y su quehacer en promoción de la salud? ¿Qué fortalezas se tiene en este terreno?

-¿Qué debilidades detecta en cuanto a la identificación de los empleados con su organización y su quehacer en promoción de la salud?

-¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna los procesos de identificación de los empleados con Madrid Salud y su trabajo en promoción de la salud? ¿Por qué?

Sobre Información:

-¿Qué canales existen en la organización para la transmisión de información a los empleados?

-¿Qué tipo de comunicación interna considera que se da en la organización a la hora de transmitir información (vertical, horizontal, transversal)? ¿Por Qué?

-¿Qué tipo de información se difunde al público interno a través de estos canales?

-¿Cuál es el nivel de implicación de los jefes y líderes de Madrid Salud en los procesos de comunicación con los empleados?

-¿Se le brinda información oportuna y suficiente a los empleados sobre la organización? ¿Qué tipo de información?

-¿Se le brinda información oportuna y suficiente a los empleados sobre promoción de la salud? ¿Qué tipo de información?

-¿Considera que los empleados de Madrid Salud están bien informados sobre la organización y sobre los procesos de promoción de la salud para los cuales trabajan? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?

-¿Qué debilidades detecta en la información sobre la organización y sobre los procesos de promoción de la salud que se le brinda a los empleados?

-¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna los procesos de información a los empleados de Madrid Salud sobre su institución? ¿Por qué?

-¿Considera que es importante trabajar desde la comunicación interna los procesos de información a los empleados de Madrid Salud sobre promoción de la salud? ¿Por qué?

Sobre instrucción – formación:

- ¿Desde la estrategia de comunicación interna se realiza algún tipo de formación con los públicos internos? ¿En qué áreas?
- ¿Conoce qué formación se le da al público interno en cuanto a bases teóricas y preparación para la intervención en promoción de la salud? ¿Qué departamento de la organización se encarga de este asunto?
- ¿Conoce qué tipo de formación se le da al público interno para el desarrollo de habilidades de comunicación y de trabajo en equipo? ¿Qué departamento de la organización se encarga de este asunto?
- ¿Considera que los empleados de Madrid salud están formados en cuanto a bases teóricas y preparados para realizar intervenciones en promoción de la salud? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?
- ¿Qué debilidades detecta en la formación de los empleados en cuanto a bases teóricas y realización de intervenciones en promoción de la salud?
- ¿Considera que los empleados de Madrid salud están formados en competencias de comunicación y trabajo en equipo para desarrollar sus labores de promoción de la salud? ¿Qué fortalezas detecta en este terreno?
- ¿Qué debilidades detecta en la formación de los empleados en competencias de comunicación y de trabajo en equipo para desarrollar las labores de promoción de la salud?
- ¿En qué medida considera que es importante trabajar y/o apoyar desde la comunicación interna los procesos de formación a los empleados de Madrid Salud en cuanto a las bases teóricas y procedimentales de promoción de la salud y en el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo? ¿Por qué?

Sobre integración:

- ¿Desde la estrategia de comunicación interna se busca integrar a los empleados en los distintos procesos de promoción de la salud y generar un trabajo colaborativo?
- ¿Qué elementos específicos de la comunicación interna buscan generar estos procesos de integración entre los empleados?
- ¿Cree usted que existe apertura y confianza en la comunicación entre la dirección y los empleados? ¿Por qué?
- ¿Se apoya desde la dirección el trabajo colaborativo y la integración de los empleados a los distintos procesos que desarrolla la organización? ¿Cómo?
- ¿ Cree usted que existe apertura y confianza en la comunicación entre los mismos empleados? ¿Por qué?
- ¿Existe trabajo colaborativo entre los empleados, manifestado en la información, en la ayuda y en la motivación que se brindan entre ellos? ¿Cómo consideran que perciben este aspecto los empleados? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?

-¿Están integrados los empleados de Madrid Salud a los distintos procesos de promoción de la salud que desarrolla la organización? ¿Cómo consideran que perciben este aspecto los empleados? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?

-¿En qué medida considera que es importante trabajar desde la comunicación interna los asuntos de integración de los empleados de Madrid Salud en los procesos de promoción de la salud que desarrolla la organización y el trabajo colaborativo? ¿Por qué?

Sobre imagen:

-¿Desde la estrategia de comunicación interna se busca crear una imagen favorable en los empleados sobre la institución para la que trabajan?

-¿Qué elementos específicos de la comunicación interna buscan generar esta imagen positiva en los empleados?

-¿Se mantienen informados a los empleados de la situación de la organización en cuanto a logros, dificultades, servicios que presta, calidad de los servicios, impacto social, posicionamiento en el sector, satisfacción de los usuarios y funciones organizacionales (planificación, organización, dirección y control)? ¿Cómo? ¿Cuál de esta información se omite?

-¿Se promueve la cultura corporativa entre los empleados (misión, visión, valores)? ¿Cómo?

-¿Qué imagen considera que tienen los empleados sobre Madrid Salud? ¿Qué fortalezas y qué debilidades detecta en este terreno?

-¿En qué medida considera que es importante trabajar desde la comunicación interna la percepción (imagen) que tienen los empleados sobre Madrid Salud? ¿Por qué?

Sobre investigación:

-¿Se ha realizado algún tipo de investigación como diagnóstico para la implementación de la estrategia de comunicación interna? ¿De qué tipo? De las variables : identificación, información, formación, imagen e integración ¿cuales se han tenido en cuenta?

-¿Se realiza algún tipo de investigación para evaluar los procesos de comunicación interna? ¿En qué momentos de la estrategia y con qué frecuencia? ¿De qué tipo? De las variables : identificación, información, formación, imagen e integración ¿cuales se han tenido en cuenta?

-Desagregando los procesos de comunicación interna en: identificación, información, formación, imagen e integración, ¿se ha realizado algún tipo de investigación específica para alguna de estas variables? ¿En qué momento: al inicio como diagnóstico, durante su desarrollo, o al final para evaluar?

-¿En qué medida considera que es importante la investigación en los procesos de comunicación interna? ¿Por qué?

Sobre la evaluación:

-¿Considera que el trabajo de comunicación interna se refleja (impacta) en las labores de promoción de la salud que desarrolla Madrid Salud? ¿Por qué?

ANEXO 2:

CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA AL JEFE DE SERVICIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE MADRID SALUD (JAVIER SEGURA DEL POZO)

Sobre promoción de la salud:

-Una de las bases principales sobre las que trabaja Madrid Salud es la promoción de la salud. ¿Cómo se concibe desde esta institución la promoción de la salud?

-¿Qué lineamientos estratégicos (líneas de acción) tiene en cuenta Madrid Salud para el trabajo en promoción de la salud?

-¿Cómo se trabaja la promoción de la salud desde los Centros de Madrid Salud?

-¿Cómo se trabaja la promoción de la salud desde los Centros Monográficos Especializados? ¿Existen diferencias significativas en las actuaciones de promoción de la salud entre ambos escenarios de Madrid Salud?

-¿Cómo se vinculan las acciones de promoción de la salud de Madrid Salud con otras acciones en este terreno realizadas por otros sectores del Sistema Nacional de Salud como la Atención Primaria y la Atención Especializada?

-¿Cuál es la importancia de que existan en Madrid centros especializados en la promoción de la salud (Madrid Salud)?

Sobre el Recurso Humano:

-¿Cuál es el perfil del recurso humano que trabaja en Madrid Salud?

-¿Existe alguna diferencia en el perfil del recurso humano que trabaja en los Centros de Madrid Salud CMS y en el que trabaja en los Centros Monográficos Especializados? ¿Cuáles?

-¿Qué competencias debe desarrollar un empleado de Madrid Salud?

-¿Qué vinculación tienen los empleados de Madrid Salud con las tareas de promoción de la salud?

-¿Se realiza algún trabajo previo y/o continuo de formación y desarrollo de habilidades en promoción de la salud con los empleados de Madrid Salud?
¿De qué tipo?

-En el caso del personal que trabaja en Madrid Salud, ¿considera que existe una diferencia en su perfil con respecto al que trabaja en otros escenarios como Atención Primaria y Atención Especializada? ¿Cuáles?

-¿Qué acciones específicas se realizan con los públicos internos de Madrid Salud dirigidas a potenciar el trabajo externo que realiza la organización en Promoción de la Salud?

Sobre comunicación interna:

-¿Considera importante el trabajo de comunicación interna dentro de Madrid Salud? ¿Por qué?

-¿Cree que el departamento de comunicación interna apoya los objetivos de promoción de la salud de Madrid Salud? ¿Cómo?

-¿Cómo se apoya desde la dirección de Madrid Salud las acciones de comunicación interna?

-¿Qué fortalezas considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?

-¿Qué retos considera que tiene la estrategia de comunicación interna en su entidad?

-¿Cómo valora a nivel general el desarrollo de la comunicación interna en su entidad?

Sobre la evaluación:

-¿Qué asuntos positivos resalta de la labor que cumple Madrid Salud en promoción de la salud?

-¿Qué aspectos considera que se deben mejorar y cuáles son los retos de Madrid Salud en el trabajo de promoción de la salud?

-¿Considera que el trabajo de comunicación interna se refleja (impacta) en las labores de promoción de la salud que desarrolla Madrid Salud? ¿Por qué?

ANEXO 3:

CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA A RESPONSABLES DE LOS CENTROS DE MADRID SALUD (Juan Madrid, Catalina Martínez, Pedro Montejo, María Puerto, Maribel De Dios y Ana María Orellana)

- ¿Cuáles son las principales labores que se desarrollan en el centro?
- ¿A qué población específica busca llegar el centro?
- ¿Qué tan fuerte considera que son las acciones de promoción de la salud que desarrolla el centro? ¿Por qué?
- ¿Cómo evalúa los procesos de comunicación interna a nivel de Madrid Salud?
- ¿Cómo evalúa los procesos de comunicación interna dentro del centro?
- ¿Considera que la comunicación interna puede potenciar las labores que desarrollan los empleados en el centro? ¿Cómo?

ANEXO 4:

ENCUESTA APLICADA A LOS EMPLEADOS DE LOS CENTROS DE MADRID SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Doctorado en Publicidad y Relaciones Públicas de la Universidad Autónoma de Barcelona, le expresa su inmenso agradecimiento por el invaluable apoyo con su participación en este proyecto.

Este proyecto corresponde a una tesis doctoral pensada con el fin de conocer la influencia de la comunicación interna en los procesos de promoción de la salud, con el fin de encontrar elementos que puedan potenciar su trabajo desde los escenarios sanitarios. En esta etapa del proyecto se realizarán encuestas a los empleados de seis centros de la red de Madrid Salud, de los cuales se pretende obtener información que permita tener una visión real de dichos aspectos.

Usted puede apoyar este proyecto respondiendo a un cuestionario que consta de aproximadamente 80 preguntas relacionadas con aspectos de la comunicación interna, la identificación de los empleados, la imagen de la organización, las estrategias de formación, los canales de información y los procesos de integración, entre otros.

Le aclaramos que la información que se recolecte será totalmente confidencial, solo será manipulada por los investigadores del proyecto y se utilizará para procedimientos de tipo estadísticos. Usted puede decidir no participar en el proyecto.

Su firma en este documento es la constancia de su aceptación en participar de la actividad propuesta.

Acepto aportar información para el proyecto

1. Promoción de la salud	Si	NO
2. Excelente	Si	NO
3. Bueno	Si	NO
4. Regular	Si	NO
5. Deficiente	Si	NO

1. Si	2. NO	3. Si	4. NO
5. Si	6. NO	7. Si	8. NO
9. Si	10. NO	11. Si	12. NO
13. Si	14. NO	15. Si	16. NO
17. Si	18. NO	19. Si	20. NO
21. Si	22. NO	23. Si	24. NO
25. Si	26. NO	27. Si	28. NO
29. Si	30. NO	31. Si	32. NO
33. Si	34. NO	35. Si	36. NO
37. Si	38. NO	39. Si	40. NO
41. Si	42. NO	43. Si	44. NO
45. Si	46. NO	47. Si	48. NO
49. Si	50. NO	51. Si	52. NO
53. Si	54. NO	55. Si	56. NO
57. Si	58. NO	59. Si	60. NO
61. Si	62. NO	63. Si	64. NO
65. Si	66. NO	67. Si	68. NO
69. Si	70. NO	71. Si	72. NO
73. Si	74. NO	75. Si	76. NO
77. Si	78. NO	79. Si	80. NO
81. Si	82. NO	83. Si	84. NO
85. Si	86. NO	87. Si	88. NO
89. Si	90. NO	91. Si	92. NO
93. Si	94. NO	95. Si	96. NO
97. Si	98. NO	99. Si	100. NO

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones (Marque con una X)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10. Me siento miembro de mi organización, siento que pertenezco a ella					
11. Me siento orgulloso de trabajar para esta empresa					
12. Deseo continuar siendo miembro de esta empresa					
13. El éxito de esta empresa es mi éxito					
14. Me siento identificado con promocionar la salud desde mi organización					
15. Los objetivos de esta organización son conocidos por todos los empleados					
16. La información que recibimos por los medios de comunicación de la empresa es de gran interés					
17. La mayoría de la información que me interesa la obtengo de mis compañeros de trabajo					
18. Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en bases teóricas de la promoción de la salud					
19. Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en preparación y realización de intervenciones en promoción de la salud					
20. Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en el desarrollo de habilidades de comunicación para el trabajo de promoción de la salud					
21. Recibo ofertas de capacitación por parte de la empresa en trabajo en equipo					
22. Yo le doy información a otros compañeros cuando lo necesitan					

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones (Marque con una X)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
23. Yo le pido información a otros compañeros cuando lo necesito					
24. Yo le pido consejo a otros compañeros cuando lo necesito					
25. Hablo con alguna persona de otros servicios o departamentos sobre temas de trabajo que puedan mejorar el funcionamiento de mi trabajo					
26. Acudo a otras personas para que me ayuden en mis tareas cuando tengo excesiva carga de trabajo					
27. Otras personas acuden a mí para que les ayude en sus tareas cuando tienen excesiva carga de trabajo					
28. Existen personas en mi trabajo que siempre me están animando					
29. Formo parte y estoy integrado en los procesos de promoción de la salud que desarrolla mi organización					
30. Cuando los directivos de la empresa nos informan algo, creo que lo que dicen es verdad					
31. En esta empresa tengo amplias oportunidades de opinar y dar mis sugerencias					
32. En esta empresa tengo amplias oportunidades de participar en las decisiones que se toman					
33. Mis compañeros de trabajo están abiertos a las sugerencias que yo hago					
34. Creo que cuando mis compañeros de trabajo me dicen algo, ellos me dicen la verdad					

(Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones) A través de los canales internos recibo información acerca de:	Todo el tiempo	Gran parte del tiempo	Ocasionalmente	Muy pocas veces	Nunca	41. Califique de 1 a 5 la importancia de recibir información sobre estos aspectos*:
35. Logros y dificultades de la organización						
36. Servicios que presta la organización						
37. Impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios						
38. Misión, visión y valores de la organización						
39. Planeación, dirección y control de la organización						
40. Promoción de la salud						

* Siendo 1 la calificación más baja y 5 la más alta

(Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones) La percepción que tengo acerca de los siguientes aspectos es:	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Deficiente
42. Logros y solución de dificultades en mi organización					
43. Servicios que presta mi organización					
44. Impacto social, posicionamiento y satisfacción de los usuarios					
45. Misión, visión y valores de mi organización					
46. Planeación, dirección y control en mi organización					
47. Trabajo de Promoción de la salud en mi organización					

(Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones) La calificación a la oferta de formación que recibo en los siguientes temas de promoción de la salud es:	Excelente	Buena	Regular	Mala	Deficiente	53. Califíquese de 1 a 5 la importancia de recibir formación sobre estos temas de promoción de la salud*:
48. Bases teóricas						
49. Trabajo en equipo						
50. Preparación y realización de intervenciones						
51. Habilidades de comunicación						
52. Otro. Cuál?						

Califíquese de 1 a 5 la importancia de recibir formación en las siguientes habilidades de comunicación para el trabajo en promoción de la salud*:	Calificación
54. Validar y empoderar	
55. Escucha activa	
56. Empatía y asertividad	
57. Realizar preguntas y proporcionar retroalimentación	
58. Resolución de conflictos y negociación	
59. Uso de tics y gestión de la información	
60. Otra. Cuál?	

* Siendo 1 la calificación más baja y 5 la más alta

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones (Marque con una X)	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
61. Conozco la misión, la visión y los valores de mi organización					
62. Comparto la misión, la visión y los valores de mi organización					
63. Creo que la misión, visión y valores de la organización están en consonancia con la realidad institucional					
64. Me gusta la forma de ver las cosas dentro de la organización					
65. Me gusta la forma de hacer las cosas dentro de la organización					

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones (Marque con una X)	<i>Muchas gracias por su participación!</i>				
	Excelente	Buena	Regular	Mala	Deficiente
66. La imagen que tengo de mi organización es					
67. Creo que la imagen que tiene mi organización de cara a la opinión pública es					

Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones La MEJORA DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN MI ORGANIZACIÓN TENDRÍA COMO RESULTADO:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
68. Mayor identificación de los empleados con el quehacer de la organización					
69. Mayor información para el desempeño laboral					
70. Mejoraría la imagen que sobre la organización tienen los empleados					
71. Mejoraría los procesos de integración de los empleados a la organización y a sus distintos proyectos					
72. Mayor formación y cualificación de los empleados para el cumplimiento de sus tareas					
73. Mejoraría la gestión de la organización					
74. Mejoraría la imagen pública					
75. Mayor calidad en los servicios prestados					
76. Favorecería procesos de innovación					

(Indique su opinión sobre las siguientes afirmaciones) ES IMPORTANTE PARA EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN MI ORGANIZACIÓN:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
77. La información sobre el acontecer de la organización y sobre Promoción de la salud					
78. La identificación de los empleados con la organización y con la promoción de la salud					
79. La integración de los empleados a los proyectos de promoción de la salud y el trabajo en equipo					
80. La formación en promoción de la salud y en habilidades de comunicación					
81. La coherencia entre la imagen pública y la imagen que tienen los empleados sobre la organización					
82. La evaluación de los procesos de promoción de la salud y comunicación					