Salud Pública:

Poder, Empoderamiento y Práctica Profesional.

Autor: Glenn Laverack.

1ª Edición en Español.

Contenido

Lista de tablas, figuras y cuadros.

Agradecimientos

Recensión del libro.

1. La práctica de salud pública en contexto.

Introducción

Practicantes de salud publica

La evolución del empoderamiento en la práctica de la salud pública.

Práctica de poder y salud pública.

La práctica de la salud pública y la interpretación de la salud.

2. Poder y empoderamiento.

¿Qué es el poder?

Tres variaciones de poder

- Poder desde dentro
- Poder sobre
- Poder hegemónico
- Poder con

Impotencia

Suma cero y suma no cero

Empoderamiento: los medios para alcanzar el poder.

Activismo

3. Empoderamiento y programación en salud pública.

Introducción

Necesita valoración

Cartografía

Mapeo de activos de la comunidad

Empoderamiento de seguimiento paralelo

4. Ayudar a los individuos a adquirir poder.

Autonomía

Superando la impotencia

Los practicantes como comunicadores más efectivos.

Reducción de daños

Persuasión moral

5. Empoderamiento del paciente.

Introducción

¿Qué es el empoderamiento del paciente?

La relación de poder profesional-paciente.

Fomentar una relación profesional-paciente empoderadora.

El poder del lenguaje

Salutogénesis y empoderamiento del paciente.

Acción del paciente

6. Ayudar a los grupos a ser más críticos.

El vínculo entre educación y empoderamiento.

Aumentar la conciencia crítica.

Epidemiología laica

Grupos de autoayuda

Foto-novela

Literatura saludable

Estrategias para la toma de decisiones colectivas.

7. Ayudar a las comunidades a empoderarse.

¿Qué es una "comunidad"?

El empoderamiento de la comunidad como un continuo de 5 puntos.

Movimientos sociales de salud

8. Ayudar a las poblaciones migrantes a empoderarse

Introducción

Marginación

Marginación y migración

Migrantes gitanos y empoderamiento

Resolviendo conflictos

9. La medida y representación visual del empoderamiento comunitario.

Recopilación y análisis de información cualitativa.

Facilitar la recopilación de información cualitativa en un contexto intercultural.

La medida del empoderamiento comunitario.

Los dominios del empoderamiento comunitario.

El enfoque de los dominios.

La representación visual de la medida.
La configuración de la tela de araña.

10. Salud pública, poder y empoderamiento.

Por qué estamos donde estamos
Dando a las comunidades un papel más fuerte en la salud pública
Involucrar a las comunidades para compartir sus prioridades
Construir la capacidad de la comunidad
Utilizar mecanismos para una financiación flexible.
Construir sobre iniciativas locales exitosas
Proporcionar los medios para permitir la retroalimentación de la comunidad.

Referencias

Índice

Lista de tablas, figuras y cuadros.

Tablas

3.1 Las diferentes características de los enfoques de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.
3.2 Desarrollo de habilidades en la planificación y gestión de la salud pública.
4.1. Lista de comprobación de las habilidades comunicativas.
6.1 La matriz de toma de decisiones: dejar de fumar en los próximos 6 meses
7.1 Funciones habilitadoras clave para los practicantes
9.1 Los dominios de empoderamiento
9.2 El ranking para cada declaración de empoderamiento
9.3 Ejemplo de declaraciones para el liderazgo local.

Figuras

3.1 Programas paralelos de salud materna y neonatal.

7.1 El contínuo del empoderamiento de la comunidad.

9.1 Tipos de rol de facilitador

9.2 Tela de araña para Kowanyama, Australia

9.3 Tela de araña para Ak-Terek, Kirguistán

9.4 Tela de araña de una evaluación de compañeros de trabajo en Nepal

Cuadros

1.1 Los orígenes de la definición de salud de la OMS

2.1 El proyecto de natación de mujeres asiáticas.

2.2 Experimentando la impotencia

3.1 Desarrollando una definición de trabajo para el empoderamiento

3.2 Identificación de necesidades en una comunidad escolar.

3.3 Análisis de las necesidades de la comunidad: la historia con una brecha

4.1 Examinando posiciones de impotencia profesional.

4.2 Impotencia y prácticas de destete.

4.3 El enfoque GATHER en la comunicación uno a uno

4.4 Tres ejercicios cortos para ayudar a los practicantes y sus clientes a escuchar

5.1 El método clínico centrado en el paciente.

5.2 Atención domiciliaria y empoderamiento del paciente.

5.3 El lenguaje y la relación profesional-paciente.

6.1 Criterios para seleccionar grupos

6.2 Foto-novela para la salud materna e infantil.

6.3 Alfabetización en salud y clases prenatales.

7.1 Las características clave de una ‘comunidad’

7.2 Las características de la participación para empoderar a otros

7.3 Los "festivales de aseo" de Mumbai, India

7.4 Tergiversación por parte del liderazgo local.

7.5 El proyecto En conjunto mejor

7.6 El movimiento de cáncer de mama ambiental

8.1 Negociación de los derechos laborales de los romaníes.

8.2 Promover la educación de los niños romaníes a través de mediadores escolares.

8.3 Posiciones de poder y resolución de conflictos.

8.4 El 'Proyecto de resolución de diferencias - Construyendo comunidades'

8.5 Definiendo los temas de conflicto.

10.1 Patrones de participación.

10.2 Mejora de la participación local en el mantenimiento vial.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría reconocer a las muchas personas con las que he tenido el privilegio de trabajar e intercambiar ideas mientras preparaba este libro. También me gustaría agradecer al Dr. Juan Antonio Abascal Ruíz por su enorme ayuda en la preparación de la versión en español y a Luisa Moya Sáez por su duro trabajo en la terminación de esta obra.

A Elizabeth, Ben, Holly y Rebecca por su continuo amor y paciencia.

Un resumen del libro.

Tanto esta primera edición del libro en español como la tercera edición del libro tienen cuatro propósitos principales:

1. Proporcionar al lector una comprensión teórica de los conceptos de poder, impotencia y empoderamiento en los programas de salud pública en los Capítulos 1, 2 y 3.

2. Presentar al lector los enfoques prácticos para ayudar a individuos, grupos y comunidades a adquirir poder en los Capítulos 4, 5, 6, 7 y 8.

3. Proporcionar al lector un medio práctico para medir y representar visualmente el empoderamiento de la comunidad en el Capítulo 9.

4. Reunir los temas principales del libro y discutir cómo será el futuro para tener más éxito en el logro de los objetivos de empoderamiento en salud pública en el Capítulo 10.

Capítulo 1: Prácticas de salud pública en contexto.

El Capítulo 1 proporciona una introducción a la evolución del empoderamiento dentro de la práctica de salud pública, los diferentes roles del Profesional y la relación a veces problemática que tienen con sus clientes y con otros profesionales. El Capítulo 1 introduce al lector a la influencia de los entornos burocráticos, en los que trabaja la mayoría de los Profesionales, y una introducción a cómo nuestra interpretación profesional de la salud pública es una función de nuestra comprensión del concepto de salud.

Capítulo 2: Poder y empoderamiento.

El Capítulo 2 traslada al lector al territorio de cómo el poder, la impotencia y el empoderamiento son fundamentales para la práctica de la salud pública. El propósito es permitir que el lector entienda mejor los conceptos complejos y la forma en que interactúan en una práctica. El Capítulo 2 también analiza el activismo y la relación que los activistas tienen con la práctica de salud pública.

Capítulo 3: Empoderamiento y programación de salud pública.

El Capítulo 3 incluye una discusión de las tensiones que existen en la programación de salud pública entre los enfoques de "arriba hacia abajo" y "de abajo hacia arriba" y un medio para resolver este problema a través del "seguimiento paralelo". El Capítulo 3 también analiza la importancia de la evaluación de necesidades e introduce enfoques contemporáneos para el mapeo de necesidades dentro de las comunidades en el contexto de un programa.

Capítulo 4: Ayudando a los individuos a ser empoderados

El Capítulo 4 trata cómo los profesionales pueden trabajar mejor con los individuos para ayudarlos a usar su sentido de autonomía para superar la impotencia. El Capítulo 4 también analiza cómo los practicantes pueden convertirse en comunicadores más efectivos, aprender a escuchar, desarrollar un diálogo y ayudar a otros a reducir el daño o adoptar una postura moral.

Capítulo 5: Empoderamiento del paciente.

El Capítulo 5 aborda el campo contemporáneo del empoderamiento del paciente, la importancia de la relación profesional-paciente y el papel que la defensa, las redes y los grupos de acción pueden desempeñar en la salud pública. El Capítulo 5 también analiza el poder del lenguaje profesional y cómo esto puede influir en la relación profesional-paciente.

Capítulo 6: Ayudando a los grupos a ser más críticos.

El Capítulo 6 proporciona una introducción al trabajo con grupos como un medio importante para ayudar a otros a ser más conscientes de sus circunstancias. El trabajo en grupo ofrece la oportunidad para que las personas encuentren una "voz", desarrollen sus habilidades y trabajen con otros para lograr sus objetivos. El Capítulo 6 analiza los enfoques participativos que se pueden usar para ayudar a los grupos a ser más críticos, incluidos la voz fotográfica, la epidemiología laica, la educación para la salud y las estrategias para la toma de decisiones colectiva.

Capítulo 7: Ayudando a las comunidades a empoderarse

El Capítulo 7 aborda aquellos aspectos del empoderamiento que mejoran la capacidad de las comunidades para organizarse mejor y movilizarse para obtener poder. El Capítulo 7 aclara el concepto de "comunidad" y ofrece un marco de 5 puntos para ayudar a las personas a tener un poder colectivo. El Capítulo 7 también analiza el papel de los movimientos sociales de la salud en la práctica de la salud pública.

Capítulo 8: Ayudando a las poblaciones migrantes a empoderarse

El Capítulo 8 analiza cómo ayudar a las comunidades a examinar cómo los profesionales pueden trabajar con las poblaciones marginadas y migrantes, centrándose en las necesidades de los romaníes. También se discute la importancia de considerar la diferencia de las percepciones sociales y culturales del poder y el empoderamiento y cómo resolver conflictos en el contexto de un programa.

Capítulo 9: La medición y representación visual del empoderamiento de la comunidad.

El Capítulo 9 discute los medios para recopilar y analizar información cualitativa como una competencia profesional importante y para medir el empoderamiento de la comunidad. La medición y la representación visual de este concepto se discuten con ejemplos del uso del enfoque de dominios y la configuración de la tela de araña en diferentes contextos culturales en la práctica de salud pública.

Capítulo 10: Salud Pública, poder y empoderamiento.

El Capítulo 10 discute cómo será el futuro de la salud pública para tener más éxito en el logro de los objetivos de empoderamiento. Para lograr esto, la salud pública tendrá que encontrar mejores formas de involucrarse con las comunidades para compartir sus prioridades e incluirlas como un activo en el programa, construir sistemáticamente la capacidad de la comunidad, desarrollar mecanismos de financiación más flexibles y ser creativos para ampliar iniciativas locales exitosas.

Capítulo 1.

Contexto de la práctica de salud pública

Introducción

La práctica de salud pública apunta a promover la salud, prevenir enfermedades, tratar enfermedades, prolongar la vida valiosa, cuidar a los enfermos y brindar servicios de atención médica. Tradicionalmente, estos objetivos se han utilizado para frenar la propagación de enfermedades infecciosas para proteger el bienestar de la población general (Baggott, 2000). Más recientemente, el énfasis se ha desplazado a las intervenciones de prevención de enfermedades crónicas y al cambio de comportamiento de las personas para que adopten un estilo de vida más saludable. La práctica de la salud pública también tiene un papel más amplio, la reducción de la injusticia social y las desigualdades en la salud.

El término "salud pública" se utiliza para abarcar una serie de áreas especializadas que incluyen salud ambiental, enfermería y promoción de la salud. Los diferentes intereses dentro de la salud pública ayudan a moldear su aspecto y las direcciones que toma como práctica profesional. Estos intereses tienen que competir por recursos limitados e influencia en el marco de las políticas nacionales. No es sorprendente que la salud pública siga siendo un término complejo dada la amplia gama de perspectivas, prioridades y servicios que se esfuerza por ofrecer, y que el poder y el empoderamiento son conceptos clave en una práctica que está estrechamente relacionada con el contexto político.

En la práctica, la salud pública todavía pertenece principalmente a las personas empleadas en el sector de la salud, en el sentido de que proporciona a estos trabajadores algunos modelos conceptuales, legitimidad profesional y recursos. Estas personas pueden tener el título de "promotores de salud pública" o "profesionales de la salud", mientras que muchos más que buscan la idea de salud pública ocupan puestos de trabajo como enfermería y práctica médica. En este libro, me refiero a estas personas como "practicante (s)".

Como profesión, la salud pública está controlada en gran medida por agencias gubernamentales y del sector privado que emplean a profesionales para ofrecer programas diseñados para mejorar o mantener la salud de individuos, grupos y comunidades. Se espera que los organismos profesionales de salud pública muestren una especialización de conocimiento, competencia técnica, responsabilidad y prestación de servicios. El profesionalismo se logra a través de las calificaciones educativas, la capacitación especializada, la pertenencia a asociaciones profesionales y la inclusión de códigos de práctica profesional, incluidas las normas de competencia (Turner y Samson, 1995).

Practicantes de salud publica

Los profesionales de la salud pública están empleados para brindar información, recursos y servicios y, a menudo, son vistos como un agente externo para las personas que son sus clientes. La salud pública siempre conlleva una relación de poder entre diferentes partes interesadas, principalmente entre los profesionales y sus clientes. Utilizo el término "clientes" para cubrir la gama de personas que actúan como receptores de la información, los recursos y los servicios que se brindan para promover la salud, por ejemplo, mujeres embarazadas, escolares, pacientes o migrantes recién llegados. Intencionalmente utilizo los términos "practicantes" y "clientes" en este libro para ayudar a demostrar la relación de poder desequilibrada que existe en la práctica de salud pública.

Uno de los roles del Practicante ha sido tradicionalmente como un ejecutor de la legislación de salud pública, por ejemplo, el Oficial de Salud Ambiental o el "Policía Sanitario". Este rol ha ayudado a establecer la imagen de algunos practicantes que tienen poder sobre sus clientes, a través del uso de la legislación. La función ha sido respaldada por gran parte del trabajo de los departamentos de salud ambiental que se ocupan de la inspección, la concesión de licencias, las investigaciones de quejas y los procedimientos legales. Se ha considerado necesario hacer cumplir la amplia gama de leyes de salud pública, protección de la salud e inocuidad de los alimentos por parte de estos profesionales para mantener un ambiente sano y seguro en diferentes entornos. Los entornos son un lugar o

contexto social en el que las personas se involucran en actividades diarias y en las que los factores ambientales, organizacionales y personales pueden interactuar para afectar la salud y el bienestar de las personas. Normalmente, las configuraciones pueden identificarse como que tienen límites físicos, un rango de personas con roles definidos y una estructura organizativa e incluyen escuelas, lugares de trabajo, hospitales y prisiones (Naidoo y Wills, 2009).

Otra función del Practicante ha sido la educación, la capacitación y los servicios especializados, por ejemplo, como el de una enfermera que brinda habilidades y asesoramiento a madres jóvenes en un grupo prenatal. Este rol ha ayudado a ampliar la imagen del profesional como profesional de la salud con acceso a recursos y conocimientos técnicos superiores.

Hay un rol adicional, uno que es complementario al rol de ejecutor, educador y especialista técnico. Es un rol importante que se ha pasado por alto en gran medida porque muchos practicantes no entienden completamente cómo su trabajo diario puede ayudar a otros a empoderarse. Una de las principales tensiones que enfrentan los practicantes en un enfoque de empoderamiento de la práctica de salud pública es si sus clientes realmente quieren ser empoderados. La práctica de salud pública tradicionalmente está dirigida por profesionales, por ejemplo, es el Profesional o la agencia que los emplea, el que selecciona a los clientes y los métodos que se utilizarán en un programa. La iniciación del proceso de empoderamiento y el entusiasmo por su dirección también es a menudo dirigida por el Practicante. Esto es contradictorio con un enfoque de empoderamiento en el que el problema a tratar y los medios para alcanzar una solución empoderada se basan en las necesidades del cliente y no del profesional. Algunos clientes pueden no querer ser empoderados. Las personas, especialmente si han vivido en circunstancias impotentes, pueden sentir que no tienen el derecho o que no tienen la motivación para empoderarse. Es posible que otros individuos y grupos, como los enfermos mentales o las personas con una adicción, no tengan la capacidad de organizarse y movilizarse.

Lo que se debe recordar es que el poder no se puede otorgar a las personas, sino que deben obtenerlo quienes lo desean. La elección de ser habilitado recae esencialmente en el individuo o el grupo, y el rol del profesional es alentar a sus

clientes a asumir mayor responsabilidad y control sobre sus vidas. Para aquellas personas que no pueden o se niegan a asumir la responsabilidad, la práctica de salud pública puede tener que intervenir y recurrir a otros medios, por ejemplo, políticas y leyes, para proteger la salud de la población general, como por ejemplo, la propagación de una enfermedad infecciosa. .

En este libro, sostengo que los profesionales pueden y, a menudo, desempeñan un papel importante para facilitar el cambio en sus clientes, ya sea en forma individual o mediante el trabajo con grupos y comunidades. Los practicantes, que están en una posición de poder relativo, trabajan para ayudar a sus clientes, que están en una posición relativamente impotente, proporcionando recursos y habilidades, educación y servicios de asesoría y usando su influencia profesional para legitimar las preocupaciones de los demás. Para lograr esto, los profesionales pueden tener que trabajar en diferentes sectores y con diferentes agencias, tanto públicas como privadas, si desean desarrollar estrategias efectivas. Sin embargo, algunos practicantes pueden sentir impotencia en su propio entorno de trabajo y en el Capítulo 4 discuto las formas en que los practicantes pueden superar la impotencia en un contexto profesional. Los profesionales también deben ser flexibles en su enfoque para trabajar con clientes cuyas habilidades deben desarrollarse. El Profesional puede inicialmente sentirse tentado a no involucrar a sus clientes y puede asumir la responsabilidad de la planificación y el diseño. Esto generalmente se hace para garantizar que los programas se implementen a tiempo para cumplir con los plazos. Sin embargo, la participación puede verse comprometida y, a más largo plazo, el programa tiene muchas menos posibilidades de éxito si los clientes no participan activamente.

Las personas pueden involucrarse de una manera más significativa en los programas de salud pública al participar en la toma de decisiones. El rol del Practicante cambia a convertirse en un "facilitador", ganando la confianza y estableciendo un terreno común con sus clientes y es crucial para el proceso de empoderamiento. Si bien no se puede esperar que los practicantes tengan una influencia en la transformación de las relaciones de poder en todos los sectores y en todos los niveles de su trabajo diario, hay dos áreas clave en las que tienen un papel importante:

1 Los profesionales participan en influir en las políticas y prácticas que afectan la salud, desde el nivel nacional hasta el nivel comunitario, por ejemplo, a través de su poder experto en reuniones, grupos de asesoramiento técnico y comités. Para influir en la política y la práctica, los profesionales deben tener una mejor comprensión del significado del poder y de cómo sus relaciones con los diferentes clientes se entienden y la profesión actúa adecuadamente.

2 En la mayoría de los países democráticos, el proceso de acción colectiva se utiliza para lograr cambios sociales y políticos a través de políticas que influyen. Estos cambios se logran a través de la acción legítima de los individuos que usan su poder de toma de decisiones, por ejemplo, para cabildear, protestar y votar. Los profesionales, en su trabajo cotidiano, pueden ayudar a sus clientes al usar su influencia para abogar en nombre de otros con respecto a las políticas que son relevantes para sus vidas y su salud. La participación en grupos y organizaciones suele ser el primer paso tangible para involucrarse en un contexto más colectivo y organizado, por ejemplo, en organizaciones de base comunitaria. Esto también le brinda al Practicante la oportunidad de ayudar directamente a otros a aumentar sus conocimientos, habilidades y competencias de manera más efectiva a nivel colectivo.

La evolución del empoderamiento en la práctica de la salud pública.

El empoderamiento se define aquí como un proceso mediante el cual las personas pueden obtener o tomar el control de las decisiones y los recursos que influyen en sus vidas. En el Reino Unido, por ejemplo, este concepto evolucionó en la salud pública como una ideología importante a mediados del siglo XIX. El liberalismo político de la época victoriana condujo a la creación de muchos grupos de presión, como las Asociaciones de Salud de los Pueblos, con una preocupación por la equidad y la justicia social. Estos grupos de presión, con la asistencia de reformadores clave de la salud pública como Edwin Chadwick, movilizaron activamente a las clases medias, quienes a su vez tuvieron influencia en la prensa y en el gobierno. Esto se conoce como la "fase de saneamiento" y fue un período que, tanto a través de influyentes reformistas como de acciones colectivas, hizo que el

gobierno aprobara leyes clave de salud pública como la Ley de Fábricas de 1833 y la Ley de Salud Pública de 1848 (Baggott, 2000). Sin embargo, estas acciones también se vieron influenciadas por el deseo del gobierno de reducir sus propias responsabilidades y mejorar la eficiencia de la fuerza laboral de la nación. La reforma de la salud pública se debió tanto al discurso de la producción económica como al discurso del empoderamiento y al buen gobierno. Durante la segunda fase, que ocupa la primera mitad del siglo XX, el creciente estatus de la profesión médica se sumó a la influencia política del lobby de salud pública. En consecuencia, el énfasis estaba en una práctica de salud pública dominada por un modelo biomédico y un enfoque en la ausencia de enfermedad y enfermedad.

A nivel internacional, no fue hasta los años sesenta y setenta cuando el empoderamiento se convirtió en parte del discurso derivado de un creciente cuerpo de "nuevo conocimiento" que buscaba desafiar el pensamiento convencional. Dentro de la salud pública, el discurso ampliado desde el modelo biomédico para incluir un componente de comportamiento y estilo de vida. Las principales razones de este cambio en el pensamiento fueron el aumento en el papel de las enfermedades crónicas degenerativas, como la enfermedad cardíaca, como las principales causas de morbilidad y mortalidad. Estas enfermedades crónicas implican la interacción de diferentes determinantes a lo largo del tiempo, como fumar, la falta de ejercicio y una dieta deficiente, y se han convertido en sinónimo de un estilo de vida no saludable. En ese momento, la salud pública estaba estrechamente relacionada con la educación para la salud y hacía hincapié en la responsabilidad del individuo y en la filosofía de "culpar a las víctimas" más que en la acción colectiva y la equidad social. Esto hizo que las personas se sintieran culpables por su mal estado de salud, aunque algunos factores estaban más allá de su control, por ejemplo, el hecho de estar desempleados.

Las demandas de justicia social en el desafío de mejorar la salud fueron cada vez más reconocidas y se convirtieron en tema de discurso profesional, por ejemplo, en la 30ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en mayo de 1977, que estableció el objetivo de salud para todos por año. 2000. Al año siguiente, una

conferencia internacional sobre atención primaria de salud en Alma Ata en la antigua URSS respaldó este objetivo y afirmó firmemente la definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1986), señalando que era un derecho humano fundamental. La declaración de Alma Ata de 1978 reconoció que las grandes desigualdades en el estado de salud entre y dentro de los países eran inaceptables e identificó la atención primaria de salud como la clave para alcanzar la salud para todos en el año 2000. La declaración reconoció que las personas deben participar activamente en el proceso de desarrollo y fue más allá de la participación para dar a entender que el empoderamiento es un componente necesario para la atención primaria de salud y la salud pública (Organización Mundial de la Salud, 1978).

La Declaración de Alma Ata no usa el término empoderamiento, pero muchos de sus puntos implican la participación de individuos y la comunidad. Esto es en parte un reflejo del discurso a principios de la década de 1970, cuando el concepto de empoderamiento no se había legitimado por completo. El concepto de participación comunitaria fue visto como un medio para apuntar a las personas como beneficiarias del desarrollo al involucrarlas en el proceso. El discurso argumentó que la participación permitiría incorporar el conocimiento y las necesidades locales a un programa y daría a las personas más control en la toma de decisiones. En la práctica, esto depende de la relación de poder entre los practicantes y sus clientes. Los practicantes pueden usar su poder, por ejemplo, para adoptar una postura paternalista y coaccionar a otros en el programa en lugar de alentarlos a participar activamente.

Desde principios de la década de 1980, ha habido un cambio en la salud pública hacia una mayor participación incorporada en el enfoque socioambiental y se guió por documentos estratégicos clave como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 1986). Otro factor clave fue una mayor conciencia de las crecientes desigualdades en el estado de salud entre diferentes grupos sociales y la estrechez del enfoque en el comportamiento individual que ignoraba los entornos psicosociales y físicos, la comunidad y la cultura. Se reconoció que la naturaleza individualista de las campañas de salud pública no

reconocía los contextos sociales y ambientales en los que se integran los comportamientos personales. Al mismo tiempo, muchos grupos de presión y movimientos sociales de la salud desafiaron la noción de los enfoques médicos y de comportamiento de la salud y plantearon preocupaciones por la justicia social y la sostenibilidad ambiental.

Práctica de poder y salud pública.

La práctica de la salud pública se lleva a cabo en gran medida a través de entornos burocráticos. El entorno burocrático consiste en una serie de posiciones de poder distintivas con tareas especializadas que generalmente se definen formalmente. Los funcionarios que ocupan estos puestos de poder son reclutados de acuerdo con reglas específicas y su empleo generalmente se basa en un sistema de salarios. El poder es jerárquicamente de arriba hacia abajo y se espera que el funcionario actúe de acuerdo con, y sin cuestionar, las instrucciones que descienden de sus superiores (Turner y Samson, 1995). Los ejemplos de organizaciones de salud pública jerárquicas y altamente burocráticas incluyen departamentos gubernamentales y hospitales. Posicionarse a sí mismo dentro de la jerarquía de un entorno burocrático proporciona legitimidad profesional, poder de expertos y estatus. Esto se logra no necesariamente porque esa persona tenga experiencia particular, sino porque la institucionalización de la posición crea la idea de que es un experto.

Uso del poder profesional en salud pública.

Si es cierto que la salud pública es una actividad burocrática, llevada a cabo por o dentro de organizaciones gubernamentales o agencias financiadas por el gobierno, también es cierto que muchas de estas organizaciones permanecen encadenadas a formas tradicionales de pensar y actuar, formas que pueden inhibir la inclusión efectiva de los enfoques de empoderamiento. Los estudios de agencias gubernamentales y no gubernamentales han encontrado que el concepto de empoderamiento utilizado en políticas y prácticas a menudo es a menudo bastante diferente. A pesar de la intención de empoderar a las comunidades, las agencias y su personal tendían a mantener el control sobre la programación en lugar de ceder el

poder a los demás. Las agencias operaron dentro de una contradicción entre el discurso y la práctica: muchos practicantes continuaron ejerciendo su poder sobre la comunidad a través de la programación de arriba hacia abajo mientras que al mismo tiempo usaban un discurso emancipatorio (Laverack, 1999). Para construir una práctica más empoderadora, la salud pública debe corregir las restricciones impuestas a la profesión por su naturaleza burocrática y por otras personas que no comparten una ideología de empoderamiento. Antes de que los practicantes puedan empoderar a otros, primero deben ser ellos mismos y entender las fuentes de su propio poder. Dentro de un entorno burocrático, por ejemplo, un hospital, una comunidad de pacientes y personal, ambos deben tener poder y esto incluye sentirse valorado y tener los recursos, habilidades y conocimientos para empoderar a otros (Kendall, 1998).

Pero los gobiernos y las burocracias que ellos crean, al menos en los países democráticos, no son entidades monolíticas. No solo hay a menudo contradicciones entre las políticas y las acciones de diferentes agencias gubernamentales, sino que también existen diferentes Profesionales con ideas diferentes que trabajan juntos. Los profesionales que trabajan en grandes entornos burocráticos pueden encontrar que su autonomía profesional se ve socavada por la estructura jerárquica de las reglas y las líneas de control. Los grupos profesionales también pueden fragmentarse en subgrupos o su base de poder está invadida por grupos paraprofesionales. Estas circunstancias realmente presentan oportunidades para que una práctica empoderadora se desarrolle incluso dentro de las burocracias más grandes y rígidas. Para aprovechar estas oportunidades, las agencias de salud pública deben comprender cómo abordar los desequilibrios en las relaciones de poder en sus estructuras en todos los niveles, desde los niveles superiores de política y planificación hasta los profesionales que trabajan en la interfaz con la comunidad. Es precisamente este tipo de problema fundamental el que debe abordarse si los Profesionales deben involucrarse en un enfoque de empoderamiento en su trabajo diario.

En un contexto profesional, la pregunta clave es: ¿Los Practicantes realmente quieren ayudar a empoderar a las personas o simplemente cambiar su

comportamiento? Este último ha sido tradicionalmente la opción más popular y la diferencia entre un enfoque de empoderamiento y un enfoque coercitivo ha estado en el método utilizado. Si el método es directivo, de arriba hacia abajo y controlado por un agente externo, es menos probable que tenga poder. Si facilita un proceso de identificación de necesidades y acciones basadas en las preocupaciones del individuo o la comunidad utilizando estrategias para crear capacidad, tendrá muchas más posibilidades de empoderar. Los practicantes deben tomar la decisión de potenciarse, obtener las habilidades y conocimientos necesarios, si están realmente comprometidos con un enfoque que capacite a otros. Los enfoques de empoderamiento también dependen de la financiación y de que exista una voluntad política para implementarlos. Esto puede ser problemático cuando el objetivo de las personas que están involucradas en el empoderamiento de la comunidad es lograr un cambio en el orden político y desafiar el estatus de las agencias que apoyan su continuación. Esta es una relación de poder que debe ser igualada y que es un tema central de este libro.

La práctica de la salud pública y la interpretación de la salud.

La multiplicidad de significados asignados a la salud pública es también una función de la multiplicidad de significados asignados a nuestra comprensión de la salud. En la práctica, puede ser útil considerar la distinción entre entendimientos oficiales, los que usan los profesionales de la salud pública y los entendimientos legos, las percepciones que tienen los que suelen ser receptores de intervenciones de salud, el público. Las definiciones oficiales de salud pueden diferir significativamente de las definiciones laicas, pero ambos son tipos ideales y en la práctica coexisten e informan entre sí.

Los practicantes han usado en gran medida las interpretaciones oficiales porque son más fáciles de definir y medir, en lugar de las interpretaciones de la salud, que son subjetivas, y se basan en las experiencias del individuo. En particular, la interpretación biomédica de la salud se ha establecido como la interpretación oficial más dominante. Es la profesión médica, que ha sido la defensora de este modelo de

salud, basada en la ausencia de enfermedad, y en la que otras profesiones de la salud se han modelado, incluida la salud pública.

El modelo biomédico evolucionó como resultado de los descubrimientos científicos y los avances tecnológicos en los siglos XVIII y XIX, lo que condujo a una mayor comprensión de la estructura y el funcionamiento del cuerpo humano. A medida que aumentaba el conocimiento y la comprensión, la salud adquiría un significado cada vez más mecánico. El cuerpo era visto como una máquina que necesitaba ser arreglada. Una división profesional entre el cuerpo y la mente desarrollada, el cuerpo y su enfermedad física era responsabilidad de los médicos, mientras que los psicólogos y los psiquiatras se ocupaban de la psique y sus enfermedades. Sin embargo, la atención se mantuvo en las causas externas de la mala salud y se vio reforzada por la constante amenaza de enfermedad y muerte por epidemias como la poliomielitis y la escarlatina (Laverack, 2009).

Las interpretaciones oficiales de la salud se pueden dividir en dos tipos principales. Aquellos, que definen la salud negativamente, y aquellos, que adoptan una postura más positiva. Hay dos formas principales de ver la salud negativamente. El primero se compara con la ausencia de enfermedad o anomalía corporal, el segundo con la ausencia de enfermedad o los sentimientos de ansiedad, dolor o angustia que pueden o no acompañar a la enfermedad. Algunas personas pueden estar enfermas sin saberlo y desconocen su condición hasta que comienzan a sufrir dolor e incomodidad cuando se dice que la persona está enferma. Las definiciones negativas de salud enfatizan la ausencia de enfermedad o enfermedad y son la base del modelo médico. Se han planteado una serie de problemas relacionados con la definición negativa de salud. En particular, la noción de patología implica que existen ciertas normas universales contra las cuales se puede evaluar a un individuo cuando se juzga si están o no sanos. Esto supone que tales estándares existen realmente en la anatomía y fisiología humana.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.

La primera definición positiva moderna de salud se produjo en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la salud era "un estado de

completo bienestar físico, social y mental, y no simplemente la ausencia de enfermedad o enfermedad" (Jackson et al. ., 1989). El bienestar físico se ocupa de conceptos como el buen funcionamiento del cuerpo, la normalidad biológica, la aptitud física y la capacidad para realizar tareas. El bienestar social incluye relaciones interpersonales, así como problemas sociales más amplios, como la satisfacción conyugal, la empleabilidad y la inclusión social. El papel de las relaciones, la familia y el estatus en el trabajo son importantes para el bienestar social de una persona. El bienestar mental implica conceptos tales como la autoeficacia, el bienestar subjetivo y la inclusión social y es la capacidad de las personas para adaptarse a su entorno y a la sociedad en la que funcionan.

La definición de la OMS se ha convertido en una de las más influyentes y de uso común en salud pública y, por esa razón, vale la pena explorar sus orígenes, que se ubican en el contexto del empoderamiento, tal como se explica en el Cuadro 1.1. La definición de salud de la OMS, como estado ideal de bienestar físico, social y mental, ha sido criticada por no tener en cuenta otras dimensiones de la salud, a saber, los aspectos emocionales y espirituales de la salud (Ewles y Simnett, 2003). La definición también ha sido criticada por considerar la salud como un estado o producto en lugar de una relación dinámica, una capacidad, un potencial o un proceso y no aclara cómo definir o medir sus componentes.

Recuadro 1.1 Los orígenes de la definición de salud de la OMS

La definición de la OMS fue escrita poco después de la Segunda Guerra Mundial por un funcionario que había pasado su tiempo trabajando en la Resistencia. Él había llegado a esta definición a partir de su experiencia y explicó que nunca se había sentido más saludable que durante ese período terrible: porque trabajaba diariamente en objetivos que le importaban apasionadamente, estaba seguro de que, en caso de que lo mataran en su peligroso trabajo, su familia sería atendida por la red de trabajadores de la Resistencia. Fue en estas circunstancias que se sintió más sano, más vivo. La definición de salud fue desarrollada por una persona que estaba apasionadamente involucrada con otras personas para cambiar las estructuras sociales y políticas. En otras palabras, se involucraron en tomar control de aquellas cosas que afectan sus vidas y al hacerlo se fortalecieron a sí

mismos y mejoraron su propia salud y bienestar, así como el de otros con quienes se relacionaron (Jackson et al., 1989).

La visión subjetiva de la salud.

La forma en que las personas interpretan el significado de su propia salud es una experiencia personal y, a veces, única. La salud es un concepto subjetivo y su interpretación es relativa al entorno y la cultura en que se encuentran las personas y, por lo tanto, la salud puede significar diferentes cosas para diferentes personas. Muchas personas definen la salud en términos funcionales, por ejemplo, por su capacidad para llevar a cabo ciertos roles y responsabilidades en lugar de la ausencia de enfermedad. Las personas pueden estar dispuestas a soportar la incomodidad y el dolor de una enfermedad porque no supera los inconvenientes, la pérdida de control o el costo financiero de tratar la afección (Laverack, 2009). Esta visión subjetiva de la salud plantea el problema del relativismo radical que sostiene que la única realidad verdadera es la experiencia única del individuo. Si bien es importante comprender los sentimientos y experiencias individuales sobre la salud, puede haber otros que sean comunes a grupos particulares. La inter-subjetividad es un concepto usado para superar las limitaciones del relativismo radical. Afirma que la comprensión de cualquier persona del mundo es única, pero debido a que está construida desde un campo de significados y experiencias sociales más o menos comunes, la comunicación entre personas es posible. En otras palabras, los significados que creamos de nuestras propias experiencias de salud se superponen lo suficiente como para que podamos comunicar y compartir estas experiencias con otros. Sin embargo, esto no necesariamente puede llevar a un resultado de salud positivo, por ejemplo, los rasgos biológicos y de comportamiento asociados con la obesidad parecen propagarse a través de los lazos sociales. Las personas que experimentan el aumento de peso de los demás en sus lazos sociales pueden entonces aceptar más fácilmente el aumento de peso en sí mismos porque las percepciones de las personas sobre su propio riesgo de enfermedad dependen de las personas que las rodean (Christakis y Fowler, 2007).

La autoestima es también un fenómeno social y la autoestima y el sentido de coherencia de una persona no se basan en "el yo", sino en la relación con amigos, familiares, colegas, comunidades y en los entornos en los que viven y trabajan. Por lo tanto, generalmente se acepta que el apoyo social tiene un efecto beneficioso sobre la salud, tanto a nivel individual como colectivo, por ejemplo, al compartir problemas las personas están mejor capacitadas para enfrentar eventos estresantes. El apoyo social está conectado a otros conceptos similares que se superponen, como el capital social, la inclusión social, la exclusividad social y la salutogénesis (ver Capítulo 5). Estos conceptos abordan fundamentalmente el sentido de conexión con una "comunidad" y la participación y confianza entre sus miembros manifestada a través de las costumbres, los rituales y las agrupaciones tradicionales.

Algunos comentaristas han concluido que es inútil tratar de definir la salud porque es demasiado subjetiva y compleja y está mejor enmarcada dentro del contexto de los servicios ofrecidos y que la sociedad puede pagar (Jadad y O'Grady, 2008). En la práctica, la programación de salud pública está cada vez más preocupada por la responsabilidad de los financiadores, la efectividad y la relación calidad-precio. Las restricciones presupuestarias, la competencia por el financiamiento y las prioridades para la salud también han tenido una fuerte influencia en la forma en que se ha interpretado la salud. Por el momento, la salud pública ha decidido adoptar la visión pragmática de que cualquier interpretación de salud debe ser medible y responsable, de lo contrario, los programas estarán en riesgo de no poder justificar su eficacia económica y cuantificable. La salud se considera un medio para un fin que puede expresarse en términos funcionales como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. Siendo este el caso, la medición de la salud se ha centrado en un enfoque biomédico que se preocupa por demostrar una relación entre una medida del estado de salud y un comportamiento relacionado con la salud, como fumar y el cáncer de pulmón. Por lo tanto, los límites de la práctica y el discurso han sido definidos por las interpretaciones de enfermedad y no por la forma en que la mayoría de la gente ve o siente que necesita mantener su propia salud.

A continuación, el Capítulo 2 lleva al lector al territorio de cómo el poder, la impotencia y el empoderamiento son fundamentales para la práctica de la salud pública. El propósito es hacer que estos conceptos complejos, y la forma en que interactúan, sean más comprensibles en un sentido práctico.

Capítulo 2.

Poder y empoderamiento

El poder y el empoderamiento son fundamentales para la salud pública y, sin embargo, muchos profesionales aún no entienden completamente cómo se pueden aplicar estos conceptos como parte de su trabajo diario. Esto puede llevar a una contradicción entre el discurso y la práctica profesional: muchos practicantes continúan ejerciendo el control sobre sus clientes a través de programas de "arriba hacia abajo" mientras que al mismo tiempo usan una ideología y un lenguaje emancipadores. Dicho claramente, muchos practicantes no tienen una comprensión clara de cómo su trabajo puede ayudar a capacitar a individuos, grupos y comunidades. Sin embargo, culpar al Practicante sería subestimar el importante papel que tienen para capacitar a sus clientes. Para que la salud pública utilice un enfoque de empoderamiento, los profesionales deben comprender cómo el poder es una parte integral de su relación de trabajo y cómo esto puede transformar lo que hacen para ayudar a otros a tener más control sobre sus vidas y su salud.

¿Qué es el poder?

La interpretación más común del poder es en forma de poder duro en el que una persona tiene control sobre los demás. La capacidad de algunos es producir efectos intencionados y previstos en otros (Wrong, 1988, p. 2). El poder también puede ser un fenómeno social, que se puede conferir a grupos y comunidades que están mejor capacitados para identificar y controlar la base de su poder. En contraste con el poder duro, el poder blando es la capacidad de obtener lo que uno quiere a través de acciones indirectas y de largo plazo, como la cooptación y la atracción. Por lo tanto, la diferencia es que el poder duro logra el cumplimiento a través de métodos directos y coercitivos y al obligar a otros a hacer lo que usted quiere que hagan, ya sea que lo hagan o no. El propósito del poder blando es persuadir a otros para que hagan voluntariamente lo que usted quiere que hagan, pero para evitar conflictos.

Las principales monedas del poder blando son los valores, la cultura, las políticas y las instituciones, el control de la agenda y la medida en que éstas pueden atraer o repeler a otros. La frase "usted está con nosotros o contra nosotros" es un ejercicio de poder blando, ya que no se incluye una amenaza explícita, aunque existe una amenaza implícita que probablemente seguirían las sanciones económicas o militares directas. El éxito del poder blando puede depender de la reputación de una persona y del flujo de información. Los medios de comunicación se identifican regularmente como una fuente de poder blando, al igual que la difusión de un idioma nacional o un conjunto particular de valores normativos (Gallarotti, 2011). Un ejemplo de poder blando es la persuasión moral (ver capítulo 4), el uso de principios morales para influir en individuos y grupos para cambiar sus prácticas, creencias y acciones (Berridge, 2007). Debido a que el poder blando ha aparecido como una alternativa al poder duro, a menudo es aceptado por eruditos y formuladores de políticas con mentalidad ética, pero también ha sido criticado por ser ineficaz y demasiado difícil de distinguir entre los efectos de otros factores.

Ejercitar la elección es la forma más simple de poder. Esto puede implicar las opciones triviales de salud de la vida cotidiana, como la marca de pasta de dientes que se compra o las opciones más importantes, como dejar de fumar o no. Los profesionales deben reconocer que la retórica de la elección puede convertirse en una excusa para que los profesionales de la salud eviten los problemas difíciles y transfieran la culpa. Las opciones triviales no deben nublar los problemas más críticos en los que los impotentes no tienen otra opción, por ejemplo, promover un estilo de vida activo cuando las personas pobres no pueden pagar, no tienen el tiempo o un entorno propicio para hacer más ejercicio. El recuadro 2.1 proporciona un ejemplo de cómo las mujeres asiáticas se involucraron en las elecciones para mejorar su estilo de vida y los niveles de actividad física en Liverpool en el Reino Unido.

Recuadro 2.1. El proyecto de natación de mujeres asiáticas.

El Foro de Salud Asiático en Liverpool, Inglaterra identificó un gran número de casos de depresión y exclusión social en el área a través de discusiones entre mujeres asiáticas. Las mujeres sugirieron más oportunidades para hacer ejercicio y conocer a otras mujeres y se le pidió a un trabajador de salud que se acercara a un centro de ocio local sobre la posibilidad de organizar clases de natación exclusivamente para estas mujeres. Esto garantizaría la privacidad, por ejemplo, las ventanas se oscurecerían y las lecciones serían impartidas solo por otras mujeres. El acuerdo entre las mujeres asiáticas y el centro de ocio pudo organizar lecciones semanales y obtener fondos para una instructora. Las clases de natación eran populares y los horarios debían reorganizarse para evitar conflictos con otras actividades de la piscina y para que los niños pequeños de las mujeres también participaran. Las lecciones continuaron durante todo el verano con aproximadamente 20 mujeres por sesión y lentamente el interés de las mujeres se trasladó a otras actividades deportivas (Jones y Sidell, 1997, p. 41). Este modelo para promover la actividad física y aumentar las opciones disponibles para las mujeres asiáticas se ha replicado con éxito en otros lugares.

En la medida en que nuestras elecciones personales limitan las de los demás, el poder puede convertirse en un ejercicio de control. Las personas con la capacidad de controlar las decisiones a nivel político y económico pueden condicionar y restringir la capacidad de las personas para ejercer la elección a nivel individual y grupal. Las personas pueden tener control sobre otros, pero al mismo tiempo pueden ser limitadas e influenciadas por aquellos que tienen poder sobre ellas.

Tres variaciones de poder

Para comprender mejor cómo se puede ejercer el poder tanto para compartir el control con los demás como para usar el control para ejercer influencia sobre los demás, es útil que los practicantes consideren tres variaciones diferentes: "poder desde dentro"; 'poder sobre'; y; "Poder con".

Poder desde dentro

El poder desde dentro puede describirse como un poder personal o algún sentido interno de fortaleza, autodisciplina o autoestima. El poder desde dentro también se conoce como empoderamiento individual, personal o psicológico, los medios para obtener (un sentido de) el control sobre la vida de uno (Rissel, 1994) con el objetivo de aumentar los sentimientos de valor y un mayor sentido de control. Thomas Wartenberg, un escritor sobre las diferentes formas de poder, argumenta que incluso en la sociedad controladora más dominada por los hombres, las mujeres tienen poder, su poder desde dentro. Del mismo modo, la teoría feminista occidental afirma que aunque las mujeres no son socialmente dominantes, tienen habilidades especiales y fortalezas internas que les han permitido actuar de maneras invaluables. Una vez que uno ha aceptado esto, se puede considerar que el argumento de Wartenberg (1990, p. 188) de que "las mujeres tienen y carecen de poder en una sociedad dominada por los hombres" contiene una importante perspectiva sobre el poder desde dentro. Los individuos pueden llegar a ser más poderosos desde dentro y no necesariamente tienen que acumular dinero, estatus o autoridad. Sin embargo, la individualización de este concepto puede llevar a enfoques de salud pública que apuntan a aumentar la noción del "yo", por ejemplo en clases de asertividad, ignorando cómo otra forma de poder, el poder sobre, puede restringir las experiencias de control en la vida cotidiana de las personas (Laverack, 2004).

Poder sobre

Describe las relaciones sociales en las que se hace que una parte haga lo que la otra parte desea, a pesar de su resistencia e incluso si es posible que no sea lo mejor para ellos Starhawk (1990, p. 9) describe el poder en su forma cruda como "el poder del guardia de la prisión, del arma, el poder que finalmente está respaldado por la fuerza". Sin embargo, el ejercicio del poder no siempre tiene que ser negativo, por ejemplo, la legislación para controlar la propagación de enfermedades a través de la cuarentena o imponer multas por comportamientos antihigiénicos como los que manipulan alimentos que no se lavan las manos, se consideran un poder saludable.

El poder puede tomar diferentes formas dependiendo de cómo se usa para ejercer el control o para afectar las acciones de otros, por ejemplo, el dominio o el poder directo para controlar las elecciones de las personas, generalmente por la fuerza o su amenaza. Los recursos que los practicantes pueden aportar a sus clientes han sido identificados como seis bases de poder: coerción; recompensa; legitimidad; pericia; referencia e información. Para poner las seis bases del poder en un contexto de salud pública, utilizo el ejemplo de una intervención de amamantamiento:

1. En el poder coercitivo, la practicante puede provocar consecuencias negativas o castigos para la madre si no cumple, por ejemplo, usar un lenguaje de desaprobación para no amamantar a su hijo;

2. En el poder de recompensa, la practicante puede traer consecuencias positivas para la madre al cumplir, por ejemplo, elogiándola por la lactancia materna y manteniendo a su hijo limpio;

3. El poder legítimo se deriva de que la madre acepte una relación de rol social con el Profesional, una relación estructural que le otorga el derecho de prescribir el comportamiento de la madre, mientras que la madre acepta la obligación de cumplir con los requisitos del Profesional. La madre acepta la posición profesional legítima de una enfermera y escucha y luego sigue sus consejos sobre la lactancia materna;

4. El poder de los expertos proviene de que la madre atribuye un conocimiento y una capacidad superiores a la practicante, por ejemplo, el término "El doctor sabe mejor" ilustra la relación de poder entre el paciente y el médico;

5. El poder de referencia se deriva de una identificación de la madre con el practicante, un sentimiento de comunidad, similitud e interés mutuo. Luego, la madre obtiene cierta satisfacción al creer y cumplir de una manera consistente con las creencias, actitudes y comportamientos del practicante. Esto puede basarse en el género, la clase social, el origen étnico o la empatía mostrada por una enfermera practicante hacia la madre que está amamantando;

6. **El poder informativo** se basa en la información explícita comunicada a la madre por parte de la practicante, una comunicación persuasiva que convencerá a la madre de que la conducta recomendada es ciertamente lo mejor para la madre, por ejemplo, consejos sobre el espaciamiento de los niños, incluida la lactancia materna.

El poder informativo se usa comúnmente en la educación para la salud, sin embargo, es importante tener en cuenta que el término "conocimiento es poder" puede ser engañoso y no es necesariamente correcto. El nuevo conocimiento sin los medios para llevar a cabo las acciones prescritas puede conducir simplemente a que las personas tengan un mayor sentido de impotencia. Por ejemplo, informar a la madre que está amamantando a comer alimentos saludables en beneficio de sí misma y de su hijo cuando no puede permitirse comprar estos productos puede hacer que tenga una mayor sensación de falta de control en su vida (Raven y Litman-Adizes , 1986).

Poder hegemónico

La hegemonía es la capacidad de un grupo dominante para controlar las acciones y los comportamientos de otros mediante la persuasión y la explotación intensas y para controlar las elecciones de las personas a través de las relaciones económicas, en las que los que controlan el capital también tienen control sobre los que no lo hacen (Wrong, 1988). El poder hegemónico es esa forma de poder que se internaliza y se estructura en nuestras vidas cotidianas y se da por sentado. Para Michel Foucault, un destacado teórico y comentarista del poder, la única forma de resistencia al poder hegemónico fue la ocultación de la vida de uno a los que tienen autoridad y los juicios que puede crear (Foucault, 1979). Un ejemplo práctico de esto es una madre soltera que vive en una vivienda financiada por el gobierno que esconde a su hijo enfermo de un visitante de salud o baja el inodoro para evitar sospechar que estaba cohabitando con un hombre. Las personas que viven en condiciones de poder hegemónico, de opresión y explotación, interiorizan estas condiciones como su responsabilidad personal. Esta internalización aumenta su auto-culpa y disminuye su autoestima. Una de las formas sutiles pero comunes en que los practicantes participan en el poder hegemónico es cuando imponen continuamente sus ideas expertas de cuáles son los problemas de salud importantes sin escuchar realmente lo que sus clientes piensan que es importante para su salud.

El ascenso de la profesión médica ha logrado mantener su posición de dominio dentro de una jerarquía burocrática mediante el control del acceso a la prestación de

atención médica. Esto se ha denominado la "hegemonía de la profesión médica". La profesión médica se ha formado como un poderoso grupo de presión profesional y, aunque no es un monopolio completo, debido al crecimiento de otras profesiones de la salud, se le ha otorgado un control considerable para mantener la autorregulación y la autonomía clínica en su trabajo. Este dominio, por ejemplo, ha sido culpado por la subordinación histórica de la profesión de enfermería y un desafío clave para el empoderamiento de las enfermeras (Kendall, 1998). Gran parte del poder que tiene la profesión médica está respaldado por el público que espera confidencialidad en la relación especial que mantiene con su médico. La profesión médica también depende de alianzas con otros profesionales de la salud, el gobierno, el sector privado, la ciencia y los activistas. Se ha cuidado de crear una alineación entre los intereses profesionales y públicos, por ejemplo, en relación con la falta de recursos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, los largos tiempos de espera para el tratamiento y las demandas inaceptables para el personal del hospital. Este dominio profesional también se ha asociado con un aumento en la legitimidad del conocimiento médico, la urbanización, la expansión del seguro de salud y el crecimiento de entornos burocráticos, como los hospitales como centros de "excelencia profesional" (Turner y Samson, 1995). A pesar del predominio de la profesión médica, ha habido desafíos a su sabiduría experta, por ejemplo, los Movimientos Sociales de la Salud (ver Capítulo 7) y la epidemiología laica (Capítulo 6).

Poder con

Describe un conjunto diferente de relaciones sociales, en las que el poder se utiliza deliberadamente para aumentar el poder de otras personas, en lugar de dominarlas o explotarlas. El poder sobre se transforma en poder solo cuando alcanza su fin de manera efectiva, cuando la persona sumisa en la relación ha acumulado suficiente poder interno para ejercer sus propias elecciones. La persona con el poder decide no dominar sino comenzar una discusión que aumentará el nivel de control del otro. El Practicante ofrece asesoramiento a sus clientes en la identificación y resolución de problemas para ayudar a desarrollar su poder desde dentro. El uso transformador del

poder sobre también exige una gran cantidad de auto-vigilancia por parte de todas las personas en la relación, pero en particular por la persona inicialmente más dominante, el Practicante. Si no es así, la relación puede permanecer como poder, por ejemplo, utilizando los diferentes instrumentos de poder social discutidos anteriormente: el poder referente o la mentoría que no trata de completarse puede convertirse en autoridad carismática o "guruización"; y el poder legítimo o experto que no reconoce que otros en la relación pueden tener su propia experiencia puede conducir a un incentivo condescendiente de la dependencia.

Impotencia

La impotencia, o la ausencia de poder, ya sea imaginaria o real, es un concepto individual con la expectativa de que el comportamiento de una persona no puede determinar los resultados que busca. Combina una actitud de auto-culpa, un sentimiento de desconfianza generalizada, un sentimiento de alienación de los recursos para la influencia social, una experiencia de privación de derechos y vulnerabilidad económica y un sentimiento de desesperanza para ganar influencia social y política (Kieffer, 1984). El proceso por el cual las personas pueden percibirse como impotentes se describe en el Cuadro 2.2.

Cuadro 2.2. Experimentando la impotencia.

El proceso por el cual las personas pueden percibirse como impotentes puede comenzar cuando las personas y los grupos que viven en condiciones de riesgo o que experimentan desigualdades en la salud (vivienda deficiente, desempleo, condiciones insalubres) se sienten angustiados por la injusticia de su situación (su bajo estatus en algunos países). jerarquía de poder o autoridad, indicada en parte por la riqueza). Estas personas luego internalizan este sentimiento de injusticia como aspectos de su propia "maldad" o "fracaso". Esta internalización se suma a su angustia, y también a su pérdida de significado y propósito, con efectos medibles en sus cuerpos, como la hipertensión (Labonte, 1998). Los impotentes a menudo experimentan poca influencia sobre los eventos y las condiciones que afectan su existencia, ya sea directamente o mediante el acceso a recursos, información e

instalaciones. Esta situación empeora, cuando el discurso social dominante sobre el éxito es la competitividad, el individualismo y la meritocracia, donde se presume que las personas tienen éxito o fracasan simplemente por su propia iniciativa o capacidad (Lerner, 1986). Esta internalización de la "maldad" conduce a lo que se describe como impotencia aprendida (Seligman, 1975).

Michael Lerner (1986), politólogo y psicoterapeuta, argumenta que las personas que viven en condiciones de alto riesgo, por ejemplo, en viviendas de barrios marginales, pueden experimentar lo que él denominó como "impotencia excedente". Este es un excedente creado por, pero distinto de, las condiciones externas u objetivas de impotencia. En el exceso de impotencia, los individuos internalizan su impotencia objetiva o externa y crean una barrera psicológica potente para potenciar la acción. Ni siquiera se involucran en actividades que satisfacen sus necesidades reales. Comienzan a aceptar aspectos de su mundo que son autodestructivos para su propia salud y bienestar, pensando que estos son rasgos inalterables de lo que ellos consideran una realidad.

El poder y la impotencia son conceptos relativos, ya que uno puede tener autoridad o estatus social en virtud de que otros no lo tienen. Alguien puede tener autoridad o estatus en una situación, en relación con otras, pero no en otra situación. Por lo tanto, los profesionales deben buscar y trabajar en áreas de la vida de las personas en las que son relativamente poderosos.

Suma cero y suma no cero

El poder de suma cero existe cuando uno solo puede poseer x cantidad de poder en la medida en que alguien más tenga la ausencia de una cantidad equivalente. Por lo tanto, es una situación de "ganar / perder". Mi poder sobre ti, más tu ausencia de ese poder, es igual a cero (de ahí el término "suma cero"). Yo gano y tú pierdes. Para que ganes poder, debes tomarlo de mí. Si puedes, ganas y yo pierdo. El poder se utiliza como apalancamiento para elevar la posición de una persona o grupo, mientras que al mismo tiempo lo reduce para otra persona o grupo. Sin embargo, en un momento dado solo habrá un gran apalancamiento (riqueza, control, recursos)

que se posea dentro de una sociedad. Esta distribución y la autoridad de toma de decisiones que la acompaña son de suma cero. Al mismo tiempo, existen formas dominantes de estatus o privilegio, como clase, género, educación y antecedentes étnicos que tienden a estructurar las relaciones en la mayoría de las situaciones sociales. Los practicantes, en el curso de su trabajo, pueden encontrar ineludible ayudar a algunas personas pero no a otras. La política de salud pública a veces puede imponer a los practicantes un requisito para trabajar con grupos específicos como los pobres, las personas sin hogar o los "no saludables". Se basa en la interpretación del poder como dependiente de los recursos y dependiente de algún tipo de producto material. Básicamente, ignora que el poder también puede ser el resultado de las relaciones sociales, incluida la relación que uno tiene con uno mismo (poder desde adentro).

Por lo tanto, existe otro concepto importante de poder, uno que se considera no como fijo y finito, sino como infinito y en expansión. Esta es la forma de poder de suma no cero que es "ganar / ganar", ya que se basan en la idea de que si una persona o grupo gana, todos los demás también ganan. La confianza, el cuidado y otros aspectos de nuestras relaciones sociales entre nosotros son ejemplos de poder de suma no nula. Para ser más empoderadores en su trabajo, los practicantes deben gravitar hacia la formulación de una suma no nula. El poder ya no se ve como un bien finito, como la riqueza, o como el estado comparativo y la autoridad que esto podría conferir. Más bien, el poder de la suma no cero toma la forma de relaciones basadas en el respeto, la generosidad, el servicio a los demás, un flujo libre de información y el compromiso con la ética de la atención y la justicia. El rol del Practicante en esta construcción de poder es usar estos atributos para engendrarlos en otros y para transferir el poder, en parte, proporcionando un mejor acceso a la información y los recursos (Laverack, 2004).

En la práctica, la salud pública implica simultáneamente las formas de poder de suma cero y de suma no cero. El poder no se puede dar, pero los practicantes pueden habilitar a las comunidades para obtener el poder de los demás. Los profesionales primero deben identificar sus propias bases de poder y luego, a través de la relación profesional-cliente, compartir esto para que otros puedan controlar las

influencias en sus vidas y su salud. Por ejemplo, el nivel educativo y la capacitación profesional, los ingresos más altos, el estatus de experto y la clase social, la influencia sobre los tomadores de decisiones, la familiaridad con los sistemas de burocracia y el control sobre las asignaciones presupuestarias son todas formas de bases de poder de los practicantes. Los practicantes generalmente tienen más poder o una base de poder más fuerte que sus clientes y deben entender cómo usar esto para ayudar a otros a obtener poder.

Empoderamiento: los medios para alcanzar el poder.

El empoderamiento es el medio para alcanzar el poder. En el sentido más amplio, es "el proceso mediante el cual las personas desfavorecidas trabajan juntas para aumentar el control sobre los eventos que determinan sus vidas" (Werner, 1988, p. 1). La mayoría de las definiciones le dan al término un valor positivo similar y encarnan la noción de que el empoderamiento debe provenir de un individuo, grupo o comunidad. La esencia del empoderamiento es que no puede ser otorgado y debe ser obtenido por aquellos que lo buscan. Aquellos que tienen poder o acceso a él, como los practicantes, y aquellos que lo quieren, como sus clientes, deben trabajar juntos para crear las condiciones necesarias para hacer posible el empoderamiento en salud pública. En la práctica profesional, este es un papel mutuo desempeñado por el Profesional que puede facilitar el cambio y los clientes que lo identifican y ejecutan. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, uno debe ser capaz de identificar su propia base de poder para compartirla con otros. La incapacidad de algunos practicantes para identificar y usar su base de poder puede explicar el hecho de que el poder de obtener poder se descuide a favor del acto de intentar ayudar a otros simplemente a través de la entrega de información, recursos o servicios.

El concepto de empoderamiento generalmente se describe como existente en uno o más niveles, a saber; Individual, familiar, organizativo y comunitario. Christopher Rissel (1994, p. 41) incluye un mayor o mayor nivel de empoderamiento psicológico (individual) como parte del empoderamiento de la comunidad. Argumenta que el empoderamiento de la comunidad incluye "un componente de acción política en el que los miembros han participado activamente y el logro de

una cierta redistribución de los recursos o la toma de decisiones favorables para la comunidad o el grupo en cuestión". Barbara Israel y sus colegas (1994) identifican de manera similar la acción psicológica y política como dos niveles de empoderamiento de la comunidad, pero incluyen un tercer nivel intermedio entre ellos, el de empoderamiento organizacional. Una organización empoderada es una organización gestionada democráticamente, sus miembros comparten información y control sobre las decisiones y participan en el diseño, la implementación y el control de los esfuerzos hacia las metas definidas por consenso grupal. Haynes y Singh (1993) proporcionan un modelo para el "empoderamiento de la familia" como una unidad social dentro de las comunidades que pueden organizarse para ganar poder. Este es un tema común en las sociedades no occidentalizadas donde se da importancia al bienestar de las unidades sociales como la familia en lugar de a la persona. A la inversa, los programas de salud pública a menudo se dirigen a la persona, por ejemplo, para cambiar el comportamiento o aumentar el conocimiento.

El peligro es que este enfoque puede superponerse de manera inapropiada en otros contextos socioculturales que se centran en la unidad familiar o comunitaria en lugar de en el individuo. La familia es la unidad central de la sociedad en estos contextos culturales y el propósito del empoderamiento es dar a las familias, grupos y comunidades un mayor control en el nivel apropiado para que puedan abordar sus propias necesidades.

El empoderamiento de la comunidad es una interacción entre las formas de empoderamiento individual, familiar y organizacional. Ocurre tanto a nivel individual como colectivo y es un proceso dinámico que involucra cambios continuos en el poder entre diferentes individuos y grupos en la sociedad. El empoderamiento de la comunidad también es un resultado y en esta forma se puede medir como una redistribución de recursos, una disminución de la impotencia o el éxito en lograr un mayor control (Rappaport, 1985). Sin embargo, el empoderamiento se ve más consistentemente como un proceso que avanza a lo largo de un continuo en el que las personas se organizan cada vez mejor hacia la acción social y política y pueden medirse como un conjunto de factores o dominios organizacionales.

Per-Anders Tengland (2007) concluye a partir de un análisis conceptual del empoderamiento colectivo que, como resultado o como proceso, tiene aplicabilidad para crear oportunidades para mejorar la salud. Él cree que la lógica para usar un enfoque de empoderamiento en la salud pública está justificada porque se basa en una teoría bien fundamentada que cuenta con apoyo empírico y que es ético o moralmente correcto hacerlo. También reconoce que muchos practicantes no tienen el conocimiento y las habilidades que se requieren para llevar a cabo un enfoque de empoderamiento y plantea el problema de la capacitación adecuada. Los profesionales a menudo trabajan con clientes de diferentes orígenes culturales y necesitan tener una comprensión compartida de la capacitación para poder utilizar este enfoque en su trabajo diario. Por lo tanto, la capacitación tendría que incluir una mejor comprensión de nosotros mismos como practicantes, nuestras creencias y valores, y poner esto en un marco de otras percepciones sociales y culturales del poder y el empoderamiento.

Activismo

El activismo es acción en nombre de una causa, acción que va más allá de lo que se considera rutina en la sociedad (Martin, 2007). Lo que constituye un activismo depende de lo que es convencional en la sociedad, ya que cualquier acción es relativa a otras. En la práctica, las organizaciones activistas emplean una combinación de estrategias convencionales y no convencionales para lograr sus objetivos (Laverack, 2013). El activismo tiene un propósito explícito para ayudar a empoderar a otros y esto se materializa en acciones que suelen ser enérgicas, apasionadas, innovadoras y comprometidas. El activismo ha desempeñado un papel importante en la protección de los trabajadores contra la explotación, la protección del medio ambiente, la promoción de la igualdad para las mujeres y la oposición al racismo. El activismo es un proceso dinámico porque las organizaciones pueden optar por usar una variedad de tácticas, culturalmente informadas y hasta cierto punto determinadas por las leyes locales, las oportunidades políticas, la cultura y la tecnología. Sin embargo, el activismo no siempre se usa de manera positiva, ya que

las acciones de algunos grupos minoritarios pueden oponerse a los derechos humanos y las creencias de la mayoría.

Los tipos de acciones que realizan las organizaciones activistas pueden subdividirse en dos categorías: indirectas y directas.

1. Las acciones indirectas no son violentas y, a menudo, requieren un mínimo de esfuerzo, como votar, firmar una petición, participar en una "sentada virtual (en línea)" y enviar un correo electrónico para protestar por su causa;

2. Las acciones directas pueden ir desde protestas pacíficas hasta infligir daños físicos intencionales a personas y propiedades. El enfoque está en la acción a corto plazo con el objetivo principal, y con frecuencia solo, de tener un efecto inmediato. La acción directa se puede utilizar de manera simbólica para enviar un mensaje al público en general y / o a los propietarios, accionistas y empleados de una empresa específica, y / o a los responsables políticos, sobre reclamos específicos.

Las acciones directas pueden subdividirse en: Acciones no violentas y violentas.

2.1 Las acciones no violentas incluyen protestas, piquetes, vigilias, marchas, campañas publicitarias y acciones legales. Los boicots al consumidor son un ejemplo de acciones no violentas centradas en el cambio a largo plazo de los hábitos de compra y la reforma de los mercados de consumo. El boicot de los consumidores fue una táctica temprana de los activistas para tratar de castigar a las corporaciones, pero en la década de 1990 la tendencia fue más hacia el desarrollo de estándares y la acreditación de productos minoristas que serían recompensados por los consumidores. Se planteó la preocupación de que los boicots de productos podrían obligar a las personas involucradas en el trabajo de manufactura a recurrir a fuentes de ingresos más peligrosas (UNICEF, 2001).

2.2 Las acciones violentas incluyen tácticas físicas contra personas o propiedades, colocarse en una posición de vulnerabilidad manufacturada para evitar acciones como pararse frente a una excavadora o participar en una desobediencia civil.

El activismo por la salud implica un desafío al orden existente cada vez que se percibe que influye negativamente en la salud de las personas o ha provocado una injusticia o una inequidad. Las tácticas del activismo por la salud han seguido

evolucionando junto con los nuevos desarrollos en la tecnología. La mensajería de teléfonos celulares, por ejemplo, se usa ampliamente para comunicarse y organizar protestas. El activismo por la salud también continúa planteando nuevos problemas, como el acoso sexual, la intimidación y la violencia doméstica, haciendo campañas sobre ellos y desarrollando técnicas para abordar las inequidades que crean estos problemas (Plows, 2007).

A continuación, el Capítulo 3 analiza las tensiones que existen en la programación de salud pública entre los enfoques de "arriba hacia abajo" y de "abajo hacia arriba" y ofrece un camino para resolver este problema a través del "seguimiento paralelo". El Capítulo 3 también analiza la importancia de la evaluación de necesidades e introduce enfoques contemporáneos para el mapeo de necesidades dentro de las comunidades en un contexto de programa de salud pública.

Capítulo 3

Programación de potenciación y salud pública.

Introducción

En la práctica, la salud pública se implementa más comúnmente como actividades establecidas dentro del contexto de una intervención, un proyecto o un programa. En este libro, he usado el término "programa" para cubrir todas estas situaciones. El ciclo del programa es administrado y monitoreado convencionalmente por los practicantes e incluye un período de identificación, diseño, valoración, aprobación, implementación, gestión y evaluación. Las consideraciones para el programa se documentan como un acuerdo entre las diferentes partes interesadas, como un Memorando de Entendimiento o como un marco técnico. El propósito es delinear los objetivos, entradas, productos, impacto y otros detalles del programa.

La forma en que los programas de salud pública abordan y definen necesidades particulares es uno de los temas más importantes. Esto puede tomar dos formas principales: "arriba-abajo" y "abajo-arriba". ‘Arriba-abajo’’ describe los programas en los que la evaluación de necesidades proviene de las estructuras superiores del sistema y de la comunidad, definidas por el agente externo. "De abajo hacia arriba" es el reverso en el que la comunidad identifica sus propias necesidades y las comunica a las estructuras principales. La programación descendente es una manifestación de poder, en la cual el Practicante ejerce el control de los recursos financieros y otros recursos materiales sobre el programa. Es una forma de dominio en la que el control se ejerce a través del diseño, la implementación y la evaluación del programa. Intencionalmente uso los términos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba en este libro porque ayudan a ilustrar la relación de poder que comúnmente existe en la programación de salud pública: el Practicante usa su poder para presionar una agenda predefinida en la comunidad con el supuesto que ello les dará más control. Los enfoques descendente y ascendente son tipos ideales de mejores prácticas y demuestran diferencias importantes en relación con el diseño

del programa, y en la tabla 3.1 muestro las principales diferencias entre estos dos estilos en salud pública.

Tabla 3.1 Las diferentes características de los enfoques de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba

Características	**Enfoques de arriba, hacia abajo**	**Enfoques de abajo, hacia arriba**
Función de los agentes	Los agentes externos definen el problema, desarrollan estrategias e involucran a la comunidad para ayudar a resolverlo.	Los agentes externos actúan para apoyar a la comunidad en la identificación de problemas que son relevantes para sus vidas y les permite desarrollar estrategias para resolverlos.
Diseño	Marco de tiempo definido a corto y medio plazo, presupuesto, análisis de partes interesadas.	A largo plazo sin marco de tiempo del programa definido.
Objetivos	Los objetivos están determinados por un agente externo y, por lo general, están preocupados por cambiar los comportamientos específicos para reducir la enfermedad y mejorar la salud.	La comunidad identifica los objetivos que se negocian con el agente externo. Estos pueden estar relacionados con enfermedades y comportamientos, pero también con los resultados de empoderamiento de la comunidad y los cambios políticos y sociales.
Implementación	El control sobre las decisiones recae esencialmente en el agente externo.	El control sobre las decisiones se negocia constantemente.
Terminología	También conocido como programas de Planificación comunitaria y social.	También conocidos como Programas de empoderamiento comunitario, desarrollo comunitario y desarrollo de capacidades comunitarias
Evaluación	Evaluación relacionada con objetivos y resultados a menudo determinados por los agentes externos	Evaluación concerniente al proceso y resultados e inclusión de los participantes.

(Laverack y Labonte, 2000, p. 256)

Los programas de salud pública generalmente se centran en mejorar la salud o prevenir enfermedades. Esto puede ser problemático cuando crea una "tensión de abajo hacia arriba y de arriba hacia abajo" a medida que las comunidades luchan para que sus necesidades sean atendidas dentro del diseño del programa. Sin embargo, en las primeras etapas del ciclo del programa, la etapa de diseño, hay una serie de consideraciones importantes, como el calendario, el lenguaje y la terminología y la evaluación de las necesidades que pueden ayudar a promover una mayor participación de la comunidad.

Por ejemplo, un período de tiempo demasiado corto corre el riesgo real de iniciar cambios a nivel comunitario, solo para terminar antes de que dichos cambios hayan alcanzado algún grado de sostenibilidad dentro de la comunidad. Por lo tanto, el programa debe comenzar con objetivos realistas alcanzables por la comunidad que puedan producir éxitos visibles y en el corto plazo. Esto es para mantener el interés de la comunidad y para promover el progreso hacia otras iniciativas. Es en la fase de diseño que se establece la relación de poder entre el Profesional y las otras partes interesadas del programa, en particular, los beneficiarios previstos. Durante la fase de diseño, los profesionales deben estar preparados para escuchar lo que las personas quieren, no necesariamente les gusta lo que escuchan, pero deben comprometerse a avanzar a partir de las necesidades expresadas.

Es importante que un programa utilice un lenguaje y una terminología que comprendan todos los interesados. Las interpretaciones laicas, por ejemplo, de poder y empoderamiento, pueden usarse junto con un lenguaje más técnico para que todos tengan un entendimiento mutuo del propósito del programa. El cuadro 3.1 proporciona un ejemplo del procedimiento utilizado para desarrollar una definición de trabajo de empoderamiento en un programa en un contexto de Fiji a través de técnicas cualitativas simples.

Recuadro 3.1. Desarrollando una definición de trabajo para el empoderamiento.

Un programa en Fiji utilizó técnicas cualitativas simples para identificar rápidamente los términos locales clave para el poder y el empoderamiento. Las entrevistas no estructuradas se utilizaron por primera vez con los participantes del programa para identificar los encabezados de poder sobre o lewa, poder desde dentro y poder con o kaukauwa. Luego, a través de entrevistas semiestructuradas, el término "lewa" se identificó para referirse a "principalmente lewa", el control del jefe de la aldea y el poder otorgado en el trabajo o en el hogar. El término kaukauwa es el concepto más cercano en el contexto de Fiji al empoderamiento. Se refiere a la fuerza y unidad de la comunidad, que pueden ser desarrolladas y asistidas por sus miembros y pueden usarse para describir el derecho que una persona tiene para hacer algo. Principalmente, lewa es un estado, un estado que se otorga por derecho de nacimiento o por otros de una manera aceptada y es interdependiente de la fuerza o kaukauwa de la comunidad. Es en interés de la persona con la mayoría de los lewa y la comunidad mantener y aumentar el kaukauwa. La relación es recíproca y de esta manera, el lewa y el kaukauwa juegan un papel importante en la unidad y la fuerza de la comunidad. El kaukauwa puede ser un mecanismo mediante el cual la comunidad gestiona la autoridad delegada por la persona con el lewa. También puede ser un mecanismo utilizado cuando la comunidad decide resistir y desafiar a esta autoridad. Aunque los dos términos proporcionan un entendimiento común, esto puede depender de cómo se usan en un programa, por ejemplo, el término kaukauwa en la forma 'veivakakaukauwataki' sugiere acción y un proceso en lugar de solo un concepto y sería un término más útil (Laverack, 1998).

Requiere evaluación

La evaluación de necesidades se usa para identificar aquellas necesidades que son informadas por un individuo, grupo o comunidad y los recursos y resultados que se requieren para resolverlos (Gilmore, 2011). Una evaluación de necesidades es un

punto de partida lógico de cualquier programa de salud pública porque puede incluir a todos los socios en su diseño y puede construir relaciones de trabajo a largo plazo. El mapeo de activos de la comunidad, por ejemplo, es un inventario de las fortalezas de las personas, las interconexiones sociales y las redes y cómo se puede acceder a ellas. Esto es importante porque las oportunidades para los programas de salud pública dependen en gran medida de los activos sociales, financieros, físicos y ambientales a nivel local (Jirojwong y Liamputtong, 2009).

Las necesidades del programa generalmente se basan en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, mientras que las necesidades de los socios comunitarios generalmente se basan en abordar los problemas locales. A veces, estos dos conjuntos de necesidades son similares y se pueden conciliar en el diseño del programa. Más a menudo, las necesidades son diferentes y se debe encontrar un compromiso a través del diseño e implementación del programa. Por ejemplo, en Auckland, Nueva Zelanda, las personas polinesias de 45 años y más tienen tasas de cardiopatías cardiovasculares e isquémicas que son significativamente más altas (aproximadamente el doble) que las de la población total. Los hombres y mujeres polinesios también tienen tasas de prevalencia más altas de diabetes y peores indicadores relacionados con la causa para la obesidad, la dieta, el ejercicio físico y el consumo de tabaco (Ministerio de Salud y Ministerio de Asuntos de las Islas del Pacífico, 2004). Sin embargo, los programas de salud pública para promover la actividad física, especialmente entre las mujeres de la Polinesia, no han tenido éxito porque no han reconocido la inadecuación cultural del ejercicio y otras actividades relacionadas con el estilo de vida de las mujeres en lugares públicos.

Un enfoque de evaluación de necesidades involucra métodos cuantitativos y cualitativos para determinar qué necesidades son prioritarias, qué se debería hacer, qué se puede hacer y qué se puede pagar. En la práctica, quiénes participarán en la evaluación de necesidades se decide a través de la representación de unos pocos en nombre de la mayoría, por ejemplo, los representantes electos de una comunidad. Esto se debe a que, por lo general, no es posible que todos participen en la evaluación de necesidades, incluso cuando se usan métodos participativos. La diversidad de algunas comunidades también puede crear problemas con respecto a

la selección de representantes. La participación puede volverse vacía y frustrante para aquellos cuya participación es pasiva y algunas veces puede permitir que las personas con autoridad afirmen que todas las partes fueron consideradas, aunque solo unos pocos se benefician.

Cartografía

El mapeo es una etapa importante en la evaluación de necesidades que incluye la identificación, clasificación y priorización de las necesidades y los activos de un grupo específico. Hay una serie de técnicas de mapeo, en su mayoría basadas en los principios de la evaluación de necesidades de colaboración, que se pueden utilizar para atraer a una gran audiencia. Estos incluyen planificación de todo el sistema, cumbres de valores, espacios abiertos y eventos de Conversación Grande. Si bien estos enfoques pueden ser demasiado grandes, requieren mucho tiempo y son costosos para muchos practicantes, vale la pena mirar dos ejemplos para ilustrar cómo funcionan en la práctica: planificación del sistema completo y cumbres de valores.

Planificación de todo el sistema.

La planificación de todo el sistema es un enfoque para reunir muchos intereses de subgrupos diversos para recopilar información, entenderse unos a otros y crear un plan para realinear los planes actuales y futuros. El evento se lleva a cabo en un espacio grande, como en un centro comunitario o lugar de eventos donde las personas pueden reunirse y sigue un proceso en 3 partes: La primera parte se enfoca en el pasado para comprender las causas de la necesidad y, si esto sigue siendo un problema. La siguiente parte se centra en los desafíos actuales, fortalezas y debilidades. La parte final se enfoca en el futuro, a menudo comenzando con un ejercicio de visión para determinar un estado futuro deseado que luego se comparte, se desarrolla y se le asigna un significado local (South et al, 2013).

Valores cumbres

Una cumbre de valores reúne a una gama diversa de personas y sus perspectivas para crear una mejor comprensión de cómo las diferencias, el estatus social y las expectativas culturales de las personas pueden afectar sus experiencias de salud y atención médica. Crean un espacio para que los pacientes, el público y los ciudadanos se conecten con líderes y profesionales de la salud y ofrezcan una nueva forma de hablar, escuchar y comprender temas clave. Las cumbres de valores suelen tener dos formas: consultas abiertas y cerradas. Las consultas abiertas utilizan reuniones informales en, por ejemplo, salas de espera clínicas, supermercados y plazas para preguntar a las personas sobre sus opiniones sobre un problema de salud en particular. Estos eventos suelen ser un enfoque de asociación con el proveedor de servicios comunitarios, el sector voluntario y las autoridades locales que participan en la organización del evento. Las consultas cerradas utilizan encuestas anónimas en línea, cuestionarios y entrevistas individuales para obtener las opiniones de las personas sobre un problema de salud en particular (Servicio Nacional de Salud, 2015).

Hay una serie de otras estrategias para el mapeo que se pueden usar dentro de los programas con grupos pequeños, más manejables e incluyen el mapeo de activos de la comunidad (que se analiza a continuación). El rol del Practicante es animar a otros a pensar críticamente sobre sus propios activos, su acceso a recursos externos y su capacidad para tomar decisiones (Rifkin y Pridmore, 2001). Una vez que se han identificado las necesidades, la función del profesional es ayudar a otros a clasificarlos y avanzar hacia la toma de decisiones y la acción. Cuando se trabaja con socios locales que no saben leer y escribir, se pueden usar imágenes o dibujos en lugar de palabras para desarrollar una lista clasificada. Luego se puede calificar la lista, colocando el más alto en la parte superior y el puntaje más bajo en la parte inferior, para ayudar con la priorización.

Mapeo de activos de la comunidad

El mapeo de activos de la comunidad ha recibido una atención considerable, por ejemplo, en el Reino Unido, como una forma de fomentar la "agenda de la Gran

Sociedad". Esto implica alejar el poder del gobierno central y entregarlo a las comunidades e individuos locales a través de ayudar a empoderar a otros, cambiar y abrir los servicios públicos y promover la acción social (South et al, 2013). Los pasos para emprender con éxito un enfoque de mapeo de activos de la comunidad incluyen:

• La comunidad debería identificar los activos que valoran, ya que es probable que tengan el mayor impacto. Las capacidades individuales y comunitarias pueden considerarse como activos solo en la medida en que sean valiosas para la comunidad;

• Es importante tener en cuenta cuáles son las razones para hacerlo y qué se espera lograr con ello. Es probable que estas consideraciones determinen el área geográfica que se evaluará, el tamaño de la muestra que se entrevistará y las preguntas que se harán en el ejercicio de mapeo;

• Es importante tener en cuenta, en una etapa temprana del proceso, cómo se alojarán los activos encuestados, como el uso de una base de datos, ya que esto afectará la forma en que se actualizarán en el futuro;

• Es importante asegurarse de que el mapeo final se monitorea continuamente para verificar si está actualizado y aún es útil (NHS North West, 2011).

El mapeo puede ser una actividad que requiere mucho tiempo y requiere una buena planificación y recursos. La experiencia muestra que es importante involucrar a una variedad de partes interesadas que pueden establecer contactos con diferentes segmentos de las comunidades locales. Los cuestionarios pueden ser una forma eficiente de recopilar información de manera sistemática sobre los bienes personales de las personas; sin embargo, las preguntas deben poder alcanzar el nivel de detalle correcto, de lo contrario, su uso será limitado. De manera similar, los eventos locales pueden ser una manera exitosa de llevar a cabo el mapeo de activos y ofrecer un contexto en el cual identificar metas específicas y valoradas individualmente (Giuntoli, Kinsella and South, 2011). Los practicantes a veces no tienen las habilidades para usar enfoques participativos para ayudar a otros a realizar una evaluación de necesidades, por lo que en el Cuadro 3.2 proporciono un

ejemplo de cómo se usó un enfoque semi-participativo en una comunidad escolar en Escocia para ayudar a los estudiantes a identificar sus necesidades.

Cuadro 3.2 Identificación de necesidades en una comunidad escolar

La escuela primaria Hillhead se encuentra en una zona urbana de Glasgow, Escocia, con 500 niños de hasta 12 años. La Asociación de Padres y Maestros y los niños plantearon el problema de los accidentes tanto dentro como fuera del entorno escolar. Los practicantes querían conocer a los niños sobre sus perspectivas de seguridad escolar y cómo les gustaría que fuera un entorno más seguro como parte del diseño de una intervención de salud pública. Los niños más pequeños fueron alentados a describir las áreas seguras e inseguras de la escuela y en su viaje hacia y desde la escuela mediante el uso de un dibujo. A los niños mayores se les mostraron datos epidemiológicos en un formato visual utilizando gráficas de barras, gráficas circulares y gráficas de accidentes escolares y de carretera en el área de Glasgow. Se les preguntó a estos niños qué pensaban que significaba esta información, ¿por qué les ocurrieron más accidentes a los niños, por qué ocurrieron en ciertos momentos del día y en ciertos lugares? Los niños proporcionaron respuestas muy serias, incluso planteando el problema del sesgo de notificación y esto proporcionó una perspectiva diferente a los practicantes. Se les pidió a los niños sus ideas sobre cómo rediseñar el patio de recreo de la escuela y sobre las nuevas reglas que les gustaría introducir para ayudar a que su escuela sea un lugar más seguro. Las sugerencias de los niños incluían pintar los bordes de las escaleras, quitar los clavos de las barandas, colocar bancos en los patios de recreo donde los niños pudieran descansar como un área tranquila lejos de la brusquedad del parque y emocionantes momentos de juego para permitir que los niños más pequeños jueguen y evitar los niños más mayores. El Practicante podría luego utilizar las ideas presentadas por los participantes como parte de un proceso de planificación para acciones comunitarias, apoyado por una agencia externa (Roberts, 1998).

En el Cuadro 3.3, proporciono el ejemplo de la "historia con un vacío", una técnica visual simple que permite a las personas analizar las necesidades importantes compartidas por su comunidad y luego desarrollar estrategias para abordarlas.

Cuadro 3.3 Análisis de las necesidades de la comunidad: la historia con un vacío.

La "historia con un vacío o hueco" es una herramienta que se utiliza para estimular el debate sobre las causas y las soluciones a las necesidades prioritarias a nivel de la comunidad. La técnica comienza cuando a cada grupo se le dan dos imágenes grandes. Una imagen muestra la situación anterior de una prioridad de la comunidad, por ejemplo, un accidente de tráfico. Se le pide al grupo que desarrolle una historia sobre su comunidad y los problemas que han encontrado debido al tráfico en su área. Se anima a los participantes a que realicen la historia realista al incluir los nombres de lugares y personas. La segunda imagen muestra la situación posterior, por ejemplo, el tráfico en movimiento lento regulado por semáforos o reductores de velocidad. Se le pide al grupo que desarrolle una historia que explique cómo se ha producido esta mejora. Las historias que ellos desarrollen "llenarán el vacío" entre las dos imágenes. Se les pide a los miembros del grupo que cuenten su historia y el contenido se discute para identificar posibles vías hacia las soluciones. La herramienta les permite a los participantes generar ideas sobre cómo la comunidad puede organizarse para encontrar soluciones que consideren que tienen una alta prioridad. El practicante facilita este proceso de descubrimiento y forma parte del desarrollo de habilidades específicas necesarias para la capacidad de la comunidad (Srinivasan, 1993).

Empoderamiento de seguimiento paralelo

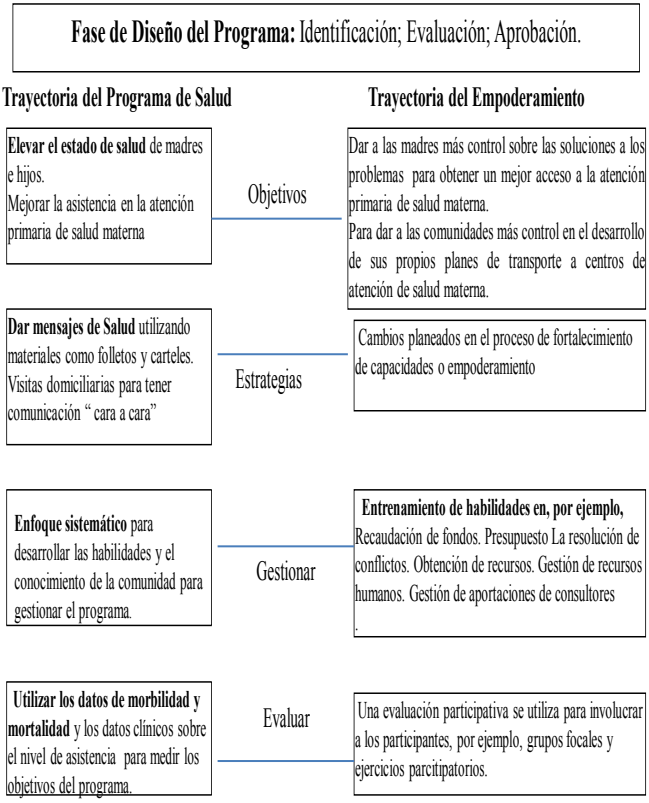
Un desafío importante en salud pública es cómo satisfacer las necesidades de abajo hacia arriba dentro de los programas de arriba hacia abajo. Para lograr este objetivo, el proceso de empoderamiento puede verse mejor como una "vía paralela" que se ejecuta a lo largo de la pista principal del programa de salud pública. Las tensiones, en lugar de ser vistas convencionalmente como una tensión de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, pueden ocurrir en cada etapa del ciclo del programa, haciendo

que su resolución sea factible. El seguimiento paralelo ayuda a hacer avanzar nuestro pensamiento profesional desde una simple dicotomía ascendente / descendente. A través del seguimiento paralelo, los recursos financieros, materiales, humanos y otros pueden estar disponibles sistemáticamente de una manera más empoderadora.

En el seguimiento paralelo la finalidad del programa cambia para convertirse en un camino a través del cual las necesidades de abajo hacia arriba se formalizan intencionadamente, preferiblemente a ser vistas como un beneficio secundario. El asunto de la programación en juego es como tanto el seguimiento de la salud pública como el seguimiento del empoderamiento se unen durante las etapas progresivas del ciclo de programación, concretamente: fijar objetivo; enfoque estratégico; gestión e implementación; y evaluación.

En la figura 3.1 se ilustra el seguimiento paralelo, que muestra cada una de las diferentes etapas del ciclo en un programa sobre salud materna y neonatal.

Figura 3.1. Programas de salud materna y neonatal con seguimiento paralelo



Seguimiento paralelo en un programa de salud materna y neonatal.

Establecer objetivos del programa

El establecimiento de objetivos dentro de la programación convencional de arriba hacia abajo generalmente se centra en la prevención de enfermedades, una reducción de la morbilidad y la mortalidad y el manejo del estilo de vida, como un cambio en comportamientos específicos relacionados con la salud. El problema es cómo dar a los objetivos de empoderamiento una prioridad igual a los objetivos de prevención de enfermedades y reflejar esto en la vía paralela. El Practicante primero debe determinar a los participantes cuáles son sus necesidades, discutidas anteriormente, y luego esta información se usa para establecer los objetivos de empoderamiento que deben ser alcanzables y medibles. Por ejemplo, en salud materna y neonatal, estos pueden incluir objetivos del programa para mejorar el estado de salud de madres e hijos y mejorar la asistencia a los centros de atención primaria de salud materna. Y los objetivos de empoderamiento que podrían incluir brindarles a las madres más soluciones de control para obtener un mejor acceso a la atención primaria de salud materna y dar a las comunidades un mayor control para desarrollar sus propios planes para el transporte de mujeres embarazadas a los centros de atención de salud.

Desarrollar el enfoque estratégico.

Es importante que el enfoque utilizado por el programa sea paralelo a las estrategias que construyen la capacidad y el empoderamiento de la comunidad. En este ejemplo, los objetivos son elevar el estado de salud de las madres y los niños y mejorar la asistencia de las madres a los centros de atención primaria de salud materna. Para lograr estos objetivos, el programa puede emplear típicamente estrategias de comunicación y cambio de comportamiento, por ejemplo, materiales de educación para la salud, charlas de enfermeras con madres y visitas a hogares para discutir la importancia de asistir a las instalaciones de salud materna primaria. Las estrategias para fortalecer el empoderamiento de las madres para obtener un mayor control con respecto a la atención primaria de salud materna pueden incluir el desarrollo de la capacidad de los grupos de mujeres para abordar, por ejemplo,

mejores servicios de transporte o recaudación de fondos colectivos para apoyar el costo del parto y la atención. También hay pruebas sólidas de que la movilización de la comunidad con grupos de mujeres tiene una amplia gama de beneficios, como la rentabilidad, la reducción de la mortalidad y las mejoras en la salud de los recién nacidos, los niños y las madres (Rosato et al, 2008). Es importante establecer objetivos de desempeño a corto plazo, por ejemplo, la formación de un grupo de mujeres, porque estos logros alcanzables pueden ayudar a motivar a las personas hacia objetivos a más largo plazo. El progreso debería revisarse periódicamente para reflejar el éxito y las fallas en la creación de capacidad, y esto puede lograrse mediante el uso, por ejemplo, del enfoque de dominios como se analiza en el Capítulo 9.

Gestión e implementación del programa.

El proceso de gestión se ocupa tradicionalmente de planificar, organizar, dirigir y controlar la utilización de recursos, tanto humanos como materiales, para lograr los objetivos del programa (O'Connor y Parker, 1995). La persona que controla, o tiene poder, este proceso determina la dirección y, a veces, el éxito de lograr los objetivos. En términos más generales, la administración se ocupa de la efectividad, la medida en que se logran los objetivos y la eficiencia, la forma en que se logran los objetivos en comparación con otros medios (Ewles y Simnett, 2003).

El rol del profesional es ser comprensivo para ayudar a que el proceso de gestión sea una experiencia empoderadora para los participantes a través de la participación en actividades tales como informes, presupuestos y evaluación. Para que los participantes del programa tengan la confianza de asumir más responsabilidades, es posible que tengan que adquirir habilidades específicas.

La Tabla 3.2 proporciona una lista de capacitación en habilidades relevantes para miembros de la comunidad que el Profesional puede incorporar sistemáticamente como parte de un plan de gestión del programa.

Tabla 3.2 Desarrollo de habilidades en la planificación y gestión de la salud pública

Fase del Programa	**Entrenamiento de habilidades**
Diseño.	• Análisis de los datos epidemiológicos. • Identificación las necesidades de la comunidad. • Evaluación del diseño del programa.
Establecimiento de Objetivos.	• Escribir objetivos inteligentes. • Desarrollo del marco de actuación. .
Aproximación Estratégica.	• Estrategias para empoderar a individuos, grupos y comunidades. • Modelos y teorías de Salud Pública. • Comunicación interpersonal. • Facilitación de talleres. • Realización de reuniones grupales efectivas y presentación pública.
Gestión e implementación del programa.	• Recaudación de fondos. • Presupuesto (Económico) • Resolución de conflictos. • Obtención de recursos. • Gestión de Recursos Humanos.
Evaluación.	• Técnicas participativas de valoración rural. • Métodos de investigación cualitativa • Métodos de investigación cuantitativa.

(Laverack, 2007, p. 57)

Evaluación del programa.

La etapa final en el ciclo del programa es normalmente una evaluación de los resultados, a menudo comparada con los objetivos, aunque también se pueden llevar a cabo evaluaciones a medio plazo y monitoreo. En el seguimiento paralelo, el objetivo es que se evalúen los objetivos del programa y de empoderamiento. Los resultados del empoderamiento pueden no ocurrir hasta después del marco de tiempo del programa, normalmente de dos a cinco años. Por lo tanto, la evaluación del empoderamiento de la comunidad dentro del contexto de un programa puede evaluarse de manera más apropiada como un proceso así como resultados específicos. El éxito del programa en términos de empoderamiento se evalúa mejor en términos de cómo los participantes, a través de una autoevaluación, experimentan mejoras en sus vidas y salud. Por lo tanto, la evaluación debe emplear métodos participativos que se basen en las experiencias y el conocimiento de los participantes del programa. También existe la necesidad de ser sistemáticos en la forma en que evaluamos el empoderamiento de la comunidad, cómo comparamos la información recopilada en el tiempo extra, entre los encuestados y entre las comunidades dentro del mismo programa y cómo presentamos e interpretamos esta información. Más adelante describo la medición y la representación visual del empoderamiento de la comunidad y discuto cómo esta información puede usarse para interpretar rápidamente las fortalezas y debilidades de una comunidad.

A continuación, el Capítulo 4 aborda cómo los profesionales de la salud pública pueden ayudar a las personas a fortalecerse a través de un mayor sentido de autonomía, superando la impotencia y convirtiéndose en comunicadores más efectivos, aprendiendo a escuchar y desarrollando un diálogo.

Capítulo 4.

Ayudando a los individuos a empoderarse

Ayudar a las personas a empoderarse comienza por construir un poder desde dentro y ayudar a otros a participar en grupos que comparten sus intereses. Es el empoderamiento colectivo más que individual que eventualmente trae consigo cambios sociales y políticos más amplios que pueden mejorar la vida y la salud de las personas. Sin embargo, la capacidad del individuo para superar la impotencia, mejorar sus competencias personales y desarrollar su poder desde dentro es crucial para obtener una mayor influencia colectiva.

Autonomía

La autonomía se refiere a la capacidad de autogobierno, a tomar las decisiones que influirán en la vida y la salud de una persona. Está vinculado a lo que es ser una persona, poder elegir libremente y poder formular cómo se quiere vivir la vida (Kant, Gregor y Reath, 1997). El respeto por la autonomía del individuo y las condiciones en la vida de las personas que apoyan dicha autonomía es fundamental para un enfoque ético y empoderador de la salud pública.

La autonomía y el empoderamiento están estrechamente relacionados, ya que ambos se relacionan con tener la libertad y las oportunidades en nuestras vidas para poder tomar las decisiones correctas por nosotros mismos. La diferencia entre ofrecer un enfoque de empoderamiento en contraste con un enfoque de cambio de comportamiento también está estrechamente relacionada con la autonomía en los programas de salud pública. Si, por ejemplo, el programa le otorga al practicante más autoridad para establecer la agenda, es menos probable que otorgue poder a otros. Si facilita un proceso de evaluación de necesidades, planificación y creación de capacidad, tiene muchas más posibilidades de empoderar. En un contexto profesional, la pregunta clave es: ¿Quiero ayudar a empoderar a las personas o

simplemente cambiar su comportamiento? Ambos enfoques tienen como objetivo lograr mejoras en la salud; sin embargo, la ventaja del empoderamiento es que también fortalece la autonomía y el control para lograr vidas más sanas y más sostenibles. Los cambios de comportamiento a veces conducen a una mayor autonomía y control, pero, si lo hacen, esto suele ser un resultado secundario, por ejemplo, un sentimiento de mayor autoestima después de dejar de fumar. Los programas de salud pública no deberían simplemente apuntar a cambiar el comportamiento, sino que también deberían apuntar al logro de una elección más autónoma a nivel individual (Laverack, 2015).

Es el profesional, o su agencia, el que generalmente proporciona la dirección inicial y el entusiasmo para el programa. Esto es contradictorio con un enfoque de empoderamiento en el que el problema que debe abordarse debe involucrar a los beneficiarios del programa. Sin embargo, es posible que algunos clientes no quieran tener más control en sus vidas, especialmente si han vivido en circunstancias impotentes y sienten que no tienen el derecho o no tienen la capacidad de empoderarse. Para otras personas, la salud es secundaria a sus metas personales y pueden estar dispuestas a arriesgar su bienestar al seguir un estilo de vida poco saludable. Lo que hay que recordar es que el poder no se puede dar. La gente debe ganarlo por sí misma. El derecho a ser facultado recae en el individuo y el rol del profesional es facilitar y permitir que otros tomen mayor responsabilidad sobre sus vidas. Algunas personas pueden temer el arrepentimiento de cometer un error de juicio y, por lo tanto, están dispuestos a delegar el control a otra persona en la que confían. Otros, como los muy jóvenes, los ancianos o las personas con una adicción, pueden no tener la capacidad de organizarse lo suficiente. Las prácticas de salud pública pueden intervenir, por ejemplo, a través de políticas y leyes para proteger la salud de la población para reducir los límites de velocidad de los vehículos para proteger a los conductores y peatones y para restringir la venta de alcohol y tabaco a los niños (Baum, 2008).

Superando la impotencia

Como se discutió en el Capítulo 2, la impotencia es la ausencia de poder, ya sea imaginado o real, y es un concepto personal con la expectativa de que el comportamiento de un individuo o grupo no puede determinar los resultados que buscan (Kieffer, 1984). La impotencia es una barrera para ganar el control en la vida de uno y es algo que tanto los practicantes como sus clientes pueden experimentar. Para los practicantes, esto podría significar las acciones de un gerente autoritario que controla las decisiones que toman, por ejemplo, la microgestión del trabajo de las enfermeras de sala en un hospital. Para un cliente, esto podría significar que un practicante le muestre indiferencia sobre sus necesidades o que se le excluya de las decisiones sobre su atención médica. Es importante que el Practicante sea capaz de reconocer su propia posición de impotencia, porque como analizo en el Capítulo 2, antes de que puedan ayudar a capacitar a otros, primero deben fortalecerse a sí mismos. El ejercicio en el recuadro 4.1 les permite a los practicantes comenzar a pensar críticamente, a discutir y apoyarse mutuamente con respecto a sus propias posiciones de impotencia en un entorno laboral.

Cuadro 4.1 Examinando posiciones de impotencia profesional.

Este ejercicio se puede realizar en pequeños grupos o individualmente. Se les pide a los Practicantes que presenten una descripción (escrita o ilustrada) de ellos mismos en una posición en la que el Director de Enfermería (u otra persona con autoridad para ellos mismos) tenga poder sobre ellos en su entorno laboral. Luego se les pregunta a los practicantes:

¿Cómo se sienten en esta situación?

¿Cuál es la base de su sensación de impotencia?

¿Cómo pueden cambiar la situación para sentirse más cómodos?

¿Qué estrategias simples podrían aplicar para empoderar a sí mismos?

Se recomienda a los Practicantes que discutan sus respuestas con todo el grupo y que el facilitador desarrolle una discusión sobre algunos de los temas clave planteados. El facilitador puede escribir los puntos principales y las estrategias en una pizarra para que todos los practicantes puedan ver el resultado de la discusión.

En el recuadro 4.2 proporciono otro ejercicio sobre prácticas de destete para ayudar a los practicantes a comprender cómo pueden usar su poder para ayudar a empoderar a otros. En muchos países, las mujeres no toman decisiones aisladas del contexto de sus vidas y esto implica pedir consejo a otros miembros de la familia. En este ejemplo, una enfermera le recomendó a Heidi, una joven madre, amamantar exclusivamente a su hijo hasta que tenga seis meses de edad. La enfermera ha explicado los beneficios nutricionales, de protección de la salud y el espaciamiento de los niños de la lactancia materna, además de mostrarle a Heidi cómo iniciar el contacto con la piel y sostener a su hijo para alentarlo a que se alimente y se enlace con la madre. Sin embargo, la madre de Heidi la alienta a destetar al bebé a los 3 meses dándole papilla. Esta es la primera hija de Heidi y está muy ansiosa por darle a su bebé el mejor comienzo en la vida, pero se siente bajo una presión familiar considerable para destetar a su hijo demasiado pronto. Heidi se siente impotente, deprimida y ansiosa por la seguridad de su hijo y le pide a otra enfermera practicante que la ayude con este proceso de toma de decisiones.

Cuadro 4.2. Impotencia y prácticas de destete.

¿Qué debe hacer la enfermera para ayudar a empoderar a Heidi?

Después de discutir el ejemplo de Heidi en grupos, se les pide a los participantes que compartan sus ideas sobre cómo ayudar a Heidi en base a la introducción de los conceptos de poder y empoderamiento. Estas ideas se pueden escribir en una pizarra o en una hoja grande de papel para mostrarlas a otros participantes.

Posibles puntos de discusión:

1. La enfermera practicante utiliza su autoridad y su estatus profesional para dar credibilidad a las preocupaciones de Heidi. 2. Asesorar a la mujer para identificar sus propias bases de poder (apoyo social, familia, amigos) para fortalecer su poder desde dentro. 3. Usando su poder (estado, autoridad), la enfermera practicante puede recomendar al jefe de la familia ('Lo haré, pero solo si consideras cómo aprender a hacerlo tú mismo...') la enfermera practicante ejerce su control con la intención de aumentar el poder interno de Heidi y su familia**.**

Para desarrollar el poder desde adentro, el Practicante puede usar estrategias para aumentar los sentimientos de valor y un sentido de control en sus clientes. Si bien la capacidad del practicante para ser un comunicador eficaz puede ayudar a la manera en que las personas se sienten con respecto a sí mismas, las personas se vuelven más poderosas a través de su propio sentido de valía. Hay una serie de estrategias que pueden ayudar a las personas a desarrollar su poder desde dentro, pero sería poco realista esperar que los practicantes las usen todas. Por lo tanto, selecciono algunas estrategias efectivas y de bajo costo que se pueden utilizar como parte del trabajo diario: los profesionales como comunicadores más efectivos; Reducción de daños y persuasión moral.

Los practicantes como comunicadores más efectivos.

Los profesionales a menudo utilizan la comunicación de salud en su trabajo diario para impartir información a sus clientes, para abogar en nombre de sus clientes o para mediar entre grupos de intereses en conflicto. La comunicación para la salud es el intercambio de información sobre temas de salud para aumentar la conciencia y desarrollar un diálogo con las personas. La comunicación se puede enfocar individualmente en una base (de un profesional a otro) (por ejemplo, un médico que habla con un paciente en su consulta). La comunicación también se puede usar para llegar a un público más amplio, por ejemplo, una discusión grupal que se utiliza para desarrollar un diálogo entre una enfermera y un grupo de madres que esperan en una clínica de bienestar del bebé. La comunicación puede ayudar a las personas a obtener más control sobre sus vidas al proporcionarles información específica que les permita tomar una decisión informada, por ejemplo, sobre los beneficios de la lactancia materna o la inmunización. La comunicación también puede ayudar a las personas a aumentar su comprensión sobre las causas subyacentes de su impotencia, por ejemplo, las razones por las que reciben un ingreso más bajo que sus colegas.

Aprendiendo a escuchar

Escuchar es parte integral de convertirse en un comunicador más eficaz en el que el profesional debe centrarse en lo que el individuo está diciendo y ayudarlo a expresar sus sentimientos o a opinar sobre una necesidad específica. Al dar consejos, el Practicante está ejerciendo su poder experto y legítimo para persuadir al cliente de que acepte una relación de rol subordinada. La relación le otorga al Practicante el derecho de prescribir un consejo mientras el cliente acepta la obligación de cumplir con el consejo. Esto puede relacionarse con un rango de diferentes tipos de información. El Practicante también puede usar su poder en una forma de dominio para controlar la elección de su cliente. Este es a veces un estilo de comunicación necesario cuando, por ejemplo, se da una instrucción precisa, como el autotratamiento de una herida por parte del paciente, para garantizar el cumplimiento. Obtener y dar retroalimentación le permite al Profesional aclarar lo que necesita el cliente, que ha entendido la comunicación anterior o que ha retenido habilidades. Esto puede significar obtener retroalimentación basada en información específica usando preguntas cerradas que requieren respuestas cortas y objetivas (sí / no) o en base a una forma más abierta de preguntas para proporcionar una respuesta más completa. Dar retroalimentación es importante para lograr una comunicación efectiva y, en particular, una retroalimentación positiva que pueda reforzar las fortalezas del conocimiento del cliente o su nivel de habilidad. Para facilitar el proceso de escucha, el profesional puede utilizar enfoques centrados en las personas, como el método clínico centrado en el paciente (consulte el capítulo 5), que aplica los principios de empoderamiento en una relación profesional-cliente.

Una variable crítica en los enfoques de comunicación es el proceso de resolución de problemas y se ha utilizado, por ejemplo, en el autocontrol de la diabetes. Una revisión sistemática de estudios que informaron intervenciones de resolución de problemas para el autocontrol de la diabetes encontró que el 36% de las intervenciones de adultos y el 42% de las intervenciones de niños / adolescentes habían demostrado una mejora significativa en la diabetes, mientras que los resultados psicosociales habían sido incluso más prometedores (Fitzpatrick, Schumann y Hill-Briggs, 2013).

Un ejercicio para ayudar a los practicantes a ser comunicadores más efectivos.

El siguiente es un ejercicio simple que ayuda a los practicantes a pensar cuidadosamente sobre cómo pueden comunicarse con sus clientes, en este caso, en relación con la preparación para el parto en domicilio de un recién nacido (Organización Mundial de la Salud, 2007). En este ejercicio los participantes se dividen en grupos de tres personas. Se le pide a cada grupo que designe a alguien que será el "Practicante", alguien que será la "madre" y alguien que será un "observador" imparcial. La función del "observador" es observar la interacción entre el "Practicante" y la "madre" sin hacer comentarios a su conversación. El "observador" usa la hoja de ejercicios 4.1 para registrar el nivel de interacción y comunicación entre el "practicante" y la "madre". El "Practicante" y la "madre" reciben la hoja de ejercicios 2 y se les pide que consideren cuidadosamente las circunstancias de la planificación del nacimiento de su hijo. El facilitador no les dice cómo hacer esto. El modo de interacción es decidido por ambos participantes y esto establece automáticamente una dinámica de poder entre el "Practicante" y la "madre". Esta dinámica variará según el poder de dentro y el poder de las dos personas. El practicante y la madre deben sentarse juntos para completar las acciones identificadas para resolver la preocupación y colocarlas en algún orden de prioridad. La primera acción sugerida se proporcionó en la hoja de ejercicios 4.2 para alentar la discusión.

Una vez que el ejercicio ha terminado, los participantes discuten sus experiencias como "practicante", "madre" y "observadora" en una sesión plenaria. El facilitador puede preguntar, por ejemplo:

1) ¿Qué sentían sobre el nivel de comunicación uno a uno?

2) ¿Utilizó el practicante un lenguaje empoderador?

3) ¿Escuchó la practicante a la madre?

4) ¿El practicante facilitó a la madre que la ayudara a tomar sus propias decisiones?

La hoja de ejercicios 4.3 proporciona un ejemplo de algunas acciones potenciales que la madre puede desarrollar para planificar un parto y también se comparte con los participantes en la sesión plenaria después del ejercicio.

Hoja de ejercicios 4.1. Lista de verificación de habilidades de comunicación

¿Qué hizo el profesional?	**Si**	**No**	**Comentarios del observador**
Presentarse a la madre.			
Usar el nombre de la madre			
Saludar a la madre.			
Explicar su función y propósito.			
Asegúrarse de que la madre se sentía cómoda.			
Establecer y mantener el contacto visual.			
Escuchar lo que dijo la madre.			
Utilizar preguntas abiertas.			
Informar a la madre que la información será registrada			
Mantener el interés en lo que decía la madre mientras toma notas.			
Identificar y responder a señales verbales y no verbales.			
Proporcionar un resumen de lo que se ha dicho y acordado.			
Aconsejar de forma precisa y concreta.			
Obtener respuestas de la madre.			
Ser amable y agradecer el tiempo que ha empleado la madre, y despedirse.			

(Adaptado de Lloyd and Bor, 2004, p. 190)

Hoja de ejercicios 4.2

Columna 1 **Preocupación prioritaria expresada por la madre.**	**Columna 2.** **Acciones identificadas para resolver esta inquietud**.
¿No tienes un plan para el nacimiento de su hijo? (¿Dónde tendrá lugar el nacimiento? ¿Quién te ayudará? ¿Cómo llegarás allí?)	Desarrolle un plan de nacimiento con roles y responsabilidades claras y toma de decisiones compartidas para un esposo, esposa y familia.

Hoja de ejercicios 4.3: Aprendiendo a escuchar.

Columna 1. **Preocupación prioritaria expresada por la madre.**	**Columna 2.** **Acciones identificadas para resolver esa inquietud.**
¿No tienes un plan para el nacimiento de su hijo? (¿Dónde tendrá lugar el nacimiento? ¿Quién te ayudará? ¿Cómo llegarás allí?)	Desarrolle un plan de nacimiento con roles y responsabilidades claras y toma de decisiones compartidas para el hombre, la esposa y la familia. Identifique quién llevará a la madre al lugar del parto y quién se quedará con ella durante el parto. Acceso a la información sobre lo que sucederá durante el parto, las señales de peligro que conducen al parto y el autocuidado postnatal. Tenga los suministros adecuados para el parto (hoja nueva en una cubierta limpia, hilo limpio, al menos 5 paños, lavados y secados al sol, cambio de ropa, comida y bebida).

(Organización Mundial de la Salud, 2007)

Una evaluación de la comunicación que involucre escuchar, dar consejos y obtener y brindar retroalimentación puede ser una parte importante del proceso de aprendizaje para los practicantes. La lista de verificación de habilidades de

comunicación proporcionada en la hoja de ejercicios 4.1 puede ser utilizada por los capacitadores en juegos de rol o sesiones de práctica de trabajo. El practicante es observado por el capacitador, o por otro participante, que completa cada sección de la lista de verificación y luego proporciona comentarios. Las fortalezas identificadas de la comunicación interpersonal y las áreas que necesitan trabajo adicional se discuten para mejorar la capacidad de comunicación del profesional.

Comunicación uno a uno

La comunicación uno a uno es importante porque permite que se desarrolle un diálogo entre el cliente y el profesional. El diálogo a menudo se basa en el intercambio de conocimientos y experiencias en una comunicación bidireccional que es necesaria para ayudar a las personas a retener mejor la información, aclarar problemas personales y desarrollar habilidades. La comunicación verbal es un método común de transmisión de información entre el profesional y el cliente. Las situaciones en las que se lleva a cabo una comunicación individual incluyen brindar asesoramiento de salud a una persona y asesorar a alguien sobre un tema delicado, como el resultado de un examen médico.

Es importante enfatizar que la elección del estilo de comunicación suele ser a discreción del Profesional, quien decide, según las circunstancias y el tipo de cliente, qué es lo más apropiado. Por ejemplo, el uso de un enfoque de control, como una instrucción directa para hacer que el cliente tome un medicamento recetado, puede verse como una imposición poco ética de los valores del practicante. Esto se puede reforzar a través de la comunicación no verbal, por ejemplo, el lenguaje corporal, la postura y las expresiones faciales. Siempre que sea posible, el Profesional debe considerar un estilo de comunicación que no sea de control, como el enfoque SAPDAER (GATHER) descrito en el Cuadro 4.3.

Cuadro 4.3 El enfoque SAPDAER en la comunicación uno a uno

Saludar a los clientes, hacerlos sentir cómodos, mostrar respeto, confianza y empatía.

Pregúnteles sobre su problema: ayúdeles a hablar sobre sus problemas y necesidades, escúchelos y anime sus comentarios.

Dígales cualquier información relevante: proporcione información técnica sobre su problema de salud, utilice un lenguaje sencillo y concéntrese en los puntos importantes.

Ayúdeles a tomar decisiones: explorando las opciones a sus circunstancias particulares y desarrollando un plan de acción realista.

Explique cualquier malentendido: haga preguntas y aclare cualquier problema planteado.

Regrese para darles seguimiento: haga una nueva visita, haga una nueva cita o refiera a los clientes a otro profesional para asegurarse de que los problemas se entendieron y se resolvieron. Obtener y dar feedback.

Original: El enfoque Gather (Adaptado de Walley, Wright y Hubley, 2001, p. 163)

La asesoría psicológica es una forma de comunicación individualizada y se refiere a cualquier interacción en la que alguien busca explorar, comprender o resolver un problema o un aspecto personal preocupante de su vida. La asesoría se produce en general cuando una persona consulta a otra persona con respecto a un problema, conflicto o dilema que le impide vivir sus vidas de la forma en que desearía hacerlo (McLeod y McLeod, 2011). Esencialmente, la asesoría puede involucrar a las personas que trabajan en cualquier tipo de ayuda, administración o en un papel facilitador, como el trabajo social. La asesoría se puede realizar con una sola persona o con parejas o con un grupo pequeño y se puede brindar a través de métodos tales como comunicación individual, trabajo en grupo (Dryden y Feltham, 1993), comunicación interpersonal, entrevistas y toma de decisiones compartida. La escucha también es una habilidad clave en la asesoría y en el trabajo diario de los profesionales de la salud, y el Cuadro 4.4 proporciona tres ejercicios rápidos que se pueden usar para ayudar a los médicos y sus clientes a comprender mejor la

importancia de escuchar en el proceso de comunicación.

Cuadro 4.4. Tres ejercicios cortos para ayudar a los practicantes y sus clientes a escuchar.

Ejercicio 1. Junte a los participantes y haga que una persona discuta un problema de salud, como la importancia del ejercicio regular, mientras que la otra persona recibe instrucciones para ignorarlos. Discuta la frustración que puede llegar al no sentirse escuchado o ser reconocido, y revise el lenguaje corporal y los comentarios verbales que un buen oyente debe practicar.

Ejercicio 2. Un participante discute una condición de salud, por ejemplo, un esguince de tobillo, dando solo pistas sutiles en cuanto a la naturaleza específica de la condición para el oyente. El oyente tendrá que captar estas sutilezas y, al final, recomendar al orador consejos adecuados sobre el tratamiento o la atención. Los dos participantes luego discutirán las formas en que las personas pueden comunicarse y escuchar más activamente lo que otros dicen.

Ejercicio 3. El grupo de participantes debe pararse en un círculo. Una persona comienza el juego susurrando un mensaje a la persona que está a su lado. Este mensaje, por ejemplo, "piense antes de actuar, mantenga sus manos y pies despejados", debe ser preparado de antemano por el facilitador, que es la única persona que conoce la redacción exacta. La persona que recibió los mensajes debe susurrárselo a la persona que está a su lado y moverse en el sentido de las agujas del reloj alrededor del círculo. Cuando llegue a la persona final del grupo, deben decir el mensaje en voz alta. La primera persona leerá la oración que se les dio, y los participantes podrán ver cuán diferentes son los dos mensajes, ya que es poco probable que el mensaje no haya sido alterado durante el proceso de comunicación y escucha. El grupo puede discutir los principios de la buena escucha.

Reducción de daños

La reducción de daños es un enfoque pragmático que puede ayudar directamente a las personas a reducir las consecuencias perjudiciales de las conductas de alto riesgo

mediante la incorporación de estrategias que cubran el uso más seguro, el uso controlado y la abstinencia. Los comportamientos de alto riesgo que se han incluido en las intervenciones de reducción de daños son el intercambio de agujas, la terapia de sustitución de opioides, la prevención del uso de sustancias en adolescentes, el abandono del hábito de fumar, la falta de vivienda y el trabajo sexual (Ritter y Cameron 2006). Los principios de la reducción de daños a menudo se basan en el reconocimiento de que los comportamientos de riesgo siempre han sido y siempre serán parte de la sociedad. El objetivo principal de la reducción de daños es trabajar con los individuos en sus términos en su contexto y no condenar sus comportamientos, sino minimizar los efectos dañinos de un determinado comportamiento. A diferencia del enfoque moral, que tiende a mejorar la vergüenza, la culpa y los sentimientos de estigma del usuario, el enfoque de reducción de daños se basa en la aceptación y la disposición del proveedor a colaborar con los clientes para reducir las consecuencias perjudiciales (Marlatt y Witkiewitz , 2010). El término "minimización de daños" a veces se usa de manera intercambiable con "reducción de daños". Sin embargo, el término minimización de daños pretende reflejar un objetivo general de las políticas para minimizar daños (Weatherburn 2009).

Una intervención de reducción de daños utilizó entrevistas motivacionales breves para reducir las consecuencias relacionadas con el alcohol en adolescentes (de 18 a 19 años de edad) tratados en una sala de emergencias después de un evento relacionado con el alcohol. Se realizó una evaluación de su condición y el riesgo futuro de daño y las entrevistas motivacionales en la sala de emergencias durante o después del tratamiento del paciente. Las evaluaciones de seguimiento mostraron que los pacientes que recibieron las entrevistas motivacionales tuvieron una incidencia significativamente menor de consumo de alcohol y conducción, infracciones de tráfico, lesiones relacionadas con el alcohol y problemas relacionados con el alcohol que los pacientes que solo recibieron la atención estándar en la sala de emergencias (Monti et al, 1999).

Hay una oposición a las estrategias de reducción de daños por parte de algunos practicantes que desean eliminar las conductas de alto riesgo mediante la aplicación

de políticas de abstinencia exclusiva. Esto es a pesar de la evidencia generalizada de que los programas de reducción de daños pueden ser efectivos y rentables, por ejemplo, para frenar la propagación del VIH y otras enfermedades transmisibles, los programas de prevención de sobredosis y los programas de detección en la sala de emergencia y de uso de sustancias en el lugar de trabajo y Witkiewitz, 2010).

En la práctica, la reducción de daños es más viable como un enfoque en salud pública cuando se usa en combinación con otras estrategias, como la educación entre pares, para controlar las conductas de alto riesgo. La educación entre pares es un enfoque en el que las personas reciben apoyo para promover cambios que mejoren la salud entre sus compañeros. En lugar de profesionales de la salud que educan al público, se considera que los laicos están en la mejor posición para fomentar comportamientos saludables entre sí. La educación entre pares se ha vuelto muy popular en el campo de la prevención del VIH, especialmente en los que participan jóvenes, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas intravenosas. La educación entre pares también está asociada con los esfuerzos para prevenir el consumo de tabaco, drogas o alcohol entre los jóvenes, el embarazo en la adolescencia y la falta de vivienda (UNAIDS, 1999).

Persuasión moral

La persuasión moral es el acto de tratar de usar los principios morales para influir en los individuos para cambiar sus prácticas, creencias y acciones (Laverack, 2014, p. 132). La persuasión moral es una forma de persuasión basada en el razonamiento moral para cambiar las creencias y los comportamientos de las personas. La persuasión es un proceso dirigido a cambiar la actitud, creencia o comportamiento de una persona (o grupo) hacia algún evento o idea mediante el uso de métodos de comunicación que incluyen palabras habladas para transmitir información, sentimientos o razonamiento. La persuasión también puede interpretarse como el uso de los recursos personales o posicionales de uno para obtener influencia para cambiar los comportamientos o actitudes de las personas (Seiter y Gass, 2010).

El movimiento de la temperancia, por ejemplo, utilizó una estrategia de persuasión moral para oponerse al consumo de bebidas alcohólicas y cerveza hasta el punto de la abstinencia total en el Reino Unido en el siglo XIX. La estrategia se concentró en el establecimiento de un movimiento masivo de hombres en su mayoría para hacer un "compromiso" de dejar de consumir alcohol. El movimiento ofreció apoyo a través de un conjunto de grupos de autoayuda y trabajó en todas las clases de la sociedad, abogando por una fuerza laboral sobria, así como por "defensores" (abstinencia total) en todas partes (Berridge, 2007). Un enfoque similar es en relación con la fijación de los pies, practicada universalmente en China, que fue dolorosa y peligrosa y afectó a las mujeres chinas durante un milenio. Y, sin embargo, esta práctica terminó, en su mayor parte, en una sola generación. El movimiento de pie natural fue defendido por los modernistas liberales y los defensores de los derechos de las mujeres y se desarrolló en los años de cambio que culminaron en la Revolución de 1911. La reforma y el desarrollo económico urbano eran parte de la modernización y la migración masiva del campo. En consecuencia, esto brindó oportunidades alternativas de apoyo para que las mujeres fortalecieran su independencia financiera y su poder de negociación. El movimiento del pie natural utilizó la persuasión moral al formar alianzas, llamadas "asociaciones de prenda", de padres que prometieron no atar a sus hijas ni permitir que sus hijos se casen con mujeres de pies atados (Mackie, 1996) como principios morales sobre la base de cambio de comportamiento individual. Un elemento importante en el proceso de movilización de individuos en la lucha contra la mutilación genital femenina (MGF) también ha utilizado la persuasión moral. Las declaraciones públicas pueden tomar diferentes formas, como la firma de una declaración, ritos alternativos para celebraciones de pasajes y reuniones en varios pueblos. Cuando se hacen declaraciones públicas, esto sugiere que un número suficiente de personas han decidido, por razones morales, no cortar a sus hijas y abandonar la MGF, lo que puede promover aún más el abandono a gran escala. Las declaraciones públicas pueden marcar una decisión final de abandonar la MGF o son un hito que significa la preparación para el cambio, e indican que se necesita más apoyo para sostener y acelerar el proceso (Johansen et al, 2013).

A continuación, el Capítulo 5 aborda el campo contemporáneo del empoderamiento del paciente, la importancia de la relación profesional-paciente y analiza los enfoques para lograr la autogestión del paciente. El Capítulo 5 también analiza el papel que los grupos de acción de defensa, redes y participación pueden desempeñar en la capacitación más amplia de los pacientes.

Capítulo 5. Empoderamiento del paciente

Introducción

Históricamente, el empoderamiento del paciente se ha derivado de dos puntos de vista diferentes basados en la relación de poder profesional-paciente. Uno es que el cumplimiento de las instrucciones del profesional es fundamental para la buena salud. La otra es que la salud de las personas mejora no solo al cumplir con las instrucciones, sino también cuando el paciente participa activamente en las decisiones sobre su propia salud. El primer punto de vista es uno que está incrustado en la interpretación biomédica de la salud, mientras que el segundo está incrustado en su interpretación socioeconómica. Los profesionales de la salud han controlado tradicionalmente el manejo de la enfermedad, aliviando así a los pacientes de la responsabilidad, pero se reconoce cada vez más como importante el empoderamiento del paciente, especialmente en las enfermedades que requieren el cumplimiento de los medicamentos y un cambio en el estilo de vida, por ejemplo, en el caso de la diabetes (Rifkin, 2006). También ha habido un cambio en el que los pacientes quieren, incluso exigen, participar más en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Una revisión de 115 estudios de participación de pacientes encontró que la mayoría de los encuestados preferían participar en la toma de decisiones médicas en solo el 50% de los estudios antes del año 2000 en comparación con el 71% de los estudios después del año 2000 (Chewning et al, 2012). Los profesionales ahora tienen que considerar más detenidamente cómo pueden involucrar a los pacientes en los sistemas de salud en los que trabajan y en la interpretación de la salud que utilizan.

El papel de la educación en el empoderamiento del paciente no es obligar a las personas a seguir instrucciones específicas, sino permitirles aumentar su autosuficiencia y tomar decisiones autónomas. La educación del paciente utiliza

cada vez más ayudas para la toma de decisiones que ayudan a los pacientes a elegir las mejores opciones de tratamiento y atención médica que mejor se alineen con sus valores y preferencias. Estas ayudas, por ejemplo, los medios interactivos, también pueden ayudar a aumentar la confianza de los pacientes y facilitar el proceso compartido de toma de decisiones entre profesionales y pacientes (van Til et al, 2010). Por ejemplo, una encuesta de 1,700 pacientes en el Reino Unido que accedió a un sitio web de información de salud mostró una alta demanda de pacientes por servicios de salud en línea, tales como hacer una cita con el médico de cabecera y pedir medicamentos repetidos. Casi la mitad de los encuestados (47%) tenían más de 55 años, lo que indica que la demanda de servicios de salud basados en Internet no se limita a pacientes más jóvenes y que más de las tres cuartas partes de los encuestados (78%) eran mujeres (Patient UK, 2012). Un obstáculo importante para la educación del paciente es la suposición por parte de algunos profesionales de que desempeñan un papel dominante y pueden resistir los cambios para una asociación más equitativa con sus clientes y una comprensión más amplia de la salud (Rifkin, 2006).

¿Qué es el empoderamiento del paciente?

El empoderamiento del paciente permite que las personas tomen el control de su salud, bienestar y manejo de la enfermedad y que participen en las decisiones que afectan su cuidado. El empoderamiento de los pacientes implica respetar los derechos de los pacientes, darles a las personas una "voz" para que puedan participar colectivamente y hacer que los sistemas de salud sean más fáciles de usar y la información de salud sea más accesible (Lancet, 2012).

El empoderamiento del paciente es diferente al enfoque tradicional de atención que tiende a ignorar las preferencias personales y crea una dependencia en el Profesional y en los sistemas de salud. La relación profesional es tradicionalmente paternalista y desigual cuando se considera que la experiencia pertenece a la persona con mayor control, el practicante. Por lo tanto, el empoderamiento del paciente a veces puede estar en conflicto con la ideología de la relación tradicional entre profesional de salud y paciente. Es poco probable que el empoderamiento de

los pacientes tenga éxito a menos que los practicantes entiendan un principio fundamental: antes de que puedan empoderar a otros, primero deben ser ellos mismos y entender las fuentes de su propio poder. Para construir una práctica más empoderadora, se deben corregir las limitaciones de trabajar en entornos institucionales y burocráticos, que no necesariamente comparten una ideología de empoderamiento (ver Capítulo 1). Esto se ha argumentado en el contexto de una profesión de enfermería que solo puede fortalecerse cuando las enfermeras individuales tienen más control en el ámbito hospitalario (Kendall, 1998). Las enfermeras trabajan para permitir que los pacientes tomen más control sobre la toma de decisiones sobre su salud, promuevan la independencia, brinden información y atiendan las necesidades de los pacientes. En la práctica, esto se traduce en actos de atención cotidiana, como asegurarse de que los pacientes tengan su llamada al alcance, brindar información sobre opciones de atención futuras y trabajar en silencio durante la noche para permitir que los pacientes duerman (Faulkner, 2001).

No existe una medida aceptada universalmente del empoderamiento del paciente, aunque diferentes herramientas han usado dimensiones similares basadas en la toma de decisiones individuales, el control, la autoeficacia y el autocontrol de la enfermedad crónica. Las medidas de resultado informadas por el paciente incluyen cuestionarios de autoinforme que incluyen instrumentos de habilitación del paciente, medidas de activación del paciente y escalas de potenciación de la diabetes. En los EE. UU., los cuestionarios de autocompletado se han utilizado para captar aspectos de la satisfacción del paciente, como el grado de participación en la toma de decisiones sobre su atención. Pero los enfoques basados en la satisfacción del paciente no capturan los verdaderos resultados del empoderamiento o de la efectividad de una intervención de atención médica. Los modelos para la medición del empoderamiento del paciente deben incluir un consenso entre los pacientes, los clínicos y los formuladores de políticas sobre el contenido y los límites del constructo antes de la implementación. La medición también debe incluir indicadores para el proceso, el resultado y el impacto, así como para la acción individual y colectiva (McAllister et al, 2012).

La relación de poder profesional-paciente.

El delicado equilibrio a nivel profesional-paciente puede ilustrarse en la relación médico-paciente. El médico (después de un examen) le dice al paciente cuál es su problema médico y le prescribe un tratamiento. El paciente se rinde voluntariamente al poder médico (experto) del médico y la frase "El médico sabe mejor" resume esta situación. El médico tiene control sobre el conocimiento, aunque esto concierne al propio cuerpo del paciente. Los atributos de salud se consideran una historia clínica individual y el diagnóstico se basa en el enfoque médico (la presencia o ausencia de enfermedad o enfermedad) que sirve para proteger el poder experto que posee el médico. Sin embargo, en el sistema de salud, la relación de poder sobre no se detiene en el momento del diagnóstico porque el médico a menudo también controla la admisión y el alta hospitalaria, la elección del tratamiento, la derivación y el cuidado del paciente (Laverack, 2007). Un ejemplo es una consulta entre un profesional de la salud y una mujer embarazada. La practicante comenzó la discusión utilizando términos "laicos" para describir las complicaciones asociadas con su condición, pero rápidamente cambió a un lenguaje técnico-racional cuando su paciente fue cuestionada. Luego, la paciente fue obligada a cumplir con la practicante porque de repente se sintió insegura y sin conocimientos. La practicante no la había quitado el poder a la paciente y dijo que desconocía el cambio a un uso técnico del lenguaje (Scrambler, 1987). Este tipo de enfoque puede contribuir a una sensación de impotencia al enfatizar la falta de acceso al conocimiento y el poder experto de la otra persona que tiene el control, el Practicante.

Una relación más igualitaria sería aquella en la que el profesional utiliza su conocimiento para permitir que el paciente tome decisiones informadas sobre su tratamiento y recuperación. En efecto, se coloca al paciente en el centro del problema, lo que requiere que el médico obtenga la mayor cantidad de información posible de su experiencia en lugar de lo que el profesional debe lograr en la consulta. En un estudio, por ejemplo, se llevó a cabo en un hospital una sesión

grabada en video de consejería de salud entre una enfermera y un paciente y se encontró que esto mejora la relación laboral profesional-paciente. El investigador entrevistó por separado a la enfermera y al paciente después de la interacción en la que la enfermera lo alentó a hablar, evaluó con tacto las preocupaciones y el conocimiento de la paciente sobre la cirugía inminente, escuchó los comentarios y construyó una visión positiva del futuro para el paciente. La enfermera también prestó especial atención a las diferentes formas de lenguaje técnico que usó en la discusión para permitir que la paciente adquiera más confianza en sí misma (Kettunen, Poskiparta y Liimatainen, 2001). El recuadro 5.1 presenta el esquema de un método sistemático, el método clínico centrado en el paciente, que aplica los principios de empoderamiento en la relación profesional-paciente.

Cuadro 5.1 El método clínico centrado en el paciente

1. La enfermedad y la experiencia del paciente de estar enfermo se exploran al mismo tiempo;
2. La comprensión de la persona como un todo coloca a la enfermedad en contexto al considerar cómo la enfermedad afecta a la persona, cómo la persona interactúa con su entorno inmediato y cómo el entorno más amplio influye en esta interacción.
3. El paciente y el profesional alcanzan un entendimiento mutuo sobre la naturaleza de la enfermedad, sus causas y sus objetivos para el manejo, y quién es responsable de qué;
4. La conveniencia y la aplicabilidad para realizar tareas más amplias de promoción de la salud, por ejemplo, proporcionarle al paciente información o habilidades sobre cómo él / ella puede curar una herida en el hogar;
5. Lograr una mejor comprensión de la relación paciente-profesional para mejorarla, por ejemplo, valorando la contribución realizada por ambas partes y formando una "asociación" para abordar la enfermedad en lugar de un enfoque paternalista tradicional;
6. Realizar una evaluación realista de lo que se puede hacer para ayudar al paciente a tener limitaciones de conocimiento, tiempo y nivel de habilidad (Stewart, Brown, Weston, et al, 2003)

El manejo de las enfermedades crónicas

El control de las enfermedades crónicas no pretende sustituir la atención profesional inmediata, pero aprender a autogestionar a los pacientes con enfermedades crónicas es más probable que se integren en la sociedad y la fuerza laboral. El autocontrol de las enfermedades crónicas puede ayudar a las personas a ganar confianza y adquirir las habilidades para reconocer los síntomas de advertencia, tomar medicamentos y decidir sobre el tratamiento que mejor se adapte a ellos (Lancet, 2012). Darle al paciente un mayor control sobre las decisiones que influyen en su salud, bienestar y recuperación puede ocurrir como parte del tratamiento en el hogar, el cuidado de la muerte (cuidados paliativos) y las afecciones crónicas. El recuadro 5.2 proporciona un ejemplo de cómo otorgar a un paciente más control sobre las decisiones relacionadas con la atención domiciliaria puede demostrar beneficios reales.

Recuadro 5.2. Atención domiciliaria y empoderamiento del paciente.

Darle al paciente un mayor control sobre las decisiones puede tener beneficios reales, como se demostró en un estudio (Bassett y Prapavessis, 2007) en la terapia física para los esguinces de tobillo. El estudio mostró que los grupos domiciliarios tenían puntuaciones de resultados similares para la función del tobillo posterior al tratamiento, la adherencia y la motivación a una intervención de fisioterapia estándar. Sin embargo, el grupo en el hogar tuvo una asistencia significativamente mejor a las citas clínicas y una mejor tasa de finalización de la terapia física. Se ayudó a los pacientes a establecer metas y a desarrollar planes de acción personales para completar la terapia, así como a la educación y la capacitación en habilidades para el tratamiento, como las técnicas de sujeción. Los pacientes tenían más control y estaban mejor informados sobre su recuperación y el hecho de que el Practicante compartiera el poder (conocimiento y habilidades) era una forma de poder que llevó a una opción viable en el hogar para los pacientes. El cuidado personal puede ser un tema complicado que no es apropiado para todas las situaciones o personas, pero en

las condiciones adecuadas, como lo demostró este estudio, puede ofrecer al Profesional la oportunidad de trabajar de una manera más empoderadora.

Sin embargo, el autocuidado puede ser un tema complicado que no es apropiado para todas las situaciones o para todos los pacientes, y la importancia de organizar que los pacientes elijan la naturaleza o el momento del tratamiento, o enseñarles "habilidades de afrontamiento" en grupos ha mostrado resultados variables (Salmón y Hall, 2004).

Fomentar una relación profesional-paciente empoderadora.

El fomento de una relación profesional-paciente fortalecedora describe un proceso en el cual el practicante utiliza deliberadamente el poder para aumentar el poder interno del paciente. Este es el uso transformador de ‘’poder con’’ como se describe en el Capítulo 2. Las cualidades de una relación de empoderamiento incluyen un diálogo no coercitivo entre el Profesional y el paciente en la identificación de problemas y soluciones. Los atributos clave del profesional en un rol de empoderamiento son como capacitador, facilitador, ayudante y guía para ayudar a sus pacientes a facilitar el cambio en su salud a través de sus propias acciones. Sin embargo, no todos los Profesionales pueden aplicar un enfoque de empoderamiento a su trabajo diario, por ejemplo, los involucrados en la aplicación de la ley, la concesión de licencias y los procedimientos legales tendrán menos oportunidades para empoderar a otros que los que trabajan en una función de asesoría, como comunicador, oyente o Ayudar a las personas a ser más conscientes de la crítica (capítulo 6).

Una combinación de enfoques suele ser más efectiva para ayudar a empoderar a los pacientes, por ejemplo, una revisión de la literatura para examinar cómo el empoderamiento puede usarse efectivamente en el manejo del dolor en pacientes con cáncer, estrategias identificadas para promover la autoeficacia, la participación activa y el aumento de habilidades y el control sobre los acontecimientos en la vida de una persona. Sin embargo, la mayoría de las estrategias se centraron en el tratamiento del dolor inducido por el profesional o en la participación activa del paciente y no en una combinación de ambos enfoques. La revisión recomendó centrarse en el tratamiento del dolor administrado por el profesional, con la participación activa del paciente y en

la interacción tanto del profesional como del paciente en la toma de decisiones (Boveldt et al, 2014).

Una relación empoderadora profesional-paciente implica un discurso, una ideología y un lenguaje que son cruciales para vincular al individuo con su contexto social y político. El lenguaje que elegimos utilizar como profesionales puede, por lo tanto, tener una influencia significativa en las personas con las que trabajamos y es el poder del lenguaje en la salud pública lo que a continuación comento.

El poder del lenguaje

El lenguaje ejerce una fuerza considerable en las construcciones de nuestro mundo, tanto en nuestro contexto profesional como en el social (Seidman y Wagner, 1992). En particular, la forma en que se ha interpretado el "empoderamiento", la acción central en una práctica de empoderamiento de la salud pública, ha sido crítica. Labonte (1994, p. 255) discute los significados transitivos e intransitivos del verbo "empoderar". El significado transitivo (directo) es "otorgar poder a otros, un acto habilitador, que comparte algo del poder que tenemos sobre otros". El empoderamiento se establece como una relación entre las partes interesadas de un programa, las que tienen poder y las que no tienen poder. El empoderamiento se convierte en una dinámica en la que esta relación cambia continuamente hacia una situación más empoderadora donde el poder se comparte equitativamente entre el profesional y el paciente. Sin embargo, la ventaja la tiene el poder y el lenguaje se convierte en un importante factor de estructuración en la relación profesional-paciente. En la práctica de salud pública, la ventaja con frecuencia está en manos de quien tiene el poder (el Practicante) y el lenguaje que eligen usar puede fortalecer o debilitar la relación profesional-cliente

El significado intransitivo (indirecto) sugiere el acto de ganar poder. Esta es la prueba de fuego del empoderamiento porque no se puede otorgar poder, sino que debe ser tomado por quienes lo buscan. Este es un proceso que puede ser facilitado por el Practicante ayudando a crear las condiciones necesarias para que se pueda obtener poder. En una relación profesional-paciente, esta es una función mutua desempeñada por el Practicante que facilita el cambio y el paciente que identifica y ejecuta el cambio.

El lenguaje utilizado en la salud pública utiliza tanto el significado directo como el indirecto de poder. Pero en la práctica, no se puede otorgar poder y los practicantes deben permitir que los pacientes obtengan el poder de otros. Es la relación de trabajo entre los profesionales y los pacientes que, por lo tanto, es el mecanismo para lograr un mayor control. El recuadro 5.3 muestra cómo el uso del lenguaje puede tener un efecto empoderador y no empoderamiento a través de la relación profesional-paciente. Ambas cuentas (1 y 2) se toman del mismo archivo de historial del caso de Beatriz, una paciente imaginaria.

Cuadro 5.3 El lenguaje y la relación profesional-paciente

¿Qué cuenta de Beatriz es más empoderadora?

Cuenta 1: Beatriz es

- Una madre soltera de bajos ingresos;
- Está desempleada
- Sus hijos están desnutridos y anémicos;
- Está viviendo en un apartamento de una habitación en el sótano;
- Está cuidando a dos niños, su primer hijo fue de bajo peso al nacer;
- No puede hablar bien el inglés;
- Fumadora y bebe alcohol.

Cuenta 2: Beatriz

- Está buscando trabajo que se ajuste a sus habilidades como técnico de laboratorio capacitado;
- Está tratando de encontrar formas de complementar su dieta, pero no puede pagar dinero extra para comprar alimentos;
- Vive en un apartamento pequeño y ordenado, pero está buscando un mejor alojamiento;
- Está cuidando a sus dos hijos sanos y felices;
- Quiere aprender inglés en clase nocturna, pero le resulta difícil conseguir una niñera;
- Habla fluido en español y francés;
- Está tratando de dejar de fumar.

El primer relato de Beatriz utiliza un enfoque de poder sobre el que el Practicante ha presentado una serie de afirmaciones negativas sobre el paciente, por ejemplo, a Beatriz se la describe como "desempleada", "desnutrida" y con un hijo de "bajo peso al nacer". La primera cuenta implica a una persona que no es saludable e impotente y cuando se enfrenta a tal descripción, a través de su contacto con diferentes Practicantes e instituciones, Beatriz puede comenzar a internalizar esta descripción como algo verdadero sobre sí misma. Este es un proceso que se denomina impotencia aprendida (ver capítulo 2), una manifestación de poder sobre el paciente por parte del Practicante.

En el segundo relato de Beatriz, la retratan utilizando un lenguaje positivo centrado en sus propias fortalezas, por ejemplo, "tratando de dejar de fumar", "habla francés y español" y "un técnico de laboratorio capacitado". Esta cuenta implica que la paciente está luchando pero al mismo tiempo está tratando de ayudarse a sí misma y a su familia. Es una manifestación de poder desde dentro que ofrece oportunidades para desarrollar una relación profesional-paciente empoderadora. En un sistema de salud pública que es sensible a la vulnerabilidad en la sociedad, la descripción negativa de Beatriz (cuenta 1) puede ser más empoderadora. El sistema está diseñado para responder a la vulnerabilidad de Beatriz y puede ser más probable que le brinde apoyo en los servicios sociales y de asistencia social, por ejemplo, para encontrar empleo, cuidado de niños y mejores viviendas. La descripción positiva de Beatriz (cuenta 2), por otro lado, puede hacer que sus necesidades reciban una prioridad más baja dentro de un sistema que tiene recursos limitados y la evalúa como que no está en riesgo inmediato.

Los términos técnicos también forman parte del lenguaje cotidiano de los profesionales, por ejemplo, el vocabulario de diagnóstico médico, y han evolucionado a medida que el conocimiento se ha desarrollado dentro de los grupos profesionales. Sin embargo, el uso de lenguaje especializado a menudo es confuso para los laicos o incluso para otros profesionales. El uso de términos como "alto riesgo" y "grupo objetivo" también implica pasividad y ubica el problema con el cliente en lugar de una relación con la influencia de determinantes más amplios.

Aunque a veces puede ser necesario usar términos técnicos específicos, la relación profesional-paciente es más empoderadora cuando usa un lenguaje que todos entienden. Para desarrollar el poder desde dentro de sus pacientes, el Practicante debe renunciar a un cierto control sobre su uso del lenguaje técnico y participar en un diálogo más empoderador. En la práctica, un lenguaje profesional habilitador significa que los profesionales deben conocer la influencia de su lenguaje profesional y los términos técnicos y ser sensibles a las percepciones de los pacientes.

Salutogénesis y empoderamiento del paciente.

El término "salutogénesis" fue desarrollado por Aaron Antonovsky durante sus estudios sobre cómo las personas, incluidos los pacientes, manejan el estrés, se recuperan y se mantienen bien. Antonovsky observó que, si bien muchas personas sufrían estrés, no todas las personas o los pacientes tenían resultados de salud negativos, y algunas personas realmente lograron una buena salud a pesar de su exposición a factores de estrés potencialmente incapacitantes. Un factor de estrés fue patógeno, neutral o saludable, dependiendo de los Recursos de resistencia generalizada (GRR). Un GRR es cualquier recurso de afrontamiento que sea eficaz para evitar o combatir una variedad de factores de estrés psicosocial, por ejemplo, finanzas, poder desde dentro y apoyo social. Por lo tanto, los GRR pueden permitir a los pacientes manejar mejor los eventos estresantes en sus vidas en relación con el Sentido de Coherencia (SOC): una orientación que expresa la medida en que uno tiene un sentimiento de confianza generalizado y perdurable aunque dinámico (Antonovsky, 1979, p 123). El SOC tiene tres componentes: 1. Comprensibilidad: la creencia de que las cosas suceden de manera ordenada y predecible y la sensación de que puede comprender los eventos de su vida y predecir razonablemente lo que sucederá en el futuro; 2. Manejabilidad: la creencia de que tienes las habilidades o la habilidad, el apoyo, la ayuda o los recursos necesarios para cuidar las cosas, y que las cosas son manejables y están bajo tu control; 3. Significado: una creencia de que las cosas en la vida son interesantes y una fuente de satisfacción, que las cosas realmente valen la pena y que hay una buena razón o propósito para preocuparse

por lo que sucede. El tercer elemento, el significado, se considera el más importante. Si un paciente cree que no hay razón para persistir, sobrevivir y enfrentar los desafíos, si no tiene sentido, entonces no tendrá ninguna motivación para comprender y manejar eventos estresantes (Lindstrom y Eriksson, 2005). Las estrategias que pueden fortalecer el poder de entrada del paciente (Capítulo 4) o apoyar a los grupos de autoayuda del paciente (Capítulo 6) les ayudarán a sentirse más motivados para manejar eventos estresantes en sus vidas. En comparación con conceptos como la resiliencia (donde las condiciones y los mecanismos son más rígidos y contextuales), la salutogénesis, por lo tanto, tiene su fortaleza en la capacidad de adaptación y como un enfoque para centrarse en la resolución de problemas para manejar situaciones estresantes.

Acción del paciente

El empoderamiento del paciente implica tanto el autocuidado individual como la acción colectiva más amplia para permitir que los pacientes y sus cuidadores tengan más influencia en la prestación de servicios de salud. La defensa del paciente, por ejemplo, puede desempeñar un papel importante al permitir que las personas tengan más influencia en los servicios que no satisfacen sus necesidades o expectativas y que se representen a sí mismas y a otras personas para hablar sobre sus derechos.

La defensa del paciente

La abogacía involucra a personas que actúan en nombre de ellos mismos o en nombre de otros para discutir una posición e influir en el resultado de las decisiones (Smithies y Webster, 1998). Las diferentes formas de acción del paciente, por ejemplo, los grupos de acción de participación del paciente, utilizan la defensa para ayudar a los pacientes, miembros de la familia y profesionales de la salud a hablar y actuar en nombre de los demás o en su propio nombre. La promoción utiliza una variedad de tácticas que incluyen campañas en los medios de comunicación, hablar en público y comisionar y publicar investigaciones con la intención de influir en la política, la asignación de recursos y la toma de decisiones dentro de los sistemas políticos y sociales. La defensa de los medios, por ejemplo, tiene como objetivo

llamar la atención de los medios y enmarcar las necesidades de los pacientes de manera adecuada para que los responsables políticos, los políticos y el público, comprendan el problema. La defensa de los medios de comunicación apunta a las formas en que los temas se consideran de interés periodístico para ayudar a establecer el debate y tratar de influir en los límites dentro de los cuales puede tener lugar el debate. Esto puede influir en lo que establecen los medios, ya que su agenda puede ser potencialmente muy poderosa para los grupos de defensa de pacientes.

Los defensores de los pacientes pueden ser un individuo o una organización, pueden abordar una serie de problemas y pueden expresar las necesidades de los pacientes sobre la atención médica y la prestación de servicios. Las actividades típicas de defensa del paciente incluyen derechos humanos, asuntos de privacidad, confidencialidad o consentimiento informado, representación del paciente, educación, sobrevivientes y el apoyo de cuidadores familiares. Los defensores de los pacientes dan una "voz" a los pacientes, pero también pretenden informar al público, al mundo político y regulatorio, a los proveedores de atención médica, a las asociaciones profesionales y al sector privado, incluida la industria farmacéutica. Las actividades de defensa del paciente pueden comenzar a partir de las preocupaciones planteadas por los grupos de autoayuda, redes y grupos de acción de pacientes o por los esfuerzos de pacientes individuales, cuidadores y sobrevivientes. El Nottingham Advocacy Group (NAG), por ejemplo, se estableció a mediados de los años 80 en el Reino Unido. El grupo surgió de las reuniones celebradas por pacientes en salas de hospital para desarrollar una buena relación con el proveedor de servicios. Mientras estaban involucrados en el desarrollo personal de sus miembros, el objetivo principal del grupo era abogar por mejoras en la política de salud mental y la prestación de servicios. El NAG también apoyó el desarrollo de grupos similares, pero a medida que la participación del paciente se hizo más aceptada como parte de la política oficial, su contrato con el Fideicomiso local se ofreció a otros grupos y el NAG tuvo que revisar su papel como defensor de los pacientes de una manera cambiante. Entorno competitivo (Barnes y Gell, 2011).

Las limitaciones del paciente y los límites de la atención que pueden brindar los miembros de la familia, y la de los servicios de atención médica, pueden dar lugar a necesidades específicas que deben abordarse tanto en la sociedad como en contextos institucionales como los hospitales. Por lo tanto, las redes y los grupos de acción también pueden jugar un papel en la defensa de los pacientes, sus cuidadores y los profesionales de la salud para satisfacer mejor sus necesidades y poder hablar sobre sus derechos. Luego discuto la importancia de las redes de pacientes y de los grupos de acción para la participación de los pacientes en el empoderamiento.

Redes de pacientes

Una red es una estructura de relaciones, tanto personales como profesionales, a través de la cual las personas mantienen y reciben apoyo emocional, recursos, servicios e información para mejorar su salud y bienestar. Las redes establecen un contexto dentro de grupos, organizaciones formales e instituciones para aquellos que trabajan en ellos o son atendidos por ellos, lo que, a su vez, afecta lo que las personas hacen, cómo se sienten y qué les sucede (Wright, 1997). Una red es una estructura de relaciones que vincula a los actores sociales que, a su vez, son los componentes básicos de la experiencia humana, que mapean las conexiones que los individuos tienen entre sí (Pescosolido, 1991). Las estructuras sociales no se basan, por lo tanto, en categorizaciones como la edad, el género o la raza, sino en la naturaleza real de los contactos sociales que tienen los individuos y el impacto en la vida de las personas (White 1992).

Las redes de pacientes pueden ser formadas por sus miembros en beneficio de sus miembros, tanto los pacientes como los profesionales de la salud, y pueden ser los medios a través de los cuales las personas pueden empoderarse a través de una mejor comunicación y estructuras organizativas. Patient Concern (Reino Unido), por ejemplo, opera una red en colaboración con otros grupos activos dirigidos por pacientes y voluntarios sobre temas que les interesan, incluida la protección de los denunciantes, el suicidio asistido, las campañas contra la reducción de las camas de los hospitales y el fortalecimiento de procedimientos de las quejas. (Patient Concern, 2012).

Las redes pueden ser una indicación de un comportamiento relacionado con la salud, por ejemplo, las personas que experimentan el aumento de peso de los demás en sus redes sociales pueden entonces aceptar más fácilmente el aumento de peso en sí mismas. Además, la distancia social es más importante que la distancia geográfica dentro de las redes y es un papel importante para un proceso que involucra la inducción y la propagación de la obesidad de persona a persona. Las intervenciones de apoyo entre pares que permiten una modificación de las redes sociales de las personas son, por lo tanto, más exitosas que aquellas que no lo hacen, y también pueden usarse para difundir comportamientos de salud positivos porque las percepciones de las personas de su propio riesgo de enfermedad pueden depender de las personas que las rodean (Christakis y Fowler, 2007).

Las redes tienen algunas características que son particularmente relevantes para los grupos profesionales cuyas funciones se basan en las interacciones entre sus miembros. Las relaciones sociales sustentan la actividad de la red con un fuerte sentido de identidad profesional y solidaridad y ofrecen a las personas y organizaciones la oportunidad de acceder a recursos y experiencia complementarios. La Asociación de Pacientes (Reino Unido), por ejemplo, es una red de problemas comunes de pacientes para obtener mejor información y apoyo. Las quejas más frecuentes recibidas por la Asociación de Pacientes se refieren a la mala comunicación, el uso del baño, el alivio del dolor, la nutrición y la hidratación. La Asociación de Pacientes aborda las preocupaciones compartidas de sus miembros, incluido el "deber de referir", para garantizar que tengan acceso al mejor tratamiento (Asociación de Pacientes, 2015). El acceso a la información es la mejor manera de asegurarse de que esto ocurra y los grupos de apoyo al paciente se encuentran en una posición ideal para brindar este servicio. Los profesionales no pueden ser expertos en todos los campos, por lo que es importante para ellos poder dirigir a los pacientes a otras organizaciones que tienen la experiencia. Los profesionales pueden entonces ayudar activamente a los pacientes a encontrar grupos de apoyo que puedan ayudarlos a controlar su condición.

Grupos de acción de participación del paciente

Los Grupos de acción para la participación de los pacientes (PIAG, por sus siglas en inglés) involucran a pacientes que actúan en nombre de ellos mismos o en nombre de otros para argumentar una posición e influir en el resultado de las decisiones. Los PIAG utilizan tácticas que incluyen campañas en los medios de comunicación, demostraciones y peticiones con la intención de influir en las políticas, la asignación de recursos y la toma de decisiones dentro de los sistemas de salud. Los PIAG promueven los derechos de atención de salud y tratan de mejorar las iniciativas de salud para la disponibilidad, seguridad y calidad de la atención.

Se debe hacer una distinción importante entre los PIAG que cuentan con el respaldo de un proveedor de servicios de salud y aquellos que son independientes y están formados por pacientes, en beneficio de sus miembros. En la práctica, tanto los proveedores de servicios de salud como los pacientes pueden trabajar juntos porque los PIAG pueden ayudar a establecer prioridades y proporcionar una plataforma para probar y modificar planes. Los PIAG alientan y apoyan a los pacientes para que asuman una mayor responsabilidad por su propia salud al aumentar el conocimiento sobre la salud, aumentar la conciencia sobre las opciones de estilo de vida y promover el cuidado personal, en particular para las enfermedades menores de la vida diaria. Los PIAG también pueden promover un apoyo más amplio, como organizar el transporte para pacientes discapacitados o realizar actividades de autoayuda, como sesiones de control de peso. Al establecer un PIAG, es importante desarrollar un plan para establecer y desarrollar el grupo con objetivos claros que el servicio de atención médica debe tomar en serio para ayudar a promover sus actividades, los problemas que plantea y los planes que se han desarrollado. Inevitablemente, puede haber problemas al establecer PIAG, por ejemplo, los miembros del grupo pueden tener expectativas poco realistas, pueden no ser representativos y pueden convertirse en un foro de quejas en lugar de ser un medio para compartir ideas constructivas. Sin embargo, las ventajas del PIAG son que se mejora la satisfacción del paciente, se reducen los costos, se mejoran los servicios y se usan los recursos de manera más eficiente, así como los pacientes que tienen un

verdadero sentido de pertenencia a los cambios que se realizan en el sistema de atención médica (Tidy, 2015).

Se estableció un Grupo de Acción para la Participación de Pacientes en un hospital del Reino Unido para permitir que las inquietudes se planteen de forma anónima y para recibir comentarios sobre las medidas tomadas. Los pacientes y sus cuidadores recibieron formularios de comentarios que podrían ser devueltos a un miembro del personal o colocados en una caja de recolección. Una vez al mes, todos los comentarios, tanto positivos como negativos, fueron revisados por el grupo y las acciones se decidieron a un nivel apropiado, o se proporcionó un informe sobre las medidas ya tomadas. Los resultados de cada acción se publicaron en tableros de anuncios en las salas para informar a los pacientes y a sus cuidadores de las acciones tomadas. Estas acciones incluyeron cuartos laterales para el control de infecciones que se colocaron con cortinas para que actuaran como pantallas, las salas que sufrían del resplandor solar recibieron persianas verticales y se colocaron estantes en los baños para ayudar a los pacientes a manejar sus pertenencias personales. Se le pidió a cada sala del hospital que designara representantes de los cuales uno estaría disponible para asistir a cada reunión mensual. El número de quejas formales se redujo a menos del 20% del nivel anterior, ya que los pacientes adquirieron confianza en que sus comentarios se aplicarían y que el entorno hospitalario había mejorado (Improvement Network, 2011).

La visión predominante del empoderamiento del paciente es un enfoque individualista que da credibilidad a lo que el individuo tiene para ofrecer cuidado personal. Sin embargo, el empoderamiento del paciente debe involucrar tanto el fortalecimiento del poder individual desde dentro como la acción colectiva más amplia. Los objetivos del empoderamiento de los pacientes son dar a los pacientes un mayor control sobre el autocuidado y permitirles colectivamente tener más influencia sobre la atención médica que reciben y hacia la cual se espera que contribuyan cada vez más. Lo más importante es que a los pacientes se les debe dar la capacidad de tomar medidas en su propio nombre y en nombre de otros, si el sistema de atención médica no satisface sus necesidades y expectativas.

A continuación, en el capítulo 6, discuto el trabajo con grupos como un medio importante para ayudar a otros a ser más conscientes de sus circunstancias. El trabajo en grupo ofrece la oportunidad para que las personas encuentren una "voz", desarrollen sus habilidades y trabajen con otros para lograr sus objetivos.

Capítulo 6.

Ayudando a los grupos a ser más críticos.

Trabajar con grupos es una parte importante de la práctica de salud pública porque a menudo este es el punto en el que las personas pueden avanzar hacia la acción colectiva. Los grupos pequeños permiten que las personas se organicen mejor y se movilicen para atender sus necesidades. Trabajar con grupos también brinda una oportunidad para que el Practicante ayude a otros a desarrollar vínculos sociales, habilidades y recursos más sólidos para apoyar sus acciones. Los miembros del grupo generalmente comienzan con un enfoque en sus necesidades inmediatas, pero con un aumento en el conocimiento y la capacidad, esto puede cambiar hacia problemas de empoderamiento más amplios, como la desigualdad en la salud y la injusticia social.

El vínculo entre educación y empoderamiento.

El vínculo entre educación y empoderamiento implica más que simplemente adquirir nuevos conocimientos. El conocimiento en realidad puede llevar a una mayor sensación de falta de poder cuando una persona no puede usar esta información para mejorar sus circunstancias. El vínculo entre educación y empoderamiento se relaciona con la educación crítica, un concepto que fue utilizado por Paulo Freire a través de sus ideas sobre el empoderamiento para crear conciencia en los programas de alfabetización para los pobres en Brasil en los años cincuenta. La premisa central es que la educación no es neutral, pero está influenciada por el contexto de la vida de uno. Para Freire, el propósito de la educación es la liberación, en la cual las personas se convierten en sujetos de su propio aprendizaje que implica una reflexión crítica y un análisis de sus circunstancias personales. Para lograr esto, Freire propuso un enfoque de diálogo grupal para compartir ideas y experiencias y promover el pensamiento crítico al plantear problemas para permitir que las personas descubran las causas fundamentales de su impotencia y pobreza. Esta es una interacción

continua entre el Practicante y su cliente en un ciclo de acción / reflexión / acción. Una vez que son conscientes de la crítica, las personas pueden planificar acciones más efectivas para cambiar sus circunstancias. Cabe señalar que este enfoque implica un compromiso por parte del individuo para comprender las causas de la desigualdad y desarrollar acciones realistas para resolver la situación.

Una consideración clave a la hora de educar a los adolescentes es la edad en la que comienzan a entender su mundo de una manera concreta y abstracta, de modo que puedan participar plenamente en la educación crítica. Un enfoque basado en su derecho a participar como actores sociales acepta que actúen sobre el mundo que los rodea. Luego, los profesionales pueden relacionarse con los adolescentes sobre sus mundos e involucrarlos en la identificación de sus necesidades y en los procesos de toma de decisiones. Aunque no hay una edad más temprana definitiva a la que los adolescentes puedan comprometerse para empoderar a sí mismos, una guía de 14 años, más o menos un año, según el contexto individual y socio-cultural, puede usarse en la práctica de salud pública (Laverack, 2013).

Aumentar la conciencia crítica.

La conciencia crítica se puede describir como la capacidad de reflexionar sobre los supuestos subyacentes a nuestras acciones y de contemplar mejores formas de vida (Goodman et al, 1998). Los grupos no pueden empoderarse intencionalmente sin tener una comprensión de las causas subyacentes de su impotencia. Esto puede ocurrir dentro del grupo, a menudo se desarrolla lentamente y puede facilitarse a través de un proceso que promueve la discusión, la reflexión y la acción. Esto se denomina "conciencia crítica" o "concienciación" e implica aprender utilizando la "educación de empoderamiento" desarrollada por Paulo Freire (Freire, 2005). El aumento de la conciencia crítica implica que las personas desarrollen acciones realistas para comenzar a resolver las condiciones que han creado su impotencia en primer lugar (Nutbeam, 2000). Los Practicantes pueden mejorar su conciencia crítica mediante el uso de enfoques que logren un mayor apoyo social y desarrollo de habilidades e incluyen epidemiología laica, grupos de autoayuda, foto novela, educación en salud y estrategias para la toma de decisiones colectivas. Estos

enfoques se discuten a continuación en relación a cómo los profesionales pueden ayudar a aumentar la conciencia crítica de los demás en su trabajo diario.

Epidemiología del profano

La epidemiología del profano describe los procesos mediante los cuales las personas, en su vida cotidiana, pueden comprender e interpretar de manera más crítica los riesgos para la salud (Allmark y Tod, 2006). Para llegar a conclusiones sobre los riesgos para su salud, las personas acceden a la información de una variedad de fuentes, incluidos los medios masivos de comunicación, Internet, amigos y familiares. La epidemiología del lego presenta un desafío a la sabiduría aceptada de las profesiones de la salud al usar esta información para evaluar críticamente su situación al menos de dos maneras:

1. Las personas que llegan a sus conclusiones no necesariamente aceptan mensajes de salud. Las personas han reconocido que algunos mensajes de salud son "verdades a medias" y esto se confunde aún más por el cambio de algunos mensajes, por ejemplo, con respecto a los límites seguros para el consumo de alcohol. La paradoja de la prevención se refiere a dirigirse al comportamiento de la mayoría de quienes tienen un riesgo bajo a medio que tiene poco efecto a nivel individual. Por ejemplo, reducir el consumo de grasa en la dieta para toda la población reduciría la enfermedad coronaria del corazón, pero es difícil cambiar el comportamiento de las personas cuyo riesgo es de bajo a medio. Por lo tanto, los profesionales han optado por utilizar mensajes simples que no dicen toda la verdad al exagerar los riesgos de un comportamiento en particular o los beneficios de cambiar ese comportamiento. La confianza en los enfoques basados en la información ha generado desconfianza y cuando las personas sienten que el riesgo no se aplica a ellos, pueden optar por rechazar los consejos dados (Hunt y Emslie, 2001);
2. Las personas tienen valores culturales y personales que socavan el significado de los mensajes de salud, por ejemplo, una persona puede optar por no dejar de fumar basándose en que, aunque puede ser perjudicial para su salud, cree que los beneficios de fumar, como reducir el estrés, supera el riesgo. La percepción del riesgo de las personas depende de sus circunstancias, cultura y valores, y esto puede

contrastar con los enfoques tradicionales de salud pública que generalmente se derivan empíricamente (Allmark y Tod, 2006).

Los intentos de las autoridades por manipular al público pueden llevar a personas insatisfechas a usar la epidemiología sin base científica como un camino para el empoderamiento basado en la comunidad. Por ejemplo, en el Reino Unido se plantearon preocupaciones acerca de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Las autoridades de salud pública vieron esto como una opción efectiva con pocos efectos secundarios. Sin embargo, tras los informes de los medios de comunicación de pruebas científicas contradictorias, el público se preocupó cada vez más de que la vacuna podría conducir a enfermedades intestinales y autismo. Estas preocupaciones se vieron aún más confundidas por la desconfianza del público por el mal manejo del brote de la "enfermedad de las vacas locas" (encefalopatía espongiforme bovina o EEB) y la evidencia contradictoria sobre los beneficios de la detección, por ejemplo, los beneficios de la mamografía (Smith, 2002).

Los medios para gobernar a las personas dependen de sistemas expertos de conocimiento, ciencia y verdades empíricas. Este es el medio por el cual se regula la forma en que los profesionales tienen más control sobre la atención médica, el conocimiento e incluso los problemas que no necesariamente se encuentran dentro de la esfera biomédica. El punto de vista de la salud pública ha sostenido históricamente la sabiduría incuestionable, pero en un mundo posmoderno no hay una sola verdad, ya sea definida por la salud pública o por cualquier otro experto. Hay diferentes opiniones basadas en diferentes puntos de vista y teorías, ninguna de las cuales tiene una verdad absoluta. La epidemiología laica puede representar una amenaza para la salud pública porque desafía la sabiduría aceptada, que ya no es la perspectiva dominante (Brown y Zavestoski, 2004). Sin embargo, el público está abierto a una discusión racional y los practicantes tienen derecho a colaborar con ellos para ofrecer consejos basados en evidencia científica sólida. Por lo tanto, los profesionales de la salud pública han desempeñado un importante papel de

mediación entre los que tienen autoridad, las organizaciones públicas y sociales, documentando y estableciendo tendencias basadas en la racionalidad. Esto establece estándares de normalidad que pueden basarse en reglamentos políticos y crear oportunidades para mostrar cómo la salud pública puede superar problemas particulares utilizando su poder experto y legítimo. Por lo tanto, la salud pública puede ser una fuerza coercitiva para influir en la forma en que la gente piensa y actúa (Lupton, 1995) que no siempre es intencional por parte de los practicantes que enfrentan el desafío de cumplir objetivos basados en resultados biomédicos y que el público puede considerar no estar dispuesto a comprometerse con ellos. El peligro es que la salud pública puede presentar una ilusión de mayor elección individual y colectiva mientras actúa para ocultar una agenda que pretende controlar a otros para que hagan lo que nosotros, como profesionales, queremos que hagan, incluso en contra de su voluntad. La salud pública se convierte en lo contrario de una práctica empoderadora.

Grupos de autoayuda

Los grupos de autoayuda se organizan en torno a una necesidad específica y compartida en la que los miembros generalmente se apoyan entre sí y a menudo son gestionados por los participantes (Laverack, 2009). La autoayuda es una mejora autoguiada normalmente con fines económicos, intelectuales o emocionales. La autoayuda utiliza grupos de apoyo que utilizan servicios presenciales o en línea para brindar amistad, apoyo emocional, conocimiento experiencial y un mayor sentido de pertenencia. Los grupos de autoayuda se pueden utilizar para aprender sobre la salud, adquirir habilidades y brindar apoyo entre compañeros, por ejemplo, vigilantes de peso o Alcohólicos Anónimos. La ubicación del grupo proporciona una oportunidad para que el Practicante ayude a otros a desarrollar un apoyo social más fuerte y movilice recursos. Los grupos de autoayuda, por lo tanto, son útiles para reunir a las personas y ayudarlas a identificar las necesidades que consideran importantes. Las habilidades de evaluación de necesidades son necesarias para poder hacer esto y cuando no están presentes dentro del grupo, el rol del Practicante es ayudar al grupo a desarrollar su capacidad.

La importancia de participar en grupos puede ser ilustrada por grupos de mujeres en una población rural en Nepal, lo que llevó a una reducción de la mortalidad neonatal y materna. Al participar en grupos, las mujeres fueron más capaces de definir, analizar y luego, a través del apoyo de otras, articular y actuar sobre sus preocupaciones en torno al parto. La ventaja de la participación fue que fortaleció las redes sociales y mejoró el apoyo social entre las mujeres y los proveedores de los servicios de salud (Manandhar et al, 2004). También hay pruebas sólidas de que la movilización de la comunidad es un método eficaz para promover la participación y empoderar a las comunidades con una amplia gama de beneficios, como la rentabilidad, la reducción de la mortalidad y las mejoras en la salud de los recién nacidos, niños y madres. No obstante, la movilización y participación de la comunidad a menudo no son una característica de la mayoría de los programas de salud pública descendente a gran escala (Rosato et al, 2008).

Los grupos de autoayuda a menudo tienen recursos limitados y debido a su pequeño tamaño, la inclusión en el proceso de políticas puede llevarlos a ser absorbidos por ellos a menos que sean capaces de crecer y convertirse en organizaciones comunitarias más amplias (Allsop, Jones y Baggott, 2004). El desafío es permitir que las personas avancen de los problemas individuales, que se incluyan en grupos pequeños y luego se conviertan en organizaciones comunitarias más amplias. Esta progresión otorga a las personas una mayor capacidad para trabajar con otras personas que comparten las mismas necesidades y con quienes pueden tomar colectivamente las acciones necesarias para resolver sus necesidades. El recuadro 6.1 proporciona criterios específicos para seleccionar y trabajar con grupos basados en los principios de una práctica de salud pública empoderadora.

Cuadro 6.1. Criterios para seleccionar grupos

1. El grupo tiene necesidades insatisfechas.

• Grupos disfuncionales o no organizados.

• Grupos que son descuidados por otros proveedores de servicios, políticos, los medios de comunicación
• Grupos que experimentan serias desventajas
• Grupos que no saben utilizar el sistema de salud y bienestar.

2. Nuestro apoyo tendrá un impacto.
• El grupo puede identificar sus metas y objetivos y concentrarse en una necesidad
• El grupo es capaz de organizarse y de sus propias actividades.
• El liderazgo surge dentro del grupo.
• Hay una membresía suficiente dentro de los grupos para que sea probable que tenga éxito
• El grupo es capaz de lograr algunos éxitos visibles a corto plazo
• Hay un número considerable de personas cuya salud se verá afectada positivamente por el éxito del grupo.

3. Un nuevo grupo necesita ser organizado
• No hay otras agencias mejor capacitadas para organizar.
• Hay una masa crítica de personas que expresan interés en reunirse como grupo
• Hay un apoyo de la institución de salud y una clara toma de decisiones para hacer la organización
• Hay dinámica de grupo positiva
• El grupo desarrolla un sentido de responsabilidad por sus propias acciones.

4. Tengo conocimientos o habilidades relevantes para las necesidades del grupo.

5. El grupo crecerá y se volverá autónomo.
• El grupo conoce o aprende sus derechos, privilegios y responsabilidades.
• El grupo es o puede ser independiente de las agencias de salud
• El grupo puede negociar sus propios términos con las agencias de salud
• El grupo aprende a buscar y usar recursos dentro y desde el gobierno

6. El grupo está abierto en calidad de miembro y es responsable ante quienes dice representar

• El grupo es inclusivo (abierto a cualquier persona que quiera unirse)

• El grupo puede desarrollar algunos medios para rendir cuentas a aquellos a quienes afirma representar

• La rendición de cuentas involucra a todos los miembros

7. El grupo es internamente democrático.

• El grupo no utiliza la toma de decisiones unilateral.

• El grupo no censura la oposición dentro del grupo

• El grupo no controla la información.

• El grupo no excluye a otros de posiciones de liderazgo

• El grupo no tiene formas jerárquicas de organización.

Fuente: adaptado de Labonté 1998.

Foto-novela

Foto-novela es un proceso mediante el cual las personas pueden identificar, representar y mejorar su conciencia crítica a través de una técnica fotográfica específica. Foto-novela confía cámaras en las manos de las personas para que puedan actuar como grabadoras y potenciales catalizadores para la acción social y el cambio en sus propias comunidades. Utiliza la inmediatez de la imagen visual y las historias que lo acompañan para proporcionar evidencia anecdótica de lo que realmente importa a las personas a nivel comunitario. La foto-novela tiene dos objetivos principales:

1. Para permitir que las personas registren y reflejen las fortalezas y preocupaciones de su comunidad;

2. Promover la conciencia crítica y el diálogo sobre temas personales y de la comunidad a través de discusiones grupales utilizando fotografías.

Foto-novela involucra a las personas en un proceso de tres etapas que proporciona la base para analizar las imágenes visuales que han creado:

Etapa 1. Selección: selección de las fotografías que reflejen con mayor precisión las preocupaciones de la comunidad, según lo que sea más significativo en las imágenes.

Etapa 2. Contextualización o narración de historias: esto ocurre en las discusiones grupales, sugeridas por el acrónimo VOICE, que expresan nuestra experiencia individual y colectiva. Las fotografías solas, consideradas fuera del contexto de sus propias historias pueden contradecir la esencia de la foto-novela. Por lo tanto, las personas describen y comparten el significado de las imágenes en discusiones grupales.

Etapa 3. Codificación: el enfoque participativo puede dar múltiples significados a imágenes singulares y, por lo tanto, enmarca la tercera etapa, codificando. En esta etapa, los participantes pueden identificar tres tipos de dimensiones que surgen del proceso de diálogo: asuntos, temas o teorías. El grupo codifica los problemas cuando las preocupaciones dirigidas a la acción son pragmáticas, inmediatas y tangibles y es la aplicación más directa del análisis. El grupo también puede codificar temas y patrones, o desarrollar teorías que se basan en un análisis más sistemático de las imágenes.

Foto-novela se utiliza para llegar, informar y organizar a los miembros de la comunidad, permitiéndoles priorizar sus inquietudes y discutir problemas y soluciones. Foto-novela va más allá del rol convencional de la evaluación de necesidades al invitar a las personas a promover su propio bienestar y el de su comunidad. Es un método que permite a las personas definir por sí mismas y para otras personas, incluidos los responsables de las políticas, lo que vale la pena recordar y lo que debe cambiarse (photovoice, 2015). El recuadro 6.2 proporciona un estudio de caso que ilustra cómo se puede usar la foto-novela en un entorno práctico para abordar el problema de la salud materna e infantil.

Cuadro 6.2 Foto-novela para la salud maternoinfantil

Contra Costa es un condado grande, económico y étnicamente diverso en el área de la Bahía de San Francisco en los Estados Unidos. Sesenta residentes del condado de

13 a 50 años participaron en 3 sesiones durante las cuales recibieron capacitación del departamento de salud local sobre técnicas y procesos de foto-novela. A los residentes se les proporcionaron cámaras desechables y se les alentó a tomar fotografías que reflejaran sus puntos de vista sobre los bienes y preocupaciones de salud de la familia, la madre y el niño en su comunidad, y luego participaron en discusiones grupales sobre sus fotografías. Se llevaron a cabo eventos comunitarios para permitir a los participantes educar al personal de salud maternoinfantil (MCH) y a los líderes de la comunidad.

Resultados: el proyecto de foto-novela proporcionó al personal de MCH información para complementar los datos perinatales cuantitativos existentes y contribuyó a una comprensión de los problemas clave de MCH que los residentes de la comunidad participantes desean que se aborden. Las preocupaciones de los participantes se centraron en la necesidad de lugares seguros para la recreación de los niños y para mejorar el entorno comunitario más amplio dentro de los vecindarios del condado. Las definiciones de los participantes sobre los activos y preocupaciones de salud de la familia, la madre y el niño difirieron de las que los profesionales de MCH suelen considerar como problemas de MCH (bajo peso al nacer, mortalidad materna, prevención del embarazo adolescente), lo que ayudó al personal del programa de MCH a ampliar las prioridades e incluir a los residentes. Preocupaciones principales.

Conclusiones: los profesionales de MCH pueden aplicar foto-novela como una innovadora metodología de investigación participativa para involucrar a los miembros de la comunidad en la evaluación de necesidades, el mapeo de activos y la planificación de programas, y en llegar a los responsables de políticas para abogar por estrategias que promuevan la salud familiar, materna e infantil. Perspectiva de base (Wang, y Pies, 2004).

Alfabetización saludable

La alfabetización en salud es un reenvasado de la relación entre educación y empoderamiento. Surgió de la constatación de que las intervenciones que se habían basado demasiado en la comunicación no habían logrado resultados sustanciales

(Nutbeam, 2000). Lo nuevo de la alfabetización en salud es que la educación para la salud se convierte en algo más que la transmisión de información y utiliza el desarrollo de habilidades y la confianza para ayudar a las personas a tomar decisiones mejor informadas que les permitan tener un mayor control sobre sus vidas (Renkert y Nutbeam 2001). La alfabetización en salud permite a las personas acceder, comprender y utilizar la información de manera que promueva y mantenga una buena salud (Organización Mundial de la Salud, 1998). La alfabetización en salud depende, en primer lugar, del nivel de alfabetización básica en la comunidad, es decir, la capacidad de leer y escribir en la vida cotidiana. En la práctica se puede entregar en tres niveles:

1. Alfabetización básica / funcional: suficientes habilidades básicas en lectura y escritura para poder funcionar de manera efectiva en situaciones cotidianas, ampliamente compatibles con la definición restringida.

2. Alfabetización comunicativa / interactiva: habilidades cognitivas y de alfabetización más avanzadas que, junto con las habilidades sociales, pueden usarse para participar activamente en las actividades diarias, extraer información y obtener el significado de diferentes formas de comunicación y aplicar nueva información a circunstancias cambiantes. .

3. Alfabetización crítica: habilidades cognitivas más avanzadas que, junto con las habilidades sociales, se pueden aplicar para analizar de manera crítica la información y para utilizar esta información para ejercer un mayor control sobre los eventos y situaciones de la vida (Nutbeam, 2000).

El desafío en la práctica de la salud pública es lograr una educación crítica sobre la salud porque el valor de la educación sobre la salud es como una herramienta para ayudar a los profesionales a convertirse en comunicadores más efectivos al aumentar la conciencia crítica de sus clientes. En una práctica de salud pública dominada por la comunicación, la alfabetización en salud ofrece un enfoque avanzado que permite a las personas comprender mejor cómo tomar medidas individuales y colectivas. En el cuadro 6.3, proporciono el ejemplo del uso de la alfabetización en salud para mejorar la atención prenatal.

Cuadro 6.3. Alfabetización en salud y clases prenatales

Un uso potencial del conocimiento de la salud es el desarrollo de clases prenatales para brindar a las mujeres las habilidades cognitivas y sociales para mantener su salud y la de sus hijos. Las mujeres que asisten a clases prenatales suelen estar muy motivadas y alfabetizadas. Pero las clases prenatales a veces están limitadas por el tiempo y la curiosidad y la ansiedad naturales de las mujeres hacen que sea difícil transferir toda la información y las habilidades necesarias. Por lo tanto, las clases se centran en la transferencia de información objetiva en lugar de en las habilidades de toma de decisiones para el parto y la crianza de los hijos que pueden ocupar más tiempo. Lo último es empoderador en lugar de solo pasivo y central para el uso de técnicas de alfabetización de la salud que se centran en proporcionar las habilidades necesarias y permitir que las mujeres tomen decisiones informadas. De esta manera, no habría que entregar todo el contenido de la clase prenatal, lo que reduciría el tiempo necesario para la enseñanza y brindaría más tiempo para permitir que las madres hagan preguntas y discutan temas. (Renkert y Nutbeam, 2001).

Estrategias para la toma de decisiones colectivas.

Las estrategias para una mejor toma de decisiones sobre diferentes opciones de salud pueden ser una herramienta habilitadora para que los profesionales las utilicen cuando trabajan con grupos. La toma de decisiones es un procedimiento altamente complejo y se describe a continuación un enfoque práctico para promover los principios de este proceso. Utilizo el ejemplo de ayudar a los grupos a desarrollar habilidades para tomar decisiones que les darán a sus miembros más control sobre su deseo de mejorar su salud durante un período de 6 meses.

Paso 1: Opciones clave de clasificación

El grupo primero hace una lista de las opciones clave que cubren su problema de salud particular. El Practicante puede ayudar brindando información técnica específica en respuesta a preguntas sobre el problema y ayudando a los participantes a clasificar sus inquietudes. La clasificación debe provenir del grupo sin ser

coaccionado por el Practicante. Si el número de opciones clasificadas es grande, el Practicante puede ayudar al grupo a producir una lista de prioridades, por ejemplo, una lista clasificada para mejorar la salud en los próximos 6 meses puede incluir.

1 Para dejar de fumar;
2 Para hacer más ejercicio;
3 Para perder peso;
4 Para comer más sanamente.

Una clasificación de las diferentes opciones según lo establecido en el paso 1 es en sí misma insuficiente para ayudar a otros a empoderarse a sí mismos. Esta información también debe transformarse en decisiones y acciones y se logra a través del desarrollo de una matriz de toma de decisiones para cambios positivos en las áreas priorizadas utilizando:
Paso 2. Decisiones sobre las acciones clave a tomar;
Paso 3. Decisiones sobre las actividades clave para cada acción tomada y;
Paso 4. La identificación de los recursos.

Paso 2. Decisiones sobre las acciones clave a tomar.
A continuación, se le pide al grupo que decida cómo se puede mejorar la situación para cada problema clasificado. El propósito es identificar primero las acciones más factibles que mejorarán la situación actual y luego proporcionar una estrategia más detallada en el paso 3 que describa las actividades. Esta información se encuentra en la columna 2 de la matriz de toma de decisiones en la tabla 6.1.

Al tomar la primera opción de salud clasificada en el paso 1 (Para dejar de fumar), las decisiones sobre las acciones clave que deben tomarse pueden incluir:

- Retirar todos los cigarrillos de la casa y del lugar de trabajo;
- Asistir a clases de motivación para ayudar a dejar de fumar;

- Usar un sustituto para fumar, como los cigarrillos electrónicos o los parches de nicotina.

Paso 3. Decisiones sobre las actividades clave para cada acción tomada

A continuación, se solicita al grupo que considere en la práctica las acciones más factibles que se pueden llevar a cabo y, en particular, las actividades de secuencia para realizar una mejora y establecer un marco de tiempo realista. Estos se colocan en la columna 3 de la matriz. Continuando con el ejemplo en el paso 2, las actividades para implementar las acciones identificadas para dejar de fumar podrían incluir lo siguiente:

- Decida eliminar todos los cigarrillos de casa
- No compre más cigarrillos;
- Identifique las clases locales o comience una nueva clase. Saque tiempo para asistir a una clase por semana. Identifique a un amigo para que asista a las clases iniciales de apoyo;
- Discuta los mejores productos alternativos con un médico o farmacéutico. Haga una cita para hablar con un médico en los próximos 7 días;
- Compre productos alternativos y úselos para los próximos 3 a 6 meses.

Paso 4. Identificación de recursos.

El grupo a continuación identifica los recursos que son necesarios para implementar las acciones en los pasos 2 y 3. El practicante puede ayudar al grupo a mapear los recursos necesarios, por ejemplo, información, finanzas y apoyo social. Para emprender las acciones para dejar de fumar puede incluir los siguientes recursos:

- Disponibilidad de clases locales de automotivación
- Dinero y tiempo para pagar y asistir a esas clases.
- Acceso a una farmacia o a un profesional para hablar sobre las mejores opciones de un sustituto para dejar de fumar y
- Dinero para pagar esas ayudas y comprar los productos alternativos para dejar de fumar.

La matriz de toma de decisiones

La estrategia para la toma de decisiones se puede representar utilizando una matriz simplificada, como se muestra en la Tabla 6.1, en la que el problema de salud clasificado se coloca en la columna del lado izquierdo, seguido de columnas secuenciales para las decisiones clave, las actividades clave y los recursos. La matriz proporciona un resumen de las decisiones, acciones y recursos que se deben emprender y es la base de un "contrato informal" entre el Practicante y los miembros del grupo. Identifica tareas o responsabilidades específicas que generalmente se establecen en un período de tiempo, por ejemplo, para dejar de fumar esto se otorgó como 6 meses. También identifica los recursos que se requerirán para cumplir con estas tareas y responsabilidades, dentro del plazo acordado, tanto por parte del Practicante como de los miembros del grupo.

Tabla 6.1 : La matriz de toma de decisiones: Deje de fumar en los próximos 6 meses.

Paso 1. Prioridad	**Paso 2. Decisiones claves**	**Paso 3. Actividades claves**	**Paso 4. Recursos**
Dejar de fumar en los próximos Seis(6) meses.	Quitar todos los cigarillos de casa y del lugar de trabajo. Asistir a clases de motivación para ayudar a dejar de fumar; Usar un sustituto , como	Recoja todos los cigarrillos que haya en casa y deséchelos. No compre más cigarrillos Localizar si hay clases locales. Saque tiempo para asistir a una clase por semana. Buscar a un amigo como apoyo para asistir a	Disponibilidad local de clases de auto motivación Dinero y tiempo para pagar y asistir a las clases; Acceso a una farmacia o profesional para analizar las mejores opciones para un sustituto del tabaco y;

	el chicle o los parches de nicotina .	las clases iniciales.	Dinero para comprar la ayuda de productos sustitutivos que le ayuden a dejar de fumar .
		Discuta los mejores sustitutos al tabaco con un médico o farmacéutico. Pida una cita para hablar con un médico en los próximos 7 días; Comprar productos de farmacia y tomar como se prescribe durante los próximos 3 meses. .	

Es crucial que los practicantes sean sensibles a su posición y estado y la influencia que esto puede tener en sus clientes. Es importante que comprendan la influencia de su lenguaje profesional y los términos técnicos que utilizan (consulte el Capítulo 5) y evalúen continuamente su propio comportamiento profesional. Tal conocimiento se denomina una práctica reflexiva que permite a los practicantes ser más críticos con la forma en que utilizan su conocimiento y poder para tener una influencia profesional sobre otros, incluidos otros profesionales y sus clientes (Laverack, 2009).

A continuación, en el Capítulo 7, analizo los aspectos del empoderamiento que mejoran la capacidad de las comunidades para organizarse mejor y movilizarse para obtener poder. Primero aclaro el concepto de 'comunidad' y participación comunitaria y luego ofrezco un marco de 5 puntos para ayudar a las comunidades a adquirir poder, incluida una discusión sobre el papel de los movimientos sociales de salud en la práctica de la salud pública.

Capítulo 7

Ayudando a las comunidades a empoderarse

Ayudar a que las comunidades se empoderen implica dos temas fundamentales: el desarrollo de capacidades y la acción colectiva. Para comprender mejor cómo se puede aplicar un enfoque más empoderador a la práctica de salud pública en este contexto, es importante considerar primero las características de una comunidad.

¿Qué es una "comunidad"?

Es importante que los practicantes piensen más allá de la visión habitual de una comunidad como un lugar donde las personas viven, como un pueblo o un vecindario. Estos entornos pueden ser un agregado de personas no conectadas, especialmente en un contexto urbano, dentro del cual se forman los grupos de interés. Por lo tanto, las comunidades geográficas a menudo están formadas por individuos y grupos heterogéneos con relaciones sociales dinámicas y cambiantes. La diversidad de intereses de las personas dentro de una comunidad geográfica puede crear problemas con respecto a la selección de la representación de sus miembros (Zakus y Lysack, 1998). Los practicantes deben considerar cuidadosamente quiénes son los representantes legítimos de una comunidad. Aquellos individuos que tienen la energía, el tiempo y la motivación para involucrarse en actividades pueden, de hecho, no ser apoyados por todos y pueden considerarse como que actuan por interés propio. En estas circunstancias, una minoría dominante puede dictar lo que necesita la comunidad, a menos que se tomen las medidas adecuadas para involucrar a todos.

Las características clave de una comunidad se proporcionan en el cuadro 7.1 e incluyen aspectos de ubicación espacial, dimensión social y necesidad.

Cuadro 7.1 Las características clave de una 'comunidad'

1.- Una dimensión espacial, es decir, un lugar o zona local.
2.- Dimensiones no espaciales (intereses, problemas, identidades) que involucran a personas que de otra manera conforman grupos heterogéneos y dispares.
3.- Interacciones sociales que son dinámicas y que unen a las personas en relaciones entre sí.
4- Identificación de necesidades e inquietudes compartidas que se pueden lograr a través de un proceso de acción colectiva.
(Laverack, 2004, pp. 46).

Dentro de las dimensiones geográficas o espaciales, pueden existir múltiples comunidades y los individuos pueden pertenecer a varios grupos de interés diferentes al mismo tiempo. Los grupos de interés existen como un medio legítimo por el cual los individuos pueden encontrar un medio de expresión y pueden participar de una manera más formal a través de comités, clubes sociales y asociaciones. Los grupos de interés brindan la oportunidad para que las personas aborden colectivamente las preocupaciones mutuas, como los miembros de un club para dejar de fumar o un grupo de acción local. Un entorno grupal proporciona al individuo un medio a través del cual puede dar un paso más hacia el logro de una acción colectiva participando con otras personas que comparten las mismas preocupaciones que ellos mismos. El desafío para la salud pública es cómo involucrarse con individuos, grupos de interés y comunidades dentro del contexto de un programa.

La participación de la comunidad es un proceso de colaboración, a menudo entre una agencia externa y la comunidad, que implica la identificación de soluciones de resolución de problemas a los problemas que afectan la vida de las personas. El compromiso de la comunidad comienza cuando las personas se informan mejor sobre los problemas que les afectan y cómo pueden involucrarse para abordarlos. El mejor enfoque es utilizar un "diálogo facilitado" entre la comunidad y los agentes externos para permitir que el conocimiento y las prioridades de ambos decidan una dirección apropiada para el programa. Una evaluación de necesidades realizada por miembros de la comunidad también puede fortalecer su papel en el diseño del

programa (Laverack, 2007). A continuación, proporciono los resultados de un estudio para identificar temas comunes para la participación de la comunidad, en este caso con los migrantes chinos, con respecto a los accidentes y las lesiones en el hogar.

Involucrar a las comunidades chinas

Adoptar un nuevo estilo de vida puede resultar en accidentes y lesiones, sin embargo, se descubrió que los migrantes asiáticos en Nueva Zelanda tienen poca comprensión de sus derechos a la cobertura del seguro de accidentes, el sistema de atención médica y los servicios de rehabilitación. Por ejemplo, en 2006 solo el 4,6% de los asiáticos en Nueva Zelanda reclamaron derechos de accidentes, muy por debajo del promedio nacional (Accident Compensation Corporation, 2006). Un estudio cualitativo encontró cuatro temas comunes entre los inmigrantes chinos recientes en Auckland para ayudar a relacionarse con las comunidades para prevenir lesiones (Tse, Laverack, Nayar y Foroughian, 2008):

Tema 1: Problemas de reasentamiento y reubicación

Los inmigrantes chinos recién llegados tenían diferentes experiencias y estilos de vida en su país de origen. La falta de familiaridad con el estilo de vida de Nueva Zelanda y el conocimiento limitado de cómo atender las diferentes circunstancias crearon una tendencia a que los accidentes y las lesiones ocurrieran de manera más regular.

Tema 2: Falta de comunicación

Algunos inmigrantes chinos estaban confundidos acerca de la función y los servicios proporcionados por el gobierno y lo atribuyeron a la falta de comunicación o la falta de dicho servicio en su país de origen. Antes de sufrir una lesión, la mayoría de los migrantes conocían un servicio de rehabilitación por su nombre, sin embargo, en el momento de la lesión, no tenían confianza en el acceso a los servicios. Las barreras del idioma y la falta de recursos traducidos al chino se

identificaron como razones de fracaso para no comprometerse con los servicios locales.

Tema 3: Despliegue de medios chinos

Los migrantes chinos sugirieron una variedad de canales a través de los cuales su comunidad podría estar mejor informada sobre los servicios disponibles, con énfasis en la utilización de medios chinos, periódicos chinos, estaciones de radio, sitios web y realización de talleres.

Tema 4: Preparación comunitaria y creación de capacidad comunitaria

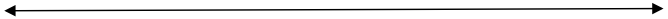
Unirse a una o más organizaciones comunitarias es una práctica común para los emigrantes chinos, particularmente para los nuevos emigrantes, en los que tienen una gran confianza. Las razones identificadas en el estudio para usar las organizaciones de la comunidad china incluyen la socialización, la creación de redes, la recopilación de información y la preservación de muchos aspectos únicos de su cultura. Para interactuar con los emigrantes, es importante que los practicantes desarrollen la capacidad de cualquier organización comunitaria disponible.

Los cuatro temas clave identificados en el estudio resaltan algunas de las dificultades de relacionarse con las comunidades de migrantes. Para involucrar a las comunidades de manera efectiva, sus voces deben ser escuchadas, sus necesidades deben ser identificadas y su capacidad debe desarrollarse para poder empoderarse.

El empoderamiento de la comunidad como un continuo de 5 puntos.

El empoderamiento de la comunidad se ha considerado sistemáticamente en la literatura como un continuo de 5 puntos que comprende los siguientes elementos: acción personal; grupos pequeños; Organizaciones comunitarias, asociaciones y acción social y política. Este es el modelo continuo de empoderamiento de la comunidad (ver figura 7.1) que representa el potencial de las personas para progresar de la acción individual a la colectiva.

Figura 7.1 El continuo del empoderamiento de la comunidad.



*	*	*	*	*
Acción Personal	Pequeños grupos	Organizaciones comunitarias	Asociaciones	Acciones Políticas y Sociales.

(Laverack, 1999, p. 92).

El continuo proporciona una interpretación simple y lineal del empoderamiento de la comunidad que explica cómo este concepto puede maximizarse a nivel personal, organizativo y colectivo. Cada punto en el continuo puede verse como una progresión hacia un objetivo común de empoderamiento de la comunidad: el cambio social y político. Si un camino hacia adelante no es posible, se produce una estasis o un retroceso al punto anterior en el continuo. El desarrollo de una organización comunitaria en el continuo es un punto fundamental en el que los grupos pequeños pueden hacer la transición a una estructura más amplia. A continuación, a través de asociaciones, las organizaciones podrán obtener una mayor base de recursos y participantes para su causa particular. El desafío clave para los practicantes es cómo estructuran su trabajo con el propósito de ayudar a otros en su progresión a lo largo del continuo. En la Tabla 7.1, proporciono algunas de las funciones clave para los Profesionales para permitir que otros progresen a lo largo del continuo de empoderamiento. Los grupos y organizaciones que surgen tienen sus propias dinámicas. Pueden florecer por un tiempo y luego desaparecer por razones tanto relacionadas con los cambios en las personas, como con la falta de un apoyo político o financiero más amplio. La práctica de la salud pública es parte de esta dinámica, una parte importante que, como explico en este libro, puede ayudar a otros a adquirir más poder.

Empoderamiento individual para la acción personal.

Una acción personal para mejorar la salud puede comenzar cuando las personas se sienten impotentes ante una situación, sienten el deseo de rectificar, lo que perciben como una situación injusta o quieren actuar en respuesta a una experiencia emotiva en sus vidas. Por ejemplo, una persona puede volverse activa en un grupo de apoyo comunitario para la seguridad del vecindario después de un asalto a esa persona en un lugar público. Esto ayuda a la persona a aceptar el evento y también le permite comenzar a trabajar para tener una influencia más amplia, por ejemplo, en la mejora de la vigilancia policial, el alumbrado público y el transporte público en su vecindario. En el contexto de un programa, la base para la acción personal a menudo se desarrolla durante la fase de planificación, por ejemplo, a través de una evaluación de necesidades y luego se desarrolla como parte de los objetivos más amplios.

Tabla 7.1. Funciones habilitadoras clave para los practicantes

Conducta personal	Grupos pequeños	Organizaciones comunitarias	Asociaciones	Acciones políticas y sociales
Desarrollar un mayor sentido de control en la vida de las personas reuniéndolos en pequeños grupos en torno a temas de interés mutuo.	Ayudar a la comunidad a identificar y priorizar sus necesidades Buscar y establecer soluciones y acciones para resolver las necesidades, y fortalecer las habilidades de liderazgo local. .	Fortalecer las estructuras organizativas. Vincular las organizaciones con recursos y desarrollar habilidades para identificar, movilizar y acceder a recursos. Promover la conciencia crítica.	Desarrollar una agenda compartida con otras organizaciones. Crear asociaciones locales y alianzas entre grupos. Proporcionar acceso a recursos fuera de la comunidad. .	Proporcionar legitimidad a las preocupaciones planteadas por otros mediante el uso de su base de poder e influencia política.

Al participar en grupos y organizaciones, los individuos pueden definir, analizar y luego, a través del apoyo de otros, actuar de acuerdo con sus preocupaciones compartidas. Zakus y Lysack (1998, p. 2) proporcionan una definición útil de

participación establecida en este contexto como el proceso mediante el cual los miembros de la comunidad, individual o colectivamente y con diferentes grados de compromiso, desarrollan su capacidad para asumir una mayor responsabilidad para evaluar las necesidades, planificar y luego actuar para implementar sus soluciones y mantener las organizaciones en apoyo de estos esfuerzos. Sin embargo, las investigaciones en el Reino Unido han demostrado que la disposición de las personas a participar en un programa puede no ser tan alta como se informa por primera vez. Por ejemplo, del 55% de los residentes locales que dijeron que querían participar en un programa que afectaba directamente a su comunidad, solo el 2% sí participó (Confederación de la Industria Británica 2006, 2006). Involucrarse con los miembros de la comunidad para asegurar que participen plenamente puede ser un factor crucial en el éxito o fracaso de un programa.

La participación es una combinación de implicación en los mecanismos de toma de decisiones, accesibilidad a las organizaciones comunitarias y el desarrollo de habilidades individuales apropiadas, por ejemplo, en la planificación estratégica y la movilización de recursos. La participación fortalece las redes sociales y los programas tienen más posibilidades de éxito si involucran a las personas en actividades en lugar de ofrecerlas en un enfoque de arriba hacia abajo. El cuadro 7.2 proporciona algunas de las características principales de la participación para ayudar a capacitar a otros para la acción personal.

Cuadro 7.2. Características de la participación para empoderar a otros

1. Una base de participantes sólida que involucra a todas las partes interesadas, incluidos los grupos marginados, pero sensible al contexto cultural y social.

2. Los participantes definen sus propias necesidades, soluciones y acciones.

3. Participantes involucrados en los mecanismos de toma de decisiones en las etapas de planificación, implementación y evaluación.

4. Se alienta a los participantes a extenderse a temas más amplios de las causas estructurales de la impotencia y a ser críticamente conscientes de sí mismos.

5. Existen mecanismos para permitir el libre flujo de información entre los diferentes participantes a través de una comunicación efectiva.

6. Los representantes son nombrados por miembros de todos los grupos.

7. El practicante fomenta una relación empoderadora profesional-cliente (Laverack, 2007).

Grupos pequeños y empoderamiento.

La participación y el desarrollo de pequeños grupos es a menudo el comienzo de la acción colectiva. Esta ubicación proporciona una oportunidad para que el Practicante ayude a la persona a adquirir habilidades, a desarrollar un apoyo social más sólido y a movilizar recursos. Los grupos pequeños incluyen la autoayuda y los grupos de interés que se organizan en torno a un tema específico, por ejemplo, "Salir" es un grupo de autoayuda para dejar de fumar. Los grupos de salud de la comunidad hacen una campaña sobre un tema específico localizado, por ejemplo, mejores instalaciones para discapacitados en un centro de salud. Las agencias gubernamentales pueden iniciar grupos de salud basados en el vecindario para abordar problemas de interés local, como viviendas deficientes, a menudo con un trabajador comunitario designado (Jones y Sidell, 1997).

El rol del practicante en este punto del continuo es reunir a las personas y ayudarlas, a través de una gama de técnicas participativas, a identificar los problemas que consideran importantes. Las habilidades de evaluación de necesidades son necesarias para que los grupos pequeños puedan identificar las necesidades comunes de sus miembros, soluciones y acciones para resolver sus necesidades. Cuando estas habilidades no existan o sean débiles, el rol del profesional será proporcionar las habilidades necesarias a la comunidad para ayudarlo a hacer una evaluación de sus propias necesidades (vea el capítulo 3).

Los grupos exitosos a menudo comparten una serie de características clave que incluyen representantes electos, se reúnen de manera regular, una estructura de membresía acordada (presidente, secretario, miembros principales), han tenido un historial de éxitos que ayudan a construir la confianza del grupo, mantienen registros de las reuniones anteriores, tener cuentas financieras, son capaces de identificar y resolver conflictos rápidamente e identificar los recursos disponibles

para el grupo. Los grupos pequeños a menudo tienen recursos y membresía limitados y su bajo nivel de participación y poca base de recursos les proporciona poca influencia (Allsop, Jones y Baggott, 2004) y para tener éxito deben convertirse en organizaciones comunitarias más amplias.

Organizaciones comunitarias y empoderamiento.

Las organizaciones comunitarias incluyen comités, cooperativas y asociaciones. Son los elementos organizativos en los que las personas se unen para socializar pero también para tomar medidas para abordar las preocupaciones locales y más amplias. Las organizaciones comunitarias no solo son más grandes que los grupos pequeños, también tienen una estructura establecida, un liderazgo más funcional, la capacidad de organizar mejor a sus miembros para movilizar recursos y adquirir las habilidades necesarias para hacer la transición para formar asociaciones. Estas habilidades incluyen la planificación y el desarrollo de estrategias, la gestión del tiempo, la formación de equipos, la creación de redes, la negociación, la recaudación de fondos, el marketing y la publicidad, y la redacción de propuestas. Si bien los grupos pequeños generalmente se enfocan hacia el interior en las necesidades de sus miembros, las organizaciones comunitarias se enfocan en el entorno que crea esas necesidades en primer lugar.

Una función clave de las organizaciones comunitarias es permitir que las personas obtengan un mayor acceso a los recursos. Los recursos internos son aquellos recaudados dentro de la comunidad e incluyen tierra, alimentos, dinero, personas, habilidades y conocimiento local. Los recursos externos son aquellos que se traen a la comunidad, por ejemplo el Profesional, e incluyen asistencia financiera, experiencia técnica, conocimiento y equipo. La capacidad de la comunidad para movilizar recursos desde dentro y para negociar recursos desde más allá de sí misma es una indicación de un alto grado de organización.

Un papel clave del Practicante en esta etapa del continuo es encontrar formas creativas para permitir que otros comuniquen sus ideas y expresen sus necesidades. Un ejemplo de esto se proporciona en el cuadro 7.3 de los "Festivales del baño" en

Mumbai, India, en el que los habitantes de los asentamientos se organizaron y utilizaron sus recursos para atraer a las autoridades municipales a las negociaciones.

Cuadro 7.3 Los "festivales de aseo" de Mumbai, India

Las organizaciones comunitarias establecidas en los barrios marginales de Mumbai, India, identificaron el problema de la falta de saneamiento y el suministro de agua como una preocupación clave para los residentes. Las organizaciones desarrollaron una estrategia para organizar "festivales de baños" como ceremonias oficiales de inauguración de instalaciones sanitarias en la comunidad. Se invitó a la prensa y se realizó el protocolo habitual para una ceremonia con invitados y pancartas que anunciaban el evento publicado. El verdadero propósito de los "festivales del baño" fue comprometerse con los funcionarios municipales, en primer lugar, demostrando la iniciativa de los habitantes de barrios marginales para organizar su propia construcción de instalaciones sanitarias, pero en segundo lugar, atraer a los funcionarios al debate sobre la falta de recursos e infraestructura. La agenda se reorientó para incluir las malas condiciones de vida y no solo el enfoque anterior del asentamiento ilegal. Los medios de comunicación pudieron plantear el problema y los habitantes de los barrios marginales lograron reducir los canales normales de burocracia y estructuras de poder en el gobierno local (Appadurai, 2004).

El desarrollo de las organizaciones comunitarias y el liderazgo local están estrechamente relacionados. El liderazgo requiere una base sólida de participantes, al igual que las organizaciones comunitarias requieren la dirección y la estructura de un liderazgo fuerte (Goodman et al., 1998). Anderson, Shepard y Salisbury (2006) encontraron que las personas con un compromiso compartido con la participación pública eran importantes para motivar a otros en la comunidad y para desarrollar asociaciones. Las personas locales se vieron envueltas en el proceso de participación y con mayor confianza y capacidad se convirtieron en poderosos defensores de su comunidad. Se consideró esencial un equilibrio adecuado entre los aportes profesionales y los laicos, ya que se descubrió que se produjo un conflicto

cuando faltaba claridad sobre quién tiene el control del programa. Cuando los líderes no pueden proporcionar una dirección, el rol del profesional es ayudar a desarrollar sus habilidades, por ejemplo, en la gestión y planificación estratégica.

El Practicante debe considerar detenidamente: quién representa a la "comunidad", cómo se seleccionan, su nivel de capacitación existente y cuál es el equilibrio entre su influencia económica y tradicional en la comunidad. El problema de seleccionar el liderazgo apropiado es discutido por Goodman et al. (1998), quienes argumentan que un enfoque pluralista en la comunidad, donde existe una interacción entre los líderes posicionales, aquellos que han sido elegidos o nombrados y los líderes reputados, aquellos que informalmente sirven a la comunidad, tiene una mejor oportunidad de éxito. El dominio de un líder puede hacer que utilicen este poder para manipular situaciones para su propio interés. Para ilustrar esto, proporciono un ejemplo en el Cuadro 7.4 de cómo los líderes locales pueden tergiversar los intereses de su comunidad.

Cuadro 7.4. Tergiversación por parte del liderazgo local.

Lucy Earle et al. (2004, p. 27), una investigadora de desarrollo comunitario, y sus colegas proporcionan un ejemplo de la manipulación de los programas por parte de los líderes locales en Asia Central. El líder de la aldea en una comunidad había usado su influencia para obtener ayuda de una ONG para ayudar a proporcionar tuberías de riego y una bomba eléctrica para mejorar el suministro de agua de la comunidad. Pero no todos los miembros de la comunidad estaban satisfechos con estos desarrollos, especialmente los grupos de mujeres de bajos ingresos. El suministro de agua era demasiado caro para ellos y las tuberías se colocaron para servir mejor a los miembros de la familia del líder de la aldea. Sin embargo, no pudieron quejarse porque contradecir al líder podría significar serias consecuencias para los medios de vida de las familias pobres; por ejemplo, el líder de la aldea proporcionaba empleo temporal durante la cosecha y distribuía harina a los residentes más pobres. El líder no solo tenía una posición influyente en la comunidad, sino que sus hijos también tenían cargos en la administración del gobierno local. El líder de la aldea pudo usar su poder sobre otros en la comunidad,

principalmente sobre grupos marginados, para manipular la distribución de recursos y obtener acceso a los procesos de toma de decisiones.

Alianzas y empoderamiento

Para ser efectivo en influir en la toma de decisiones, las organizaciones comunitarias deben vincularse con otras personas que compartan inquietudes similares. El propósito de desarrollar asociaciones es permitir a las organizaciones locales crecer más allá de sus propias preocupaciones y tomar una posición más fuerte a través de la creación de redes y la movilización de recursos. El desafío clave es permanecer enfocado en la preocupación que une a los grupos y no en las necesidades individuales de los diferentes grupos en la asociación. El cuadro 7.5 proporciona un ejemplo del mejor proyecto en conjunto, una asociación de colaboración para el desarrollo de capacidades de la comunidad en el Reino Unido.

Cuadro 7.5. El proyecto mejor en conjunto.

El proyecto Altogether Better es una asociación de colaboración destinada a crear capacidad para capacitar a las comunidades para mejorar su propia salud y bienestar. El objetivo general del proyecto "Yo soy mi comunidad" era crear capacidad en las comunidades y ampliar las habilidades y la experiencia de los voluntarios locales. El proyecto se llevó a cabo en dos comunidades desfavorecidas en Sheffield, Firth Park y Sharrow en el Reino Unido. Surgieron cuatro lecciones prácticas principales: 1. La importancia de obtener recursos financieros adecuados para pagar al personal involucrado, que demostró ser muy intensivo en tiempo; 2. La necesidad de involucrar a un grupo más amplio de voluntarios para ampliar las posibilidades de éxito del proyecto; 3. La necesidad de definir objetivos claros y más específicos para facilitar la contratación de voluntarios para su entrega; 4. La necesidad de recopilar datos sobre los bienes personales de las personas de manera sistemática para que puedan ser utilizados (Giuntoli, Kinsella and South, 2011).

Acción social y política

Si los individuos permanecen en el nivel de grupo pequeño, las condiciones que conducen a su sensación de impotencia no se resolverán. Del mismo modo, si los individuos se ven comprometidos por ser representados por otros o por participar en acciones pasivas e indirectas, por ejemplo, al firmar una petición, su nivel de influencia seguirá siendo limitado. Los profesionales participan en los enfoques de su trabajo cotidiano de manera que puedan ayudar a sus clientes a ser más conscientes de la crítica y tomar un papel más activo en la acción colectiva. Esto implica fomentar la participación, el desarrollo de asociaciones y acciones más directas como campañas, protestas civiles y acciones legales.

Obtener el control para influir en el cambio económico, político, social e ideológico inevitablemente involucrará a individuos, grupos y comunidades en una lucha con aquellos que ya tienen el poder. Dentro del contexto de un programa, el rol del profesional es crear capacidad, proporcionar recursos y soporte técnico. Pero los practicantes también deben reconocer que una práctica de salud pública empoderadora es una actividad política y su papel, al menos en parte, es esforzarse por desafiar el discurso y la práctica dominantes sobre el poder. En algún momento, una comunidad reconocerá que existe la necesidad de obtener acceso a la influencia política y a los recursos a un nivel más amplio. Esto hace que la comunidad avance de participar en una estrategia de creación de capacidad a una de empoderamiento (Laverack, 2007). El empoderamiento y la capacidad de la comunidad se superponen como formas de organización social y movilización que buscan abordar las desigualdades en las vidas de las personas. El desarrollo de capacidades es el medio por el cual se puede lograr un resultado de empoderamiento a través de la construcción sistemática de conocimientos, habilidades y competencias. Sin embargo, el desarrollo de la capacidad de la comunidad no se aísla en un solo resultado porque las competencias que se desarrollan pueden ser transferibles a través de problemas sociales, políticos y económicos.

En el contexto de un programa, esto puede ser en relación con problemas particulares en torno a los cuales los clientes actúan juntos para crear o para resistir

el cambio. Las habilidades, competencias y capacidades que necesitarán desarrollar pueden ser apoyadas como parte del trabajo diario de los practicantes. Finalmente, es importante reconocer que el empoderamiento adquiere sentido en relación con las cuestiones en torno a las cuales el ímpetu del grupo crece o se desvanece. Por lo tanto, nunca hay poder absoluto o empoderamiento para individuos, grupos y comunidades.

Los movimientos sociales pueden proporcionar una manera importante para que las personas logren un cambio social y político más amplio. También proporcionan un puente entre una ideología que muchas organizaciones basadas en la comunidad apoyan en el empoderamiento y la liberación y el discurso establecido en la sociedad.

Movimientos sociales de salud

Aunque no existe un acuerdo real en cuanto a la naturaleza de los movimientos sociales, comparten una estructura, un patrón de interrelaciones y la formación de una identidad reconocida por sus miembros. Los movimientos sociales formales pueden poseer procedimientos burocráticos pero no operan dentro de las burocracias. Los movimientos sociales existen dentro de la sociedad civil y son desarrollados por la gente, a menudo en contra de las estructuras e ideologías sistemáticas de los que tienen autoridad (Pakulski, 1991). Los Movimientos Sociales de Salud (HSM, por sus siglas en inglés) se esfuerzan por una transformación de los valores y por el cambio en lugar de una reestructuración radical, para promover la salud y el bienestar de los demás. Los HSM son un punto importante de la interacción social con respecto a los derechos de las personas a acceder a los servicios de salud, las experiencias personales de enfermedad y discapacidad y la desigualdad en la salud basada en la raza, la clase, el género y la sexualidad.

La creciente conciencia de la ciencia de la salud que se ha hecho disponible a través de, por ejemplo, los medios en línea, ha llevado a las personas a cuestionar la política de salud pública. Esto se ha acoplado a la publicidad negativa recibida sobre los abusos biomédicos de la autoridad, como la experimentación con anticonceptivos, la radiación y la inmunización, lo que ha generado un mayor nivel

de desconfianza entre el público. Las personas han descubierto que colectivamente pueden aplicar una presión significativa para influir en las políticas que afectan su salud (Brown y Zavestoski, 2004). En última instancia, los HSM desafían a las autoridades estatales, institucionales y de otro tipo para que el público tenga más voz en las políticas y regulaciones.

Los HSM se superponen en su propósito y tácticas, pero se pueden clasificar en tres categorías (Brown et al, 2004):

1. Movimientos de acceso a la salud que buscan un acceso equitativo a los servicios de atención médica, por ejemplo, a través de reformas nacionales de la atención médica y una extensión del seguro de salud a los sectores no asegurados de la población;

2. Los movimientos de salud incorporados se refieren a personas que desean abordar experiencias personales de enfermedad y discapacidad a través de un desafío de la evidencia científica mediante el reconocimiento médico de sus ideas o su propia investigación. Puede incluir personas directamente afectadas por una afección o aquellos que sienten que son un grupo de riesgo, por ejemplo, el movimiento de VIH / SIDA.

3. Los movimientos de salud basados en los grupos de interés se refieren a las desigualdades de salud cuando la evidencia muestra una supervisión o resultado desproporcionado, como el movimiento de derechos ambientales.

Los HSM no son la única fuente de influencia externa en la política de salud, pero pueden desempeñar un papel importante, que a veces se subestima. El cuadro 7.6 proporciona un ejemplo de las acciones de un HSM, el movimiento ambiental contra el cáncer de mama, para influir en la política de atención médica en los EE. UU.

Cuadro 7.6. El movimiento del cáncer de mama ambiental

El movimiento de cáncer de mama ambiental en los EE. UU. Se formó por un desbordamiento del movimiento de mujeres, el activismo contra el SIDA y los movimientos ambientales que crearon un HSM capaz de identificarse con las personas en riesgo o afectadas por el cáncer de mama. Maren Klawiter (2004,

p. 865-866) discute las experiencias tempranas de mujeres en la década de 1970 en el área de la Bahía de San Francisco con cáncer de mama que sufrieron aislamiento, desigualdades de poder estructuradas en torno a la relación médico-paciente y el género. El movimiento del cáncer de mama proporcionó a muchas personas el apoyo intelectual y emocional que necesitaban para poder avanzar colectivamente para abordar un problema personal. Usando las lecciones que habían traído, presionaron para ampliar los ensayos clínicos, el acceso compasivo a nuevos medicamentos y una mayor financiación gubernamental. Veinte años más tarde, un nuevo régimen de cáncer de mama había emergido influenciado por los esfuerzos del movimiento ambiental de cáncer de mama. Las mujeres tuvieron acceso a centros de cáncer para mujeres y homosexuales, talleres de educación para pacientes, grupos de apoyo, una selección de alternativas médicas y un papel como parte del equipo de atención médica que brindó el tratamiento para el cáncer. Esencialmente, el cáncer de mama se había politizado y replanteado como un problema feminista y una enfermedad ambiental.

Los HSM han sido efectivos para influir en otros al cambiar a los individuos y los valores que mantienen a través de, por ejemplo, la praxis cognitiva y los intelectuales del movimiento. La praxis cognitiva es el "interés del conocimiento" que tiene un movimiento y el "papel dinámico y mediador que juegan los movimientos en la formación del conocimiento" (Eyerman y Jamison, 1991, p. 47). Este es el origen del nuevo conocimiento generado por un movimiento y los "intelectuales" dentro del movimiento se basan y reinterpretan los conceptos intelectuales establecidos. La praxis cognitiva juega otro papel importante, el desarrollo de nuevas imágenes e identidades sociales. Los ejemplos de cómo la sociedad transforma su identidad propia a través del conocimiento generado por los movimientos sociales incluyen el establecimiento de nuevos problemas para que la sociedad resuelva y promueva nuevos valores para la identificación ética por parte de los individuos. El papel de los "intelectuales del movimiento" es planificar

estratégicamente y crear nuevos conocimientos. A medida que el movimiento madura y surgen nuevas organizaciones, puede haber una transformación en la relación entre los intelectuales y el movimiento. Los intelectuales del movimiento ocupan el espacio creado para ellos temporalmente antes de buscar legitimidad en otros lugares, por ejemplo, en el mundo académico, los medios de comunicación y las agencias gubernamentales. Establecen sus nuevas identidades y, por lo tanto, actúan como un vehículo a través del cual el conocimiento del movimiento se puede dispersar socialmente. De esta manera, los intelectuales crean movimientos y los movimientos crean intelectuales en procesos dentro de la sociedad para desafiar la sabiduría convencional. Los movimientos sociales pueden ser los motores del cambio social y pueden crear nuevos conocimientos e intelectuales que luego serán absorbidos por la sociedad. Así crean un puente entre el pensamiento radical y las construcciones de conocimiento establecidas. De esta manera, la legitimación del discurso sobre temas de salud pública ha sido influenciada por la absorción de intelectuales del movimiento, o su influencia directa sobre las agencias gubernamentales, académicas y de otros sectores (Eyerman y Jamison, 1991).

La salud pública en sí misma no es un movimiento social porque, si bien puede compartir un discurso emancipador, en la práctica se lleva a cabo dentro de la esfera de control de los entornos burocráticos. La salud pública sigue basándose en la enfermedad, abarca una interpretación biomédica de la salud y emplea enfoques de arriba hacia abajo para la programación impulsada por la reducción de la morbilidad y la mortalidad.

A continuación, el Capítulo 8 profundiza la discusión sobre el empoderamiento de la comunidad para examinar cómo los profesionales pueden trabajar con las poblaciones marginadas y migrantes y analiza las circunstancias de los romaníes en Europa. También se discute la importancia de resolver conflictos en el contexto de un programa.

Capítulo 8.

Ayudando a las poblaciones emigrantes a empoderarse

Introducción

Los conceptos de poder y empoderamiento pueden tener diferentes interpretaciones para personas de diferentes contextos sociales y culturales y que emigran a otro país. Los emigrantes recién llegados a menudo están familiarizados con un contexto político diferente y la democracia y la sociedad civil pueden ser conceptos nuevos. Los emigrantes recién llegados también pueden no entender los programas de salud pública que están diseñados para facilitar la participación, la evaluación de necesidades o la conciencia crítica.

Las diferencias en la interpretación del poder y el empoderamiento pueden incluir el grado o la expectativa del control sobre los eventos en la vida de una persona, las opciones que tienen, el estatus dentro de la sociedad y una comprensión de cómo acceder a los servicios esenciales. Las influencias contextuales como la pobreza (económica), las normas sociales (socioculturales), las estructuras burocráticas (políticas) y las circunstancias históricas también pueden conducir a diferencias en su interpretación.

Laverack, 'Ofanoa, Nosa, Fa'alili y Taufa (2007) realizaron un estudio para determinar la interpretación del poder y el empoderamiento de los pueblos migrantes del Pacífico en Auckland, Nueva Zelanda. La percepción predominante del poder era del poder sobre un individuo, grupo o comunidad, pero también mediante el cual las personas podrían mejorar dentro de la sociedad aprovechando las oportunidades educativas. En un contexto del Pacífico, el conocimiento es poder, y ese poder reside en el uso del conocimiento para avanzar en la comprensión del mundo. El poder se gana cuando a las personas se les da la información o los recursos que los ayudarán a adquirir conocimiento sobre los problemas que los afectan directamente, pero esto no significa que una persona tenga que renunciar al poder para que otra pueda obtenerlo. Una interpretación de

poder de suma no cero (discutida en el capítulo 2). El poder puede ser compartido entre las partes respectivas siempre que tengan una "voz" y puedan expresar sus opiniones. En los Pueblos migrantes del Pacífico en Auckland, el concepto de empoderamiento no se basaba en un nivel de control individual, sino que se construyó en torno a un marco cultural, por ejemplo, devolver un favor, apoyar las capacidades de otras personas y trabajar como familia, grupo o comunidad. La forma en que las personas vieron su papel difería de una percepción occidentalizada de la acción individual y del control sobre los recursos materiales para ejercer una influencia.

Comprender las percepciones de los migrantes con respecto al poder y el empoderamiento puede tener implicaciones importantes para la práctica de la salud pública. Ha habido una tendencia a combinar grupos de migrantes en una categoría étnica con el propósito de brindar políticas de salud. La categorización de los migrantes en un grupo homogéneo corre el riesgo real de beneficiar a algunos a expensas de otros, por ejemplo, en un entorno de financiamiento competitivo, debería haber igualdad de oportunidades para acceder a los recursos. Esto debería reconocer las sutiles diferencias culturales y organizativas entre los grupos y comprender que el acceso a los recursos a veces puede ser una situación de poder desigual y de suma cero. Laverack, 'Ofanoa, Nosa, Fa'alili y Taufa (2007), encontraron que algunos pueblos del Pacífico están en desventaja social y organizacional. Cada población del Pacífico tenía sus propias fortalezas, pero también sus propias limitaciones para organizarse y movilizarse colectivamente para obtener el control de los limitados recursos disponibles para mejorar sus vidas y su salud. Algunos pueblos del Pacífico están mejor organizados, tienen un liderazgo más fuerte, más participación comunitaria y están más capacitados para movilizar recursos. No es sorprendente que estos pueblos del Pacífico tengan más éxito en el acceso a recursos como la financiación gubernamental. Idealmente, en un entorno de salud pública competitivo, todas las comunidades deberían tener las mismas oportunidades de acceder a los fondos y, por lo tanto, deben tomarse medidas para garantizar que esto suceda durante el proceso de asignación de recursos.

Marginación

La marginación es un proceso mediante el cual a un individuo, grupo o comunidad se le niega el acceso o las posiciones de poder dentro de una sociedad (Marshall, 1998). La marginación es relevante para la salud pública porque las personas que existen en los márgenes de una sociedad pueden quedar excluidas, por ejemplo, del acceso a servicios esenciales. Es una paradoja de los enfoques de empoderamiento que los marginados a menudo no pueden articular sus necesidades, no están representados o no están bien informados y, como resultado, no tienen la oportunidad de expresar sus preocupaciones. Las circunstancias de su marginación y la baja autoestima que esto puede producir también pueden contribuir a que los programas de salud pública no los involucren.

En términos prácticos, se considera que los marginados son los más vulnerables, que no pueden satisfacer sus propias necesidades, tienen un acceso limitado a los recursos, carecen de poder o existen en gran medida fuera de las estructuras dominantes de poder económico, político, religioso y social. La marginación puede basarse en el género, el origen étnico, la (no) habilidad y la preferencia sexual, e incluye a los ancianos, a las personas de bajo estatus socioeconómico y a los emigrantes. La marginación no debe confundirse con el valor numérico que puede asignarse a la minoría, sino que debe enfatizar la posición social del grupo. Los marginados son segmentos subordinados de sociedades complejas, tienen rasgos físicos o culturales especiales y son tenidos en baja estima por la sociedad. Estos rasgos atan a sus miembros que comparten una comprensión consciente de sus circunstancias (Simpson y Yinger, 1965). Las personas marginadas se consideran a sí mismas como objetos de discriminación colectiva, ya que han sido seleccionados para un trato desigual de la mayoría de los demás en la sociedad en que viven.

Los profesionales deben tener una comprensión clara de las circunstancias que causan la marginación de sus clientes, por ejemplo, las desigualdades en el acceso a los servicios, el estigma y las actitudes sociales negativas que pueden excluir a aquellos que no parecen cumplir con las normas y valores sociales. Idealmente, los

practicantes trabajan con los más necesitados y se esfuerzan por evitar el establecimiento de una agenda de salud pública que pueda excluir a ciertos grupos dentro de la sociedad.

Marginación y emigración

La emigración, ya sea en términos de emigración interna donde no se cruzan las fronteras nacionales, o la emigración internacional donde las personas se trasladan a otro lugar a través de las fronteras nacionales, es un desafío cada vez mayor para la salud pública. La emigración no siempre tiene la intención de ser permanente y muchas personas pueden desear regresar a su país de origen en algún momento en el futuro. Por ejemplo, las personas pueden abandonar sus países de origen para buscar mejores oportunidades económicas, debido a circunstancias políticas opresivas o conflictos, para estar con la familia o para buscar una educación. Un factor significativo en la evolución de cómo se han desarrollado los patrones de emigración ha sido el avance de los métodos de viaje (MacPherson y Gushulak, 2004).

Las comunidades de emigrantes pueden llegar a ser marginadas social y económicamente, y la interpretación de Simpson y Yinger (1965) utilizada anteriormente de un sentimiento de pertenencia o no pertenencia tiene resonancia para muchos emigrantes. Los ejemplos de emigrantes que viven como un grupo marginado dentro de la sociedad incluyen grupos de minorías étnicas (chinos y turcos), grupos religiosos (judíos y musulmanes) y trabajadores ilegales o de temporada. Los mercados laborales cambiantes han intensificado las concentraciones de migrantes en las áreas urbanas y acelerado la migración internacional hacia países más ricos donde existen mejores oportunidades de trabajo. Cuando viven en un nuevo país, muchos emigrantes se enfrentan a derechos legales restringidos, una comprensión deficiente del idioma, la cultura, las diferentes creencias religiosas y un estatus socioeconómico más bajo. Esto puede llevar a sentimientos de exclusión y, como consecuencia, pueden colocarse en una posición vulnerable de mala salud física y mental que se ve agravada por una comprensión limitada de cómo acceder a la atención médica y los servicios sociales.

A continuación, discuto el vínculo entre la emigración y el empoderamiento a través de una discusión sobre los romaníes en Europa, tanto como emigrantes como residentes establecidos pero marginados.

Emigrantes gitanos y empoderamiento

Los gitanos son el grupo minoritario más grande en Europa con una población de 10 a 12 millones de personas que consiste en una variedad de diferentes grupos étnicos. Lo que estos grupos tienen en común es que todos se enfrentan a una severa discriminación, racismo y marginación. La "fobia romaní" se ha convertido en una característica socialmente aceptada en Europa en la que se ha calificado a los romaníes como un "problema europeo" en lugar de otro grupo minoritario (van Baar, 2011, p. 204). Los esfuerzos para garantizar la inclusión de los gitanos han sido una prioridad en algunos países, por ejemplo, en Suecia, el sistema de asistencia social ofrece a todos, de manera que tengan los mismos derechos sociales, políticos y económicos. Sin embargo, muchos romaníes que viven en Suecia aún tienen dificultades para obtener el mismo acceso a los derechos sociales, políticos y económicos que los no romaníes (Crondahl, Karlsson y Eklund-Karlsson, 2015).

El número de inmigrantes gitanos de los países de Europa Central y Oriental a Europa Occidental ha aumentado significativamente desde los cambios políticos y económicos de los años 90 y la transición de Alemania Oriental a una economía de mercado. Esto llevó al desempleo masivo y al empobrecimiento en Europa Central y Oriental. Los gitanos experimentan discriminación en todas partes, pero la intolerancia étnica en un país no parece ser el factor de impulso más fuerte para la emigración. Son los sistemas de alta remuneración y bienestar generoso de las sociedades occidentales los que atraen y donde los gitanos encuentran más frecuentemente lo que buscan, en términos de trabajo remunerado. Los países preferidos para la emigración romaní en Europa son Alemania, Reino Unido, Grecia, Italia, Austria, España, Suecia y Suiza. Otros factores importantes para la elección de la emigración son la cercanía del país, las similitudes culturales, la presencia de redes de emigrantes, mejores condiciones de vida, sistemas sociales y

de salud avanzados y una situación política más estable (Cherkezova y Tomova, 2013).

Los gitanos y los enfoques participativos.

Los enfoques participativos pueden mejorar la confianza y mejorar la inclusión de las perspectivas de los gitanos en los programas de salud pública (Kósa y Adany, 2007), por ejemplo, un estudio en el oeste de Suecia destinado a fortalecer el empoderamiento, la participación y el sentido de comunidad de los gitanos y a promover la auto- integración social (Crondahl, Karlsson y Eklund-Karlsson, 2015). El enfoque participativo se basó en Work Integrated Learning (WIL) y utilizó tres vías paralelas: (1) la continuación de la educación básica, (2) la capacitación teórica y (3) la aplicación práctica de la capacitación en el trabajo de la vida real. El enfoque incluyó la educación gitana en temas relacionados con la organización comunitaria, los determinantes sociales de la salud y la promoción de la salud (Pista 2). Paralelamente, los participantes también trabajaron en sus comunidades locales, practicando y aplicando nuevos conocimientos y habilidades (Pista 3) obtenidos de la capacitación. Los romaníes en el oeste de Suecia dan gran importancia a la educación y al empleo en lo que respecta a su salud y bienestar debido a la necesidad de autogestionar sus situaciones de vida, tanto a nivel colectivo como individual (Eklund-Karlsson, L., Crondahl, K., Sunnemark, F., y Andersson, Å, 2013). La combinación de un enfoque participativo y el Trabajo Integrado de Aprendizaje mejoró la alfabetización crítica de la salud de los participantes, mejoró las capacidades de las personas para cambiar las condiciones de vida relacionadas con la salud y sus posibilidades de empoderamiento al basarse en las necesidades de los romaníes. A través de un mejor conocimiento de la salud crítica (ver Capítulo 6), los participantes experimentaron un mayor control sobre sus propias vidas y sobre los procesos de inclusión social. Work Integrated Learning también ayudó a fortalecer las identidades romaníes y la conciencia cultural. Esta nueva visión fortaleció las habilidades, el compromiso y la motivación de los participantes para trabajar por los derechos de los romaníes y actuó como un desencadenante para desempeñar un papel más activo en sus propias comunidades. El estudio concluyó que el uso de la

alfabetización en salud y el aprendizaje integrado en el trabajo como un enfoque participativo son una estrategia efectiva para ayudar a los romaníes a mejorar su propia inclusión social (Crondahl y Karlsson, 2015).

Empoderamiento de los romaníes

Trabajar para ayudar a empoderar a las organizaciones romaníes basadas en la comunidad puede ser una estrategia eficaz cuando se centra en tres principios interrelacionados: creación de capacidad de la comunidad; un diálogo estructurado; y un mecanismo de financiación simple. La buena educación y el desarrollo de habilidades son fundamentales para el empoderamiento de los gitanos, pero esto debería ir más allá de la capacitación para fortalecer los recursos humanos y las estructuras organizativas, para mejorar el liderazgo, la gobernanza y la planificación estratégica. Un diálogo estructurado con organizaciones basadas en la comunidad romaní ayuda a fomentar su participación y esto siempre debe comenzar con una evaluación de las necesidades locales. También se debe alentar a los gobiernos nacionales a desarrollar mecanismos financieros de subvención basados en procedimientos simplificados acompañados por el fortalecimiento de asociaciones con agencias pro-romaníes y capacitación en gestión financiera (D'Agostino, 2014). Un aspecto central de la perspectiva de los romaníes sobre el empoderamiento es el deseo de autogestionar sus situaciones de vida, a nivel colectivo e individual. Tanto la sensación de poder desde adentro como de poder (véase el Capítulo 2) son necesarias para que los romaníes puedan mejorar su participación, conciencia crítica y mejorar la salud y el bienestar de las personas. El empleo y los ingresos son dos aspectos importantes del sentido de poder de los romaníes. La integración de los romaníes en el mercado laboral ha sido deficiente y los romaníes tienen menos probabilidades de tener empleos que los no romaníes o tienen empleos que ganan salarios mucho más bajos que los no romaníes (Cherkezova y Tomova, 2013). Equality es una organización de apoyo con sede en el Reino Unido que tiene como objetivo ayudar a empoderar a los gitanos a resolver sus necesidades expresadas en materia de empleo, vivienda, educación, salud y bienestar social. La organización actúa como negociador entre los romaníes y los proveedores de servicios para

ayudar a reducir la exclusión social, la discriminación y la explotación. En el Reino Unido, los romaníes han establecido comunidades en el norte de Inglaterra, East Midlands, Kent y el norte y el este de Londres con un estimado de aproximadamente 300,000 personas, aunque muchos romaníes evitan declarar su etnia y en su lugar usan su nacionalidad. The Big Issue es ahora una de las empresas sociales líderes en el Reino Unido y continúa ofreciendo a las personas sin hogar y vulnerables alojadas la oportunidad de obtener un ingreso legítimo. La compañía produce y distribuye la revista "The Big Issue" a una red de vendedores ambulantes. Igualdad, con el apoyo de The Big Issue, desarrolló un proyecto de empoderamiento centrado en el empleo de jóvenes romaníes que estaban desempleados o buscaban trabajo. A estos gitanos se les ofrecieron clases de alfabetización, cálculo numérico, inglés y 'entrenamiento para el trabajo', por ejemplo, en ventas, servicio al cliente, presupuestos y desarrollo de la autoconfianza, para mejorar sus conocimientos, habilidades y habilidades para mejorar sus posibilidades de encontrar trabajo. Los participantes también trabajaron como vendedores de la revista "The Big Issue" comprando por adelantado por £ 1, y vendiéndolos por £ 2 manteniendo cualquier beneficio obtenido por ellos mismos y ayudándoles a ganar algo de dinero mientras exploran otras oportunidades a través del proyecto de empoderamiento de Igualdad (Equality, 2015).

La política de inclusión social para los romaníes se ha centrado en el empoderamiento económico y ha utilizado enfoques para la creación de empleo mediante una combinación de inversiones socialmente sensibles y la mejora de la pequeña actividad empresarial a través del microcrédito. Sin embargo, para las comunidades romaníes en Europa del Este, el microcrédito ha tenido un papel limitado para facilitar el autoempleo, principalmente porque los empresarios romaníes generalmente carecen de apoyo financiero, están endeudados y las instituciones bancarias les han negado crédito. Una opción viable es facilitar el empleo de los romaníes centrándose en la creación de empleos sostenibles en el sector privado (Open Society Foundations, 2012).

El Cuadro 8.1 proporciona un estudio de caso sobre cómo una ciudad en Bulgaria pudo negociar mejores derechos laborales para los romaníes que anteriormente se habían visto obligados a encontrar trabajo en otro lugar, fuera del país y bajo términos y condiciones inseguros.

Cuadro 8.1 Negociación de los derechos laborales de los romaníes

En Kavarna, una ciudad en el noreste de Bulgaria con una población de 11.549 habitantes, los romaníes son aproximadamente el 25% de la población y tienen el 30% de los niños en edad escolar. Solo el 6,1% de los romaníes en el municipio tenía trabajo, la mayoría de ellos con empleo temporal. Los romaníes habían tratado de encontrar trabajo en el extranjero, como el trabajo de temporada como trabajadores de la construcción en Alemania, Polonia y Austria. Sin embargo, la mayoría de los romaníes se vieron obligados a trabajar solo durante tres meses, ya que este fue el período de su visa en la UE para los ciudadanos búlgaros. Esto hizo que muchos romaníes encontraran trabajo sin permiso y, por lo tanto, ganaran menos dinero y en condiciones más duras. El alcalde de Kavarna decidió negociar un acuerdo en varias ciudades polacas para permitir que los romaníes trabajasen allí legalmente, con empresas registradas y pagando impuestos. Los ingresos ascendieron a más de 3.000 euros al mes y los romaníes pudieron ahorrar para construir casas en Kavarna, comprar automóviles y pagar la boda de sus hijos. Según el alcalde, el resultado más importante de este cambio en la situación económica de los romaníes fue ayudar a reducir los estereotipos negativos hacia ellos en Kavarna y, por lo tanto, como un requisito previo para cambiar las relaciones interétnicas en una dirección positiva (Tomova 2013).

Los gitanos dan gran importancia a la educación en lo que respecta a su propia salud y bienestar y el de sus familias. Esto se basa en la necesidad de tener más poder y autogestionar sus situaciones de vida y salud. El cuadro 8.2 proporciona un estudio de caso sobre cómo las autoridades belgas han utilizado mediadores escolares para ayudar a los niños romaníes al involucrar a los padres, así como a los maestros, en el proceso de toma de decisiones sobre su educación.

Cuadro 8.2 Promoción de la educación de los niños romaníes a través de mediadores escolares

En Bélgica, la educación es obligatoria para todos los niños de 6 a 18 años, incluidos los niños migrantes, y la asistencia regular a la escuela es una condición para que los padres reciban beneficios mensuales de bienestar. Esta política tiene como objetivo motivar a los padres de familias vulnerables a participar más en la educación de sus hijos. Las funciones de los mediadores escolares en Bélgica no ayudan a los niños a aprender, ya que este es el papel de los maestros. Los mediadores escolares visitan a las familias emigrantes cuando las autoridades consideran que es necesaria una supervisión más estricta de los padres o cuando un niño tiene un problema, como la pérdida de clases o el rendimiento académico inferior. Su objetivo es aclarar el problema e involucrar a los padres en su solución. El mediador de la escuela tiene como objetivo ayudar a los padres a elevar sus aspiraciones y expectativas sobre su propio hijo, y mejorar la responsabilidad de los padres por el éxito escolar de sus hijos. Ayudan a los padres a entender sus derechos, responsabilidades y obligaciones hacia el éxito escolar de sus propios hijos. Los mediadores escolares también proporcionan a los maestros información sobre los romaníes y su cultura. Ayudan al personal de la escuela a desarrollar su política intercultural y motivan a los maestros a reforzar la autoestima de los niños romaníes. También intentan facilitar los contactos entre los maestros y los padres romaníes que tienen problemas con el idioma o no muestran interés en la educación de sus hijos (Cherkezova y Tomova, 2013, p. 142).

Ayudando a las poblaciones migrantes.

Los profesionales pueden desempeñar un papel importante en ayudar a los migrantes proporcionándoles el conocimiento, las habilidades y los recursos que necesitan para abordar sus necesidades. Un gran desafío para muchos practicantes es desarrollar y mantener la confianza de las comunidades migrantes. Este es un proceso a largo plazo de diálogo y compromiso para fomentar una participación más amplia. El rol del practicante es continuar escuchando y luego responder a las necesidades de los

migrantes utilizando una combinación de estrategias y canales de comunicación apropiados. Un estudio, por ejemplo, encontró que una estrategia de comunicación adecuada para los migrantes chinos incluía mensajes en inglés, mandarín y cantonés distribuidos a través de una combinación de canales de medios masivos como periódicos chinos, televisión china y estaciones de radio (Tse, Laverack, Nayar y Foroughian, 2008).

Es más probable que los migrantes se comprometan con los objetivos de un programa de salud pública si tienen un sentido de propiedad en los temas que se abordan. Los programas descendentes en los que el Practicante controla directamente lo que está sucediendo pueden servir para reforzar un sentido de subordinación y dependencia. Los programas que no abordan las necesidades de los migrantes y que no los involucran en el proceso de evaluación tienen, por lo tanto, menos posibilidades de lograr su propósito. El primer desafío es identificar las propias fuentes de poder de las comunidades (recursos, autoridad para tomar decisiones, habilidades técnicas, conocimiento local, etc.), en lugar de comenzar desde la perspectiva de que los migrantes son relativamente impotentes. El Practicante busca y trabaja en áreas de la vida de las personas en las que son relativamente poderosos, por ejemplo, los migrantes pueden tener una gran autoridad en un aspecto de su vida, como ser un líder comunitario, pero tener muy poco autoridad en otros aspectos, por ejemplo, en el lugar de trabajo donde pueden tener un trabajo mal pagado. Los líderes locales pueden ser un factor importante para permitir que otros tomen el control de las influencias en su salud y para ayudar a administrar los programas una vez que hayan adquirido las competencias necesarias. La transferencia de responsabilidad es un proceso continuo, pero a lo largo del tiempo, y a medida que se obtienen recursos y habilidades adicionales, la comunidad puede tomar más control del programa. Esto incluye actividades como la recaudación de fondos y el enlace con otras organizaciones que pueden facilitarse mediante un enfoque sistemático que aspire a otorgar más responsabilidad y participación dentro del programa. Sin embargo, el rol del Practicante no es dirigir a la comunidad cómo debería identificar a sus propios representantes. La comunidad debe decidir quién debería y quién no debería ser su representante. El Practicante

puede ayudar asegurando que todos los representantes tengan la misma oportunidad de expresar sus opiniones en la gestión del programa.

El segundo desafío es ayudar a los emigrantes a crear una base de recursos adecuada para la acción comunitaria y para hacer esto, el Practicante puede actuar como un enlace entre recursos externos, como subvenciones del gobierno, y la comunidad emigrante. El uso de mecanismos flexibles de financiamiento se discute en el Capítulo 10.

El tercer desafío es ayudar a la comunidad emigrante a resolver cualquier conflicto interno que pueda existir y este es el tema que a continuación comento.

Resolviendo conflictos

El conflicto puede ser un ingrediente negativo del proceso de empoderamiento al desviar la atención de temas importantes, al dividir a las comunidades y al socavar el poder interno de los individuos. Sin embargo, si se maneja correctamente, el conflicto también puede ser un ingrediente positivo. Tratar los conflictos de una manera positiva puede resolver disputas, ayudar a liberar emociones y ansiedades y hacer que la comunidad aborde temas delicados al mismo tiempo que mejora la cooperación y la comunicación. Los comienzos del conflicto a menudo son causados por una comunicación deficiente, un liderazgo local débil, las luchas por obtener acceso a recursos y decisiones limitados y la incertidumbre de los practicantes sobre su papel en la forma de resolver conflictos (Laverack, 2009).

En el cuadro 8.3, proporciono un ejercicio que puede ayudar tanto a los profesionales como a los clientes a comprender sus propias reacciones en una posición de desequilibrio de poder. En este ejercicio el poder está representado por la asignación de recursos. Si bien la diferencia en la asignación es menor, esto es representativo de situaciones más significativas que pueden resultar en que los participantes se relacionen con otras áreas de sus vidas en las que pueden desconocer las disparidades de poder (Coleman, 2000).

El ejercicio se puede utilizar como parte de una actividad de capacitación para practicantes o como un medio para demostrar a sus clientes el efecto disruptivo que el conflicto puede tener en una comunidad.

Recuadro 8.3. Posiciones de poder y resolución de conflictos**.**
El capacitador organiza el espacio en dos áreas cada una para acomodar a la mitad de los participantes. Un área cuenta con marcadores, lápices de colores, pinturas, papel de colores, tijeras, revistas y otros artículos decorativos. En la otra área hay una hoja de papel en blanco y lápices. Los participantes son invitados de nuevo a la sala y asignados al azar a una de las dos áreas. Los dos grupos tienen el mismo objetivo: desarrollar una definición funcional de poder. Se les informa que una vez que los grupos hayan terminado el ejercicio, se les pedirá que muestren sus definiciones y que todos los presentes en la sala votarán para seleccionar la mejor y más atractiva definición. Luego se les pide a los grupos que comiencen el ejercicio de 30 minutos y los capacitadores apoyan activamente al grupo con la mayoría de los recursos, mientras que activamente ignoran al grupo con los menos recursos. Se muestran las definiciones desarrolladas y una discusión sobre la mejor, incluido el uso del color, el atractivo y el contenido técnico. También se les pide a los participantes que discutan la dinámica de los dos grupos, sus sentimientos y cómo interactuaron durante el ejercicio. Los participantes pueden desconocer las disparidades en la asignación de recursos, pueden haber tratado de persuadir al otro grupo para que les brinde recursos adicionales o incluso para que tomen recursos sin preguntar. Estos puntos se discuten en relación con el tema del poder y la resolución de conflictos (Adaptado de Coleman, 2000, pp. 127-8).

En situaciones de conflicto, los que tienen el poder tienden a tratar de dominar y ofrecer pocas concesiones, lo que puede dificultar el logro de un acuerdo negociado que sea satisfactorio para todas las partes. Aquellos que se encuentran en una posición de impotencia se alienan y se les presentan dos opciones principales: (1) resistir aumentando sus propios recursos, organización y movilización y utilizando

esto en tácticas de desobediencia; (2) para inducir a aquellos con poder a usarlo de manera más benevolente y para simpatizar con la desigualdad de aquellos con menos poder (Coleman, 2000). Para permitir que sus clientes obtengan más poder en (1) arriba o para estar en una mejor posición para negociar en (2) arriba, se requiere un enfoque para resolver conflictos. Estas estrategias pueden incluir brindar capacitación para el manejo de conflictos, desarrollar herramientas de comunicación para diseminar mejor la información, usar la escucha para aclarar la comprensión, proporcionar un diálogo facilitado para mapear y resolver problemas y utilizar enfoques de conciencia crítica. Estas y otras estrategias se discuten en los Capítulos 4 y 6. No se puede esperar que los practicantes hagan todo esto en su trabajo diario, pero pueden desempeñar un papel importante para ayudar a resolver conflictos simplemente evaluando la situación, siendo un buen oyente y asegurando Participación plena para aclarar áreas de conflicto. Un ejemplo de resolución de diferencias interculturales se proporciona en el cuadro 8.4 en el "Proyecto de resolución de diferencias para la construcción de comunidades" en el Reino Unido.

Cuadro 8.4 El 'Proyecto de resolución de diferencias para construir comunidades'. El 'Proyecto de resolución de diferencias para construir comunidades' comenzó después de que estalló el conflicto entre grupos de jóvenes somalíes y afro-caribeños en Leicester, Reino Unido. Los somalíes se establecieron como nuevos inmigrantes en áreas socioeconómicas pobres ocupadas por la comunidad afro-caribeña y esto creó tensiones interétnicas. A los somalíes les resultó difícil asimilarse a la cultura británica, tenían limitaciones de idioma y no podían acceder fácilmente a los servicios disponibles. El Proyecto estableció un grupo directivo formado por partes interesadas de las dos comunidades con la tarea de coordinar la gestión y la implementación. El propósito principal del Proyecto fue aclarar las opiniones y puntos de vista de los dos grupos entre sí a través de talleres y discusiones de grupos focales. Las personas locales fueron entrenadas y empleadas como facilitadores interculturales para proporcionar educación entre pares, mediación y para reclutar a unos 400 jóvenes voluntarios. En particular, fue el papel de los facilitadores, asistidos por los practicantes, lo que llevó a una

reducción del prejuicio y logró evitar el conflicto directamente debido a su interacción e intentos de crear cohesión (Laverack, 2009, p. 41).

La resolución de conflictos no tiene que ser un área de trabajo especializada, especialmente cuando el problema del desacuerdo no es complicado. En la práctica, el conflicto a veces se puede resolver con una simple aclaración y discusión de las principales preocupaciones. Este es un proceso que puede ser facilitado por un profesional que utiliza enfoques participativos para promover la discusión.

En el cuadro 8.5, proporciono el ejemplo de un ejercicio que pueden usar los Profesionales para ayudar a resolver conflictos, en primer lugar, mediante el mapeo de las principales preguntas entre los diferentes actores involucrados y, en segundo lugar, el desarrollo de estrategias para abordar cada preocupación relevante.

Cuadro 8.5 Definición de los problemas de conflicto

Para llevar a cabo este ejercicio, el profesional debe tener algún conocimiento previo sobre las preguntas clave que se harán y algunas de las soluciones que se pueden discutir. Esto ayudará al practicante a enfocar la discusión en lo práctico y no en los puntos personales. El Practicante debe poder primero definir los problemas del conflicto en términos neutrales que todos los participantes puedan acordar de la siguiente manera:

1 Se les pide a los participantes que construyan una lista de preguntas clave sobre el conflicto, las posibles soluciones a las preguntas.

2 Los participantes y el Practicante a continuación identifican las fuentes de información con respecto a cada una de las preguntas clave, por ejemplo, sitios web, líderes locales, funcionarios gubernamentales, que son necesarios para pasar a una etapa de resolución de problemas.

3 Se les pide a los participantes que preparen un resumen del conflicto comparando cada pregunta con una posible solución y una fuente de información. Esto se puede resumir útilmente en una tabla.

4 Después de un período de discusión entre las diferentes partes, la tabla se puede volver a escribir para resaltar cómo los cambios importantes en un conflicto se

modifican con el tiempo a medida que cambian las circunstancias.
Es importante tener en cuenta que este tipo de ejercicio de resolución de problemas no es más que un compromiso para un mayor análisis y discusión. (Adaptado de Mitchell and Banks, 1998, p. 31)

A continuación, en el Capítulo 9, analizo los medios para recopilar y analizar información cualitativa como una competencia profesional importante para medir el empoderamiento de la comunidad. La medición y la representación visual del empoderamiento de la comunidad se discuten con ejemplos de uso del "enfoque de dominios" y la configuración de la tela de araña en un programa de salud pública.

Capítulo 9.

La medición y representación visual del empoderamiento comunitario.

Recopilación y análisis de información cualitativa.

La evaluación de los enfoques de empoderamiento a menudo utiliza técnicas participativas y métodos cualitativos que incluyen entrevistas individuales y de grupos focales que se basan en el conocimiento y las experiencias. En la entrevista cualitativa, el objetivo es descubrir el propio marco de significados del entrevistado y evitar imponer las suposiciones del entrevistador. El entrevistador debe permanecer abierto a la posibilidad de que las variables que emergen puedan ser muy diferentes de las que se pudieron predecir desde el principio. El entrevistador debe ser sensible al lenguaje y los conceptos utilizados por el entrevistado y verificar que haya entendido al entrevistado. La flexibilidad de la técnica de entrevista es que puede permitir un cambio en el ritmo y la dirección de la entrevista para evitar cualquier malentendido durante la investigación (Britten, 1995).

Entrevista cualitativa

La entrevista cualitativa ofrece dos tipos principales que pueden utilizarse para evaluar el empoderamiento: no estructurado y semi-estructurado. Las entrevistas no estructuradas pueden cubrir solo uno o dos temas y, mientras que las entrevistas semi-estructuradas también se realizan utilizando una estructura informal que consta de preguntas abiertas que definen el área a explorar, el entrevistador puede divergir para perseguir una idea con más detalle y profundidad. Cuanto menos estructurada sea la entrevista, menos se determinan y estandarizan las preguntas antes de la entrevista. Sin embargo, la mayoría de las entrevistas tendrán una lista de preguntas centrales que definen las áreas que se cubrirán. Las preguntas deberían ser abiertas, neutrales, sensibles y claras para el entrevistado, generalmente comenzando con

preguntas que el entrevistado puede responder fácilmente y luego pasar a temas más difíciles y delicados.

A partir de la consulta para recoger información cualitativa.

La parte inicial de la investigación utiliza entrevistas no estructuradas con informantes clave para identificar el tema principal del empoderamiento en el contexto cultural específico. Las entrevistas individuales no estructuradas se utilizan para descubrir el propio marco de significados del entrevistado. Este tipo de entrevista prescinde de los horarios formales y el orden de las preguntas y se basa en la interacción social entre el entrevistador y el informante para obtener información (Minichiello et al., 1990). La entrevista no estructurada adquiere la apariencia de una conversación cotidiana normal. Sin embargo, siempre es una conversación controlada, que está orientada a los intereses del entrevistador. El elemento de control es mínimo pero está presente para mantener al informante "relacionado con experiencias y actitudes que son relevantes para el problema" (Burgess, 1982, p. 107). Se puede utilizar más de una entrevista no estructurada para que las preguntas adicionales se basen en entrevistas anteriores. Estos entrevistadores deben consistir principalmente en aclaraciones y sondeos para obtener más detalles. Es importante realizar tantas entrevistas no estructuradas como sean necesarias para asegurarse de que se hayan identificado todos los encabezados principales para el empoderamiento. Los datos cualitativos se deben recopilar hasta que la entrevista alcance un punto de "saturación de datos" o cuando el entrevistador ya no esté registrando información nueva. El punto en el que se detiene la entrevista es un tema controvertido, pero es flexible y se basa en la discreción y la experiencia del entrevistador (Mason, 2010).

Los entrevistados pueden ser diferentes, pero las entrevistas deben basarse en los mismos temas, por ejemplo, podría comenzar con la pregunta del entrevistador "Esta entrevista es sobre el empoderamiento en su contexto cultural. ¿Puede contarme sus experiencias, lo que cree que significa y cómo funciona en sus comunidades? ``Las entrevistas se pueden realizar en los lugares de trabajo, hogares o en un entorno neutral de los entrevistados, en un momento predeterminado y

conveniente. Las entrevistas se graban manualmente o utilizando una grabadora y normalmente duran entre 30 y 90 minutos.

Obtención de información en profundidad.

Los hallazgos de las entrevistas no estructuradas proporcionan los encabezados principales para la siguiente parte de la investigación, entrevistas grupales semi-estructuradas. Las preguntas no tienen un orden fijo ni una redacción, pero actúan como una guía para el entrevistador que las usa en grupos pequeños que consisten en participantes de características similares. El propósito de las entrevistas es proporcionar más profundidad y comprensión a los encabezados principales y la información anecdótica para resaltar los hallazgos. La selección de participantes para las entrevistas se realiza para garantizar un rango representativo de edad y antecedentes socioeconómicos de las personas de la comunidad.

Las entrevistas en grupo son una forma rápida y conveniente de recopilar datos simultáneamente. Esto significa que, en lugar de que el entrevistador le pida a cada persona que responda a una pregunta, hay algo de interacción y se alienta a las personas a hablar, hacer preguntas, intercambiar anécdotas y comentar otras experiencias en el grupo. Algunas de las ventajas potenciales son que la técnica no discrimina a las personas que no pueden leer o escribir y fomenta la participación y el debate, especialmente de aquellos que normalmente sienten que no tienen nada que decir. Sin embargo, la configuración del grupo puede silenciar las voces individuales de desacuerdo y son estas contradicciones las que puede hacer el entrevistador quiera tener acceso a parte de los resultados. La presencia de otros entrevistados también puede comprometer la confidencialidad de la sesión, sin embargo, los grupos no siempre son inhibidores y pueden facilitar activamente la discusión de temas delicados.

El éxito de las entrevistas grupales depende tanto de la habilidad del facilitador como del ambiente de discusión. Las sesiones deben ser relajadas, en un ambiente cómodo y familiar, los refrescos pueden estar disponibles y los asientos deben organizarse en una secuencia aceptable para los participantes. El facilitador debe poder utilizar el debate para continuar la conversación más allá de la etapa en la que

podría haber terminado y para alentar a los participantes a aclarar su punto de vista y aclarar por qué piensan como piensan (Kitzinger, 1995).

Mantener un registro de la consulta.

El entrevistador puede usar varias notas diferentes para ayudar a compilar un registro de eventos, por ejemplo, un cuaderno o un ordenador portátil se puede usar para mantener registros detallados de eventos, conversaciones, actividades y descripciones. El tipo de notas se puede distinguir como rápido o completamente exhaustivo para registrar exactamente lo que se dice. Las notas mentales están hechas de discusiones y observaciones, las anotadas son rápidas, las notas cortas se usan para recordar al entrevistador los eventos. Las notas de campo completas son las notas de ejecución realizadas a lo largo del día durante o después del período de observación y son tanto descriptivas como analíticas. Las notas descriptivas representan el contexto en el que tuvieron lugar las observaciones y discusiones. Las notas analíticas tratan de dar sentido a lo que se ha observado y se pueden hacer después de la observación cuando el entrevistador tiene más tiempo para reflexionar y aclarar sus impresiones (Glesne y Peshkin, 1992).

Analizando la información cualitativa.

El objetivo del análisis de la información cualitativa es buscar áreas de terreno común y diferencias entre los encuestados en lugar de proporcionar una serie de cuentas separadas. Hay paquetes de software para el análisis de datos cualitativos, como Nvivo, que están diseñados para trabajar con información muy rica, basada en texto, donde se requieren profundos niveles de análisis, a menudo en grandes volúmenes de datos. El procedimiento recomendado para el análisis en este enfoque utiliza una técnica más simple de cortar y pegar, que es rápida, simple y rentable para pequeñas cantidades de información cualitativa. Las notas de campo y las entrevistas transcritas pasan por un proceso de desagregación y reagrupación siguiendo los siguientes pasos:

1.-El proceso de **desagregación** comienza cuando se hacen copias de las notas de campo originales. Las copias se utilizan para identificar un sistema de clasificación

para las principales categorías de discusión. Las categorías se identifican en el texto mediante el uso de colores para resaltar su presencia en el texto. El texto grabado se vuelve a leer completamente y se verifican todas las frases, oraciones o intercambios de conversaciones grabadas relevantes.

2.- Una vez que se completa el **código de colores**, el texto marcado se "recorta" y se clasifica en archivos que se han marcado uno para cada categoría. Las categorías formarán los encabezados de la discusión de los hallazgos.

3.- El proceso de **reagrupación** se realiza al volver a leer cada archivo de categoría para analizar el contenido en su nuevo contexto junto con información de naturaleza similar. Comienzan a surgir nuevas ideas y confirmaciones, y se comienza a formar la estructura de los hallazgos y la discusión.

Facilitar la recopilación de información cualitativa en un contexto intercultural.

Los programas de salud pública pueden involucrar a diferentes grupos culturales. Antes de recopilar información cualitativa en un contexto intercultural, hay cuestiones que deben tenerse en cuenta. No estar familiarizado con un contexto cultural específico puede hacer que sea más difícil para un profesional reflejar la realidad de la situación y esto significa que se puede perder información importante. Las dificultades más importantes que enfrentan los practicantes han sido su incapacidad para hablar el idioma local, tener un sistema diferente de creencias y valores, una comunicación deficiente y diferentes estilos de interacción, actitudes hacia el tiempo y sensibilidades políticas. Sin embargo, un conocimiento del idioma local, aunque importante, no es esencial, y establecer una relación con los clientes potenciales es más esencial y es una función del tiempo que se pasa en el sitio y de las habilidades interpersonales que de los lingüísticos (Ginsberg, 1988).

En la práctica, puede que no sea posible tener una discusión grupal facilitada debido a las diferencias de idioma y culturales entre el Profesional y los clientes. En este caso, se puede utilizar un diseño facilitado que tenga en cuenta el contexto cultural. Esto requiere que se designe un facilitador para trabajar con el practicante, uno que

esté familiarizado con el contexto cultural. La facilitación introduce niveles más altos de control, la capacidad de enfocarse en objetivos específicos dentro de un período de tiempo limitado y no es simplemente traducción o interpretación. Además de una interpretación precisa para el practicante durante el curso de la reunión, las formas en que los facilitadores trabajan en el entorno grupal, como su rol, estilo, antecedentes y apariencia, son cruciales para moldear las interacciones.

La Figura 9.1 proporciona una tipología de los roles que un facilitador puede desempeñar durante cualquier reunión de grupo intercultural. En función de los niveles de dirección del facilitador (técnicas de liderazgo y control) y la relación (técnicas de fomento de la confianza y reducción de la distancia), se pueden delinear cuatro tipos generales de rol: empatía; compromiso; coaccionar y desconexión (Laverack y Brown, 2003).

La empatía implica que el facilitador sea capaz de lograr entendimientos perspicaces basados en tomar el punto de vista del otro. Esto es más probable cuando la relación (una equivalencia de construcción de significado entre las partes) es alta y la dirección del facilitador es baja. El compromiso también requiere una buena relación junto con mayores niveles de dirección del facilitador, por ejemplo, donde el facilitador fomenta una dirección particular para la discusión.

La baja relación da como resultado tipos de roles que deben evitarse. Cuando la relación se pierde o no se gana, una dirección más alta puede forzar la discusión a áreas de menor interés para los participantes y es un tipo de coacción. Una relación baja combinada con niveles de dirección bajos puede dejar al facilitador como un "forastero" no comprometido cuyas observaciones pueden carecer de validez.

En la práctica, el movimiento ocurre entre los tipos de roles a medida que avanza la reunión de grupo, mientras que las flechas en la Figura 9.1 representan un modelo ideal de facilitación con una interacción de compromiso y empatía que caracteriza la duración de la reunión de grupo. Se mantiene una buena relación y los niveles de dirección se reducen y se elevan de manera óptima de acuerdo con el flujo de la interacción grupal.

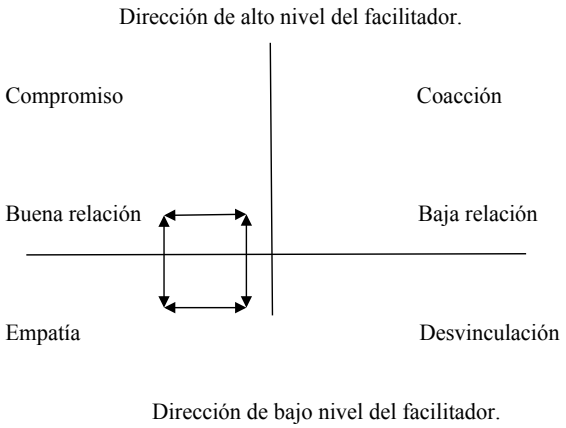


Figura 9.1 Tipos de rol de facilitador (Laverack y Brown, 2003, p. 4)

Laverack y Brown (2003) encontraron que, en un contexto no occidentalizado, los facilitadores tendían a: liderar la discusión y tomar una directiva, en lugar de un enfoque participativo (coacción); fomentar la discusión pero no tratar de involucrar a todos los participantes (pérdida de relación); dominaron y dirigieron la interacción grupal y se observó que no permitían que el foco de la discusión se moviera hacia sus miembros a medida que avanzaba el taller (demasiado directivo); y abandonaron la sala y los participantes pudieron continuar cada ejercicio, pero el control de la discusión se reanudó con los facilitadores a su regreso (demasiado directivo).

El requisito de una buena facilitación es crucial para muchos aspectos de la investigación cualitativa. Los facilitadores interculturales pueden hablar el idioma local, entender las costumbres locales y explicar conceptos complejos más fácilmente sin la necesidad de traducción, y esto ayudará a acelerar la reunión. La facilitación hábil es un problema común a los enfoques cualitativos y la pregunta; "¿Cómo garantizar una facilitación adecuada?" Debe abordarse constantemente. Esto incluye un equilibrio exitoso entre la dirección y la relación. Poseer las

habilidades y la experiencia necesarias no garantiza el sesgo del facilitador, pero la capacitación adecuada puede reducir las influencias no intencionales.

Si bien la gran simpatía es siempre el objetivo de la facilitación hábil, en un contexto intercultural, esto puede lograrse mediante roles que incorporen niveles más bajos de relación y diferentes niveles de compromiso. El propósito de este enfoque es posicionar mejor a los facilitadores para lograr una comprensión empática de los participantes. Los contextos interculturales pueden proporcionar problemas y problemas esencialmente novedosos o únicos. Es posible que los facilitadores tengan que estar preparados para ser más y menos directivos y comprometidos al recopilar información cualitativa, adaptando su enfoque a los requisitos específicos de los participantes. Esto puede ser descrito como un movimiento "hacia adentro" y "hacia afuera" por los facilitadores hacia un terreno de empatía que transmite un patrón similar a los observados en la investigación observatoria cualitativa y participante (Glesne y Peshkin, 1992).

Uso de herramientas adecuadas y la contratación de personal adecuado.

En general, cuando se trabaja en un contexto intercultural se pueden mejorar otras dos categorías: el uso de herramientas apropiadas; y la contratación de personal idóneo. Las herramientas apropiadas para recopilar información intercultural han sido identificadas como un enfoque más naturalista, por ejemplo, estudios de casos y entrevistas cualitativas que utilizan la narrativa fuerte y las tradiciones orales de diferentes culturas. Idealmente, el enfoque debería utilizar información tanto cualitativa como cuantitativa para verificar los hallazgos. Las herramientas también deberían ser flexibles en términos de tiempo y actitudes, ser participativas y utilizar preguntas culturalmente sensibles para la recopilación de datos.

Las habilidades y cualidades personales requeridas por el personal adecuado para recopilar la información intercultural se han identificado como: tolerancia a la ambigüedad; paciencia; adaptabilidad; capacidad de aprendizaje tácito; y cortesía (Seefeldt, 1985). Varios autores han sugerido que un equipo compuesto por personal extranjero y facilitadores de la comunidad de acogida, preferiblemente alguien que trabaje estrechamente con el programa de salud pública, proporciona el

enfoque más adecuado (Chow et al., 1996). Cuando no es posible trabajar en equipo, o si no hay una persona local disponible, se debe proporcionar una capacitación adecuada sobre el contexto cultural a cualquier persona que no sea del contexto cultural específico (Russon, 1995). También es importante que el Practicante tenga un conocimiento previo de la dinámica social fluida y el complejo equilibrio de relaciones que se produce entre las partes interesadas del programa en un contexto intercultural. Las actividades que pueden tener poca o ninguna relevancia para el Practicante, como los arreglos de asientos en una reunión, pueden tener profundas implicaciones para los clientes. Esta comprensión puede mejorarse a través de la capacitación en conciencia intercultural y de mejores habilidades de comunicación y escucha (Cass et al., 2002).

La medida del empoderamiento comunitario.

La medición del empoderamiento de la comunidad ha utilizado tradicionalmente la información cualitativa para proporcionar cuentas descriptivas densas, basadas en las experiencias de los participantes, que producen una gran cantidad de datos. Este tipo de datos puede ser difícil y llevar mucho tiempo para que los practicantes los interpreten. La compensación es entre el uso de datos "rápidos y sucios" que no son profundos, como las listas de verificación estandarizadas en comparación con los estudios cualitativos y, a veces, a largo plazo. El objetivo de un enfoque de empoderamiento es proporcionar a todas las partes interesadas un papel y una comprensión mutua del programa y hacer que los profesionales sean más sensibles a las diferentes necesidades dentro de los contextos culturales.

Los dominios del empoderamiento comunitario.

Varios autores han intentado identificar las áreas de influencia en el empoderamiento de la comunidad (Goodman et al., 1998; Laverack, 2001; Rifkin et al., 1988) y esto ha ayudado en la identificación de los factores sociales y organizativos y es un paso hacia hacer la evaluación más operativa. El propósito práctico es proporcionar una guía para los profesionales en su planificación, aplicación y evaluación de los

enfoques de empoderamiento en los programas de salud pública. En particular, Laverack (2001) identificó un conjunto de nueve "dominios" de empoderamiento de la comunidad a través de una revisión de la literatura relevante, con especial referencia a los campos de la salud, las ciencias sociales y la educación. Los dominios se categorizaron a partir de un análisis textual de la literatura y la validez de estos datos fue verificada por otros investigadores.

Los nueve dominios de empoderamiento de la comunidad se identificaron de la siguiente manera:

1 Participación comunitaria;
2 Capacidades de evaluación de problemas;
3 Liderazgo local;
4 Estructuras organizativas;
5 Movilización de recursos;
6 Enlaces a otras organizaciones y personas;
7 Capacidad de "preguntar por qué" (conciencia crítica);
8 Control comunitario sobre la gestión del programa; y
9 Una relación equitativa con agentes externos.

En la tabla 9.1 se ofrece una descripción de cada dominio. Los dominios han demostrado ser robustos en una variedad de entornos y contextos culturales y se han ampliado con éxito para proporcionar una guía para la medición del empoderamiento de la comunidad en programas de salud pública.

Tabla 9.1. Los dominios de empoderamiento (Laverack y Labonte, 2000).

Domain	Description
Participación	Solo participando en grupos pequeños u organizaciones más grandes pueden los miembros individuales de la comunidad actuar sobre asuntos de interés general para toda la comunidad.
Liderazgo	La participación y el liderazgo están estrechamente conectados. El liderazgo requiere una base sólida de participantes al igual que la participación requiere la dirección.

Estructuras organizativas.	Las estructuras organizativas en una comunidad representan las formas en que las personas se unen para socializar y abordar sus preocupaciones y problemas.
Evaluación del problema	El empoderamiento supone que la identificación de los problemas, las soluciones a los problemas y las acciones para resolverlos se llevan a cabo por la comunidad.
Movilización de recursos	La capacidad de la comunidad para movilizar recursos tanto desde dentro como la capacidad de negociar recursos desde más allá de sí misma es un factor importante en su capacidad para lograr el éxito en sus esfuerzos.
'¿Preguntando por qué?'	La capacidad de la comunidad para evaluar críticamente las causas de sus propias desigualdades.
Vínculos con otros.	Los vínculos con personas y organizaciones, incluidas las asociaciones, coaliciones y alianzas voluntarias entre la comunidad y otros, pueden ayudar a la comunidad a abordar sus problemas.
Rol de los agentes externos.	El agente externo transforma cada vez más las relaciones de poder de tal manera que la comunidad asume una autoridad creciente del programa.
Gestión del programa.	La gestión del programa que empodera a la comunidad incluye el control de los principales interesados en las decisiones sobre planificación, implementación, evaluación, finanzas, informes y resolución de conflictos.

Luego discuto la implementación del "enfoque de dominios" y su potencial como herramienta participativa para construir y medir el empoderamiento de la comunidad. La pregunta clave para los practicantes es: ¿Cómo ha intentado el programa, desde su planificación hasta su implementación, intencionalmente mejorar el empoderamiento de la comunidad en cada dominio?

El enfoque de los dominios.

El enfoque de dominios proporciona una manera precisa de fortalecer y medir el empoderamiento de la comunidad en el contexto de un programa, incluida una representación visual de los hallazgos. El enfoque de dominios se utiliza con las comunidades, generalmente como un grupo de representantes, normalmente de 10 a 15 personas, en un entorno de tipo de taller facilitado. Los participantes reciben primero cinco declaraciones cualitativas para cada uno de los nueve dominios de empoderamiento, escritos en una hoja de papel por separado. Los cinco enunciados para cada dominio se clasifican previamente de 1 (el que tiene menos poder) a 5 (el

que tiene más poder) y estos se proporcionan en la Tabla 9.2. La clasificación no se comparte con los participantes durante la implementación para evitar la introducción del sesgo de los sujetos. Un estudio, por ejemplo, encontró que el intercambio de declaraciones pre-clasificadas con los participantes influyó de manera inaceptable en sus decisiones. Los participantes se clasificaron progresivamente para cada dominio en comparación con cuando no tenían conocimiento previo de la escala de clasificación. El uso de las escalas de clasificación condujo en realidad a la introducción del sesgo de los sujetos, por lo que los participantes no realizaron una evaluación independiente, sino que proporcionaron clasificaciones consistentemente altas para satisfacer las expectativas del facilitador y los otros miembros del grupo (Laverack, 1999).

La clasificación de cada declaración cualitativa permite al facilitador otorgar a la evaluación un valor cuantitativo que luego se puede usar para trazar gráficamente los datos. Por ejemplo, para el dominio "Liderazgo local", las declaraciones y los números de clasificación se proporcionan a continuación. Si los participantes eligen la declaración; "Algunas organizaciones comunitarias sin un líder", este dominio se trazará, por ejemplo, en una configuración de tela de araña, con una calificación de 1.

Tabla 9.2 La clasificación para cada declaración de empoderamiento.

Dominio	1	2	3	4	5
Participa-ción de la comuni-dad	No todos los miembros y grupos de la comunidad, tales como mujeres, jóvenes y hombres están participan-do en las actividades y reuniones de la	Los miembros de la comunidad están asistiendo a reuniones pero no se involucran en los debates ni ayudan.	Los miembros de la comunidad se involucran en las discusiones pero no sobre las decisiones sobre planificación e implementación. Limitados a actividades como trabajo voluntario y donaciones financieras.	Los miembros de las comunidades se involucran en las decisiones sobre planificación e implementa-ción. Existe un mecanismo para compartir información entre los miembros.	Se ha mantenido la participación en la toma de decisiones. Los miembros de la comunidad se involucran en actividades fuera de la comunidad.

	comunidad				
Capacida-des de evalua-ción de proble-mas	No hay evaluación de problemas realizado por la comunidad.	La comunidad carece de habilidades y conciencia-ción para llevar a cabo una evaluación.	La comunidad tiene habilidades. Los problemas y las prioridades identificados por la comunidad. No involucró la participación de todos los sectores de la comunidad.	La comunidad identificó problemas, soluciones y acciones. Evaluación utilizada para fortalecer la planificación de la comunidad.	La comunidad continúa identificando y es la propietaria de problemas, soluciones y acciones.
Liderazgo local	Algunas organizacio-nes comunita-rias sin un líder.	Los líderes existen para todas las organizacio-nes comunita-rias. Algunas organizacio-nes no funcionan bajo sus líderes.	Organizaciones comunitarias que funcionan con líderes. Algunas organizaciones no cuentan con el apoyo de líderes externos a la comunidad.	Los líderes están tomando la iniciativa con el apoyo de sus organizaciones . Los líderes requieren capacitación en habilidades.	Líderes tomando toda la iniciativa. Organizacio-nes en pleno apoyo. Los líderes trabajan con grupos externos para obtener recursos.
Estructu-ras organiza-tivas	La comunidad no tiene estructuras organizati-vas tales como los comités.	Las organiza-ciones han sido estableci-das por la comunidad pero no son activas.	Más de una organización está activa. Las organizaciones tienen un mecanismo para permitir que sus miembros proporcionen participación significativa.	Muchas organizaciones han establecido enlaces mutuos dentro de la comunidad.	Las organizacio-nes están activamente involucradas dentro y fuera de la comunidad. La comunidad está comprometi-da con la suya y con otras organizacio-nes.
Mobiliza-ción de	Los recursos no	Solo los ricos y las	La comunidad ha suministrado	Los recursos recaudados	Recaudados considerables

recursos.	están siendo moviliza-dos por la comunidad.	personas influyentes movilizan recursos recauda-dos por la comunidad. Pero no una decisión colectiva para su distribución. Los miembros de la comunidad tienen que dar recursos.	recursos, pero no hay una distribución colectiva para su distribución. Los recursos recaudados han tenido beneficios limitados.	también se utilizan para actividades fuera de la comunidad. La discusión de la comunidad sobre la distribución pero no justamente distribuido.	recursos y la comunidad decide sobre su distribución. Los recursos se distribuyen de manera justa.
Vínculos con otros.	Ninguno	La comunidad tiene vínculos informales con otras organiza-ciones y personas. No tiene una finalidad bien definida.	La comunidad ha acordado vínculos pero éstos no están involucrados en actividades y desarrollo de la comunidad.	Los enlaces son interdepen-dientes, definidos e involucrados en el desarrollo de la comunidad. Basados en el respeto mutuo.	Vínculos que generan recursos, finanzas y que reclutan nuevos miembros. Las decisiones resultan en mejoras para la comunidad.
Capaci-dad para ''pregun-tar por qué? "	No se realizaron discusiones grupales para preguntar ''Por qué'' sobre los problemas de la comunidad.	Se celebran discusiones de grupos pequeños para preguntar ''Por qué'' sobre los problemas de la comunidad y para desafiar la sabiduría	Grupos organiza-dos para atender los problemas de la comunidad. Estos tienen la capacidad de reflexionar sobre supuestos subyacentes a sus ideas y acciones. Son capaces de desafiar la	Diálogo entre grupos comunitarios para identificar soluciones, autoevaluacio-nes y análisis. Alguna experiencia en pruebas de soluciones.	Los grupos comunitarios tienen la capacidad de autoevaluarse, analizarse y mejorar sus esfuerzos con el tiempo. Esto está conduciendo hacia un cambio colectivo.

		recibida.	sabiduría recibida.		
Gestión del progra-ma.	Por agente	Por agente en discusión con la comunidad	Por comunidad supervisada por agente. Mecanismos de toma de decisiones mutuamente acordados. Roles y responsabilida-des claramente definidos. La comunidad no ha recibido capacitación en gestión de programas.	Por comunidad en planificación, política y evaluación con asistencia limitada del agente. Desarrollar un sentido de propiedad comunitaria.	Autogestión comunitaria independiente del agente. La gerencia es responsable.
Relación con un agente externo.	Agentes de control de políticas, finanzas, recursos y evaluación del programa.	Agentes en control pero que discuten con la comunidad. Sin toma de decisiones por parte de la comunidad. Agente que actúa en nombre de la agencia para producir ´´outputs´´ productos.	Los agentes y la comunidad toman decisiones conjuntas. Papel del agente de mutuo acuerdo.	La comunidad toma decisiones con el apoyo de los agentes. Los agentes facilitan el cambio mediante capacitación y apoyo.	Los agentes facilitan el cambio a petición de la comunidad que toma las decisiones. Los agentes actúan en nombre de la comunidad para desarrollar capacidades.

Tomando un dominio a la vez, se les pide a los participantes que seleccionen la declaración que describa más de cerca la situación actual en su comunidad. Las declaraciones no están numeradas ni marcadas de ninguna manera y cada una se lee en voz alta para alentar la discusión grupal. La selección de una declaración por parte de los participantes se basa entonces en sus propias experiencias y conocimientos.

A continuación, es importante que los participantes registren las razones que justifican su selección de una declaración particular para cada dominio. Esto ayudará a los participantes posteriores que realizarán mediciones posteriores y que deberán tener en cuenta el registro anterior. También proporciona criterios empíricos, observables para la selección. Esto supera uno de los puntos débiles en el uso de declaraciones cualitativas, la confiabilidad a lo largo del tiempo o entre diferentes participantes que realizan la evaluación (Uphoff, 1991).

La justificación debe incluir ejemplos verificables de las experiencias reales de los participantes tomados de su comunidad para ilustrar en más detalle el razonamiento detrás de la selección de la declaración. Por ejemplo, tomando la declaración utilizada anteriormente; "Algunas organizaciones comunitarias sin un líder". La justificación podría ser que los líderes locales aún no habían sido elegidos o que un desacuerdo entre los líderes había retrasado una decisión sobre quién debería asistir a las reuniones de la comunidad.

La suma de la medición es un conjunto de nueve declaraciones cualitativas, una para cada dominio, que representan las fortalezas y debilidades del empoderamiento en la comunidad, en ese momento en particular. La medición, el análisis y la interpretación de esta información deberían compartirse con todos, incluidos los responsables de las políticas y los miembros de la comunidad. Es posible que la información también deba compararse en un período de tiempo específico y entre los diferentes componentes de un programa. Para este propósito, una representación visual de la medición de cada dominio es una forma útil de interpretar y compartir la información en el contexto de un programa.

La representación visual de la medida.

Varios autores han usado representaciones visuales para medir los enfoques basados en la comunidad, por ejemplo, John Roughan (1986), un practicante de desarrollo comunitario, diseñó una configuración de rueda y escalas de calificación para medir el crecimiento personal, el crecimiento material y el crecimiento social para el desarrollo de la aldea. La escala de calificación tenía diez puntos que irradiaban hacia afuera como los radios de una rueda para cada indicador. Cada escala se trazó

después de una evaluación realizada por los miembros de la aldea para proporcionar una representación visual del crecimiento y el desarrollo. Sin embargo, el enfoque utilizó 18 indicadores complejos e interrelacionados, como la equidad y la solidaridad, para medir el desarrollo de las aldeas. Rifkin et al. (1988) en Nepal y más tarde Bjaras et al. (1991) en Suecia, utilizaron un enfoque más simple de cinco factores: liderazgo; evaluación de necesidades; administración; Organización y movilización de recursos. El enfoque no se llevó a cabo como una autoevaluación por parte de la comunidad y, en esencia, no incluía la planificación estratégica; sin embargo, estas experiencias tempranas han proporcionado la base para las siguientes herramientas prácticas para la representación visual, incluida la configuración de la tela de araña.

La configuración de la tela de araña.

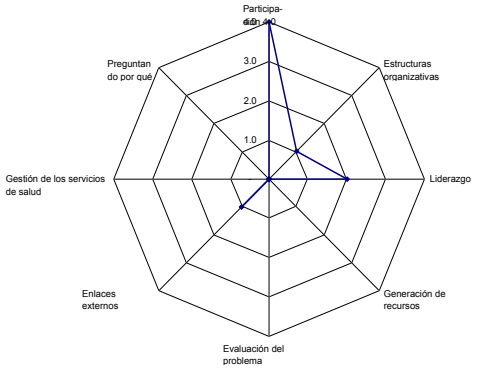
La configuración de la tela de araña se utiliza para trazar gráficamente las clasificaciones de una medición y se ha aplicado con éxito al empoderamiento de la comunidad para la representación visual en programas de salud pública. La configuración de la tela de araña está diseñada específicamente para ser utilizada con el enfoque de dominios, como se explicó anteriormente en este capítulo, y utiliza paquetes de hojas de cálculo de computadora fácilmente disponibles. La configuración de la tela de araña se inserta desde el asistente de gráficos utilizando un gráfico de radar estándar con marcadores y luego, siguiendo los sencillos pasos para establecer el rango de datos, las opciones del gráfico y la ubicación del gráfico. Las clasificaciones cuantitativas de la medición se pueden trazar y usar para comparar cambios en la misma comunidad, entre diferentes comunidades y en un período de tiempo específico. La tela de araña proporciona una imagen rápida de las fortalezas y debilidades dentro de una comunidad y entre comunidades en el mismo programa. Los miembros de la comunidad y el agente externo pueden proporcionar un análisis textual para acompañar la representación visual para explicar por qué algunos dominios son fuertes y otros no. El análisis visual y textual se puede usar para informar mejor el desarrollo de estrategias para desarrollar el empoderamiento

de la comunidad durante un período de tiempo específico, como por ejemplo entre los ciclos de informe del programa.

Experiencias de aplicar la configuración de la tela de araña.

La telaraña en la figura 9.2 muestra una distribución de calificaciones altas y bajas de ocho dominios para Kowanyama, una comunidad aborigen en el extremo norte de Queensland, Australia. En general, la medición de los dominios fue bastante baja, ya que el Equipo de Acción de Salud que llevó a cabo la medición con un enfoque de dominios se encontraba en las primeras etapas de desarrollo. La participación se clasificó como la más alta, ya que los miembros informaron una participación activa en las reuniones mensuales. La necesidad de obtener el apoyo de líderes externos al Equipo de Acción para la Salud y ser reconocido por la comunidad en general como el grupo asesor local líder en salud se identificó como una estrategia clave que incluye una variedad de actividades promocionales y de marketing. La capacitación fue otra estrategia identificada por el Health Action Team para desarrollar habilidades en áreas específicas, incluida la generación de recursos, así como un Memorando de Entendimiento con el Consejo Local de Shire (Laverack, Hill., Akenson. Y Corrie., 2009).

Figura 9.2. Tela de araña para Kowanyama, Australia

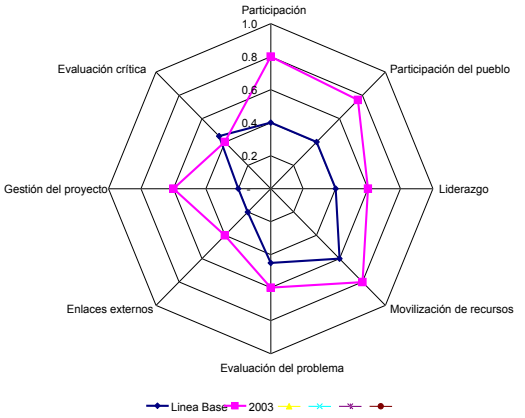


La tela de araña en la figura 9.3 proporciona un ejemplo de dos medidas, tomadas en la misma comunidad, Ak-Terek en Kirguistán (Laverack, 2007, p. 97), con seis meses de diferencia. La evaluación de la comunidad mostró que había avanzado, con el apoyo del programa, en el fortalecimiento de todos los dominios, con la excepción de la evaluación crítica. El programa había llevado a cabo inicialmente una evaluación de necesidades, sin embargo, la comunidad reconoció que el empoderamiento debía ir más allá de esto para examinar críticamente las causas más amplias (sociales, políticas, económicas) de su impotencia. Esta es una etapa crucial para desarrollar estrategias apropiadas y demuestra la capacidad de la comunidad para mirar hacia el exterior y para pensar en contexto, en lugar de seguir centrándose en los problemas internos o locales. Se han desarrollado estrategias como Foto-novela (ver Capítulo 6) para fortalecer la conciencia crítica de una comunidad y se pueden usar como un enfoque en los programas de salud pública.

Los programas en los que hay más de una intervención comunitaria también pueden hacer una línea de base para el empoderamiento como un valor promedio para cada dominio de cada medición. La medición del empoderamiento de la comunidad se compara con una línea base de valor promedio tomada de las otras mediciones en el programa para dar una comparación entre los nueve dominios. De esta manera, el progreso de cualquier comunidad en particular en la construcción del

empoderamiento puede evaluarse en comparación con otras actividades en otras comunidades en el mismo programa.

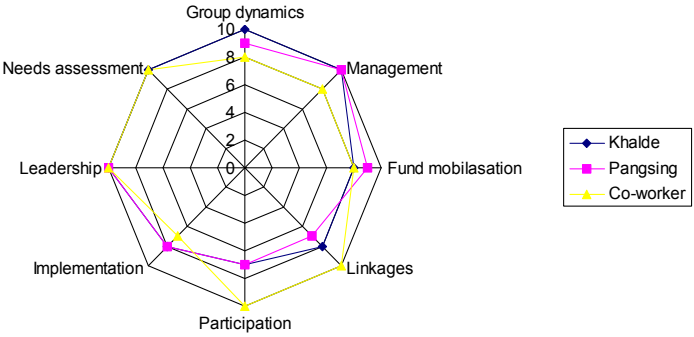
Figura 9.3. Tela de araña para Ak-Terek, Kyrgyzstan



La configuración de la tela de araña también se puede utilizar para verificar una evaluación realizada por la comunidad. Si la medición de cada dominio se considera demasiado alta, por ejemplo, el agente externo, en colaboración con la comunidad, puede realizar una evaluación independiente de los hallazgos. La Figura 9.4 proporciona un ejemplo de una evaluación realizada por dos grupos de mujeres en Nepal utilizando una configuración de tela de araña para proporcionar una representación visual (Gibbon et al., 2002). Esta evaluación utilizó una escala de calificación de diez puntos. La tela de araña fue trazada en papel de periódico por un compañero de trabajo y representantes de dos grupos de mujeres, quienes consideraron que la información que proporcionaba era útil para comparar cambios a lo largo del tiempo e importante para explicar por qué habían realizado evaluaciones ligeramente diferentes para el mismo dominio. Sin embargo, la compañera de trabajo consideró que la evaluación general era demasiado alta y, por lo tanto, realizó su propia evaluación independiente basada en su conocimiento de la comunidad. Confirmó que las altas calificaciones de cada dominio realizadas por los grupos de

mujeres eran correctas porque ya habían recibido capacitación y otras contribuciones de fortalecimiento de capacidades para fortalecer sus actividades.

Figura 9.4 Tela de araña de una evaluación de un compañero, Nepal.



A continuación, en el Capítulo 10, discuto cómo será el futuro de la programación de salud pública para tener más éxito en el logro de los objetivos de empoderamiento. Para hacer esto, la salud pública tendrá que encontrar mejores formas de involucrarse con las comunidades para compartir sus prioridades e incluirlas como un activo en el programa, para construir sistemáticamente su capacidad, desarrollar mecanismos de financiamiento más flexibles y ser creativos en la expansión de iniciativas locales exitosas.

Capítulo 10.

Salud pública, poder y empoderamiento.

En este libro he argumentado que el poder y el empoderamiento son fundamentales para la salud pública. También he argumentado que los Profesionales se enfrentan a limitaciones cuando intentan utilizar un enfoque más empoderador en su trabajo. En el Capítulo final, discuto dónde estamos actualmente en la práctica y cómo será la salud pública para tener más éxito en el logro de los objetivos de empoderamiento en el futuro.

Por qué estamos donde estamos

Los programas de salud pública han sido predominantemente dirigidos profesionalmente, de arriba hacia abajo, preempaquetados y con un enfoque biomédico. Ha sido el Practicante quien ha ejercido el control sobre el programa a través de su implementación, gestión y evaluación (Laverack, 2007). El enfoque de arriba hacia abajo ha utilizado datos epidemiológicos para abordar los problemas basados en la población, incluido el aumento de la obesidad, los cánceres y los consumos peligrosos (Wanless, 2003). El predominio de este enfoque ha significado que a los practicantes les haya resultado difícil utilizar los enfoques de empoderamiento en su trabajo diario (Loss and Wise, 2007). Los enfoques de empoderamiento o de abajo hacia arriba ayudan a la comunidad a identificar sus propias necesidades y a comunicarlas a las estructuras principales de diseño de programas y desarrollo de políticas. La evaluación de necesidades puede ser un primer paso importante para que los practicantes se involucren con las comunidades y comiencen el proceso de empoderamiento. El rol del profesional es permitir que sus clientes identifiquen acciones para abordar sus necesidades brindando apoyo técnico, recursos y desarrollando la capacidad de la comunidad. Las dos agendas (de arriba a abajo y de abajo a arriba) no siempre comparten los mismos objetivos y esto

puede crear una "tensión de arriba a abajo y de abajo a arriba" en el contexto de un programa. Las agendas de salud pública de arriba hacia abajo generalmente se centran en mejorar la salud mediante, por ejemplo, la promoción de estilos de vida saludables, la actividad física y una modificación de la dieta. La agenda de estilo de vida ha demostrado ser atractiva para muchos líderes políticos porque prometía resultados fácilmente cuantificables y alcanzables en un corto período de tiempo, tenía problemas de salud de alta prevalencia, como la obesidad, era simple (Gangolli, Duggal y Shukla, 2005) y ofrecía un poderoso futuro ahorro de costos en servicios de atención médica para personas que padecen enfermedades crónicas (Bernier, 2007). La agenda de estilo de vida también ha alejado el enfoque de las decisiones políticas incómodas que subyacen a la mala salud arraigada en la pobreza y la desigualdad (Labonte y Laverack, 2008).

Muchos programas de arriba hacia abajo han tenido un éxito modesto y en su mayoría con grupos socioeconómicos más altos. En Australia, por ejemplo, entre 1998 y 2004 hubo una disminución del 9% en el hábito de fumar en el quintil más bajo en comparación con una disminución del 35% en el quintil más alto (Baum, 2007). En Canadá, durante el período 2000 a 2005, un programa de arriba hacia abajo para aumentar la actividad física en las comunidades urbanas y rurales encontró que el 30% de las personas se habían vuelto más activas, mientras que el 14% se había vuelto menos activo. Significativamente, el cambio en la actividad física se produjo en los grupos socioeconómicos más altos con poco o ningún efecto en los bajos niveles socioeconómicos, adolescentes, minorías étnicas o pueblos indígenas (Autoridad Regional de Salud de Saskatoon, 2005). Estas tendencias han llevado a algunos comentaristas a sugerir que la programación descendente puede no haber tenido ningún efecto en cerrar la brecha entre los grupos ricos y socioeconómicos saludables. Incluso puede, al menos temporalmente, haber llevado a un aumento de las desigualdades en la salud (Baum, 2007; Nutbeam, 2000). En ciertas circunstancias, esto puede haber empeorado debido a los recortes del sector público que reducen los servicios de prevención y promoción de la salud a los pobres o al debilitamiento de las salvaguardias para los bienes nocivos, como el acceso y la publicidad de comida chatarra. La capacidad de los ricos para costear

los muchos servicios y productos de salud ofrecidos por el sector privado también puede haber sido en gran medida inaccesible para los grupos socioeconómicos bajos.

La programación descendente se ha basado en gran medida en las estrategias de las ciencias del comportamiento y ha empleado en gran medida modelos de educación para la salud para aumentar los niveles de conciencia y lograr un cambio de comportamiento individual. Los mensajes de educación para la salud en algunos casos se han mantenido sin cambios durante muchas décadas, por ejemplo, con respecto al ejercicio físico diario y la nutrición (Nutbeam, 2000). Por lo tanto, el modesto éxito logrado a través de la programación de salud pública de arriba hacia abajo no se debe a los problemas que elige abordar o los mensajes que elige para comunicarse. Esto se debe a la forma en que se han implementado los programas de salud pública. La programación descendente se ha basado en gran medida en estrategias que no se han comprometido con las personas marginadas y también se ha basado en gran medida en intervenciones de comunicación ineficaces. La baja participación y la motivación para los objetivos de arriba hacia abajo ha dificultado su progreso para lograr el objetivo de cerrar la brecha en el estado de salud entre los diferentes grupos sociales y económicos de la sociedad.

Dando a las comunidades un papel más fuerte en la salud pública

Los profesionales y las agencias que los emplean están reconociendo cada vez más el valor de involucrar a las comunidades en los procesos de planificación y toma de decisiones de los programas de salud pública. Estas asociaciones de colaboración buscan abordar las agendas tanto de la comunidad como de las agencias externas de una manera que se adapte a ambas partes y reconoce la experiencia local y las conexiones sociales existentes. Un proyecto que ha tenido éxito en la combinación de enfoques tanto de arriba hacia abajo como de abajo hacia arriba es el proyecto "mentes parecidas, como la mía", cuyo objetivo era contrarrestar el estigma y la discriminación asociados con las enfermedades mentales en Nueva Zelanda. Este proyecto evolucionó mediante el uso de una combinación de medios masivos de comunicación descendente y educación comunitaria, fomentando el liderazgo y la

participación de la comunidad y desarrollando una infraestructura que utilizara enfoques culturalmente específicos (Ministerio de Salud, 2003).

Sin embargo, en la práctica, las comunidades no participan regularmente en la toma de decisiones en programas de salud pública más allá de los procesos de consulta iniciales. Esto puede hacer que las comunidades se sientan alienadas de los cambios que se están produciendo como resultado del programa y el impacto que tiene en sus vidas. La contribución que las comunidades pueden hacer para alcanzar los objetivos de salud tampoco ha recibido suficiente atención dentro de los programas de salud pública. El énfasis se ha puesto en recopilar evidencia a nivel de la población y en trabajar a través de organizaciones del sector de la salud para realizar intervenciones apoyadas por profesionales. Los gobiernos han puesto énfasis en las intervenciones dirigidas por profesionales para mejorar la salud en lugar de en soluciones diseñadas y entregadas por las propias comunidades. En el mejor de los casos, esto no ha logrado mitigar el efecto de las desigualdades y, en el peor, puede haber contribuido a la distribución injusta de los recursos dentro de la sociedad (South et al, 2013).

Para tener más éxito en el futuro al otorgar a las comunidades un papel más fuerte y lograr los objetivos de empoderamiento, la salud pública tendrá que considerar los siguientes problemas:

1. Involucrar a las comunidades para compartir sus prioridades;
2. Desarrollar la capacidad de la comunidad;
3. Utilizar mecanismos para una financiación flexible;
4. Construir sobre iniciativas locales exitosas;
5. Aportar los medios para proporcionar comentarios de la comunidad.

Involucrar a las comunidades para compartir sus prioridades

Un paso importante para mejorar la salud pública en el futuro será adaptarse mejor a las agendas de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. La clave para esto es que los profesionales se involucren con las comunidades durante la etapa de planificación

para identificar sus necesidades y luego incorporarlas en el diseño del programa (consulte el Capítulo 3). Involucrarse con personas en el contexto de un programa es crucial, pero no es sencillo, por ejemplo, las investigaciones en el Reino Unido han demostrado que del 80% de las personas que afirmaron querer involucrarse en servicios públicos cuando se les preguntó más, solo el 25% estaba realmente preparado para renunciar a su tiempo (Confederación de la Industria Británica 2006). En el futuro, la salud pública tendrá más éxito si puede mantener un alto nivel de participación y motivación de los participantes del programa. El cuadro 10.1 proporciona un ejemplo del tipo de patrón del bajo nivel de participación en la sociedad.

Cuadro10.1. Patrones de participación.

Hay evidencia que sugiere que algunas personas se muestran renuentes a participar en formas más directas de participación, por ejemplo, en Nueva Zelanda, un estudio mostró que del 89% de los que respondieron a una petición, solo el 19% asistió a una manifestación, el 17% se unió a un boicot , el 4% se unió a una huelga y solo el 1% estaba dispuesto a tomar medidas (Perry y Webster 1999) para tratar de influir en un tema de política. Este es un patrón particular con los jóvenes, los miembros de minorías étnicas y aquellos en grupos socioeconómicos bajos que tienen menos probabilidades de participar (Hayward 2006). Y, sin embargo, es más probable que los grupos marginados se vean afectados por las decisiones políticas porque tienen menos de un amortiguador económico para protegerlos de los cambios en, por ejemplo, oportunidades de empleo y en las políticas de bienestar.

El involucramiento con las personas es especialmente importante cuando se trabaja con minorías, grupos indígenas y grupos socioeconómicos bajos que pueden quedar marginados, como comento en el capítulo 8. El proceso de compromiso puede basarse en una necesidad que ya ha sido identificada por la comunidad para

proporcionar un punto de interés mutuo en torno al cual se pueda desarrollar el programa. El recuadro 10.2 proporciona un ejemplo de cómo comprometer a una comunidad para que asuma la responsabilidad de algunas de las preguntas difíciles relacionadas con un proyecto de mantenimiento de carreteras local.

Cuadro 10.2. Mejora de la participación local en el mantenimiento de carreteras.

El Consejo del Condado de Oxfordshire le pidió a una empresa privada que desarrollara una solución para aumentar la vida útil de una carretera importante en Oxford, Reino Unido, incluidas las intersecciones, el acceso y el tráfico. El trabajo se planificó para interferir lo menos posible con las empresas locales y los residentes, evitando las temporadas de trabajo y trabajando cuando los locales estaban cerrados. Los grupos de usuarios de la carretera, las empresas locales y la policía participaron desde la fase de diseño hasta las reuniones públicas periódicas. A los residentes se les pidió que eligieran entre una serie de opciones para las decisiones difíciles, como cuándo trabajar en uniones concurridas. El trabajo en sí se dividió en secciones que cubrían 200 m de carreteras y se informó a los residentes con fechas de antelación y se les permitió a las empresas continuar con las entregas. El mantenimiento de la carretera se planificó en función de la conveniencia de los residentes locales y las empresas que también participaron en la toma de decisiones de forma continua. Esto se formalizó como una "carta de barrio" o una asociación bidireccional entre las comunidades y un proveedor de servicios, como un contratista de construcción. La asociación ayudó a garantizar que el trabajo comenzara y terminara a tiempo, ayudando a identificar los problemas con anticipación, y resultó en un mayor nivel de participación local y satisfacción del cliente. Otros proyectos han empleado a Watchman-en-Chief que se relaciona con empresas, usuarios de servicios, consejos parroquiales, la Agencia de Carreteras y representantes locales. Otros vigilantes identifican problemas en el área y se comunican con el Jefe de Vigilancia. La función de vigilante es un método informal, no burocrático, mediante el cual la agencia externa puede mantenerse en

contacto con una variedad de partes interesadas cuando sea apropiado, lo que permite una retroalimentación y comunicación. La información proporcionada es realista y precisa y siempre permite que los residentes locales proporcionen sus opiniones y, si es necesario, participen en los procesos de toma de decisiones (Confederación de la Industria Británica, 2006).

Aceptar la experiencia ofrecida por la gente local y compartir la experiencia profesional para que los miembros puedan desarrollar sus propias capacidades de empoderamiento puede ser difícil para algunos practicantes. El objetivo es facilitar el intercambio de poder de una manera que implique la provisión de servicios y recursos, a petición de la comunidad, de una manera cultural y socialmente aceptable. Este es el poder con que se discutió en el Capítulo 2. Sin embargo, ha habido pocos programas a gran escala y con muchos recursos que hayan involucrado sistemáticamente a las comunidades (South et al, 2013). Las razones para esto son variadas, pero la percepción de que las comunidades carecen del conocimiento y las habilidades para resolver sus problemas, la falta de confianza entre el gobierno y la sociedad civil y una distribución desigual del control sobre la toma de decisiones (en gran parte desde arriba hacia abajo) han contribuido a esta situación.

Trabajo voluntario

El trabajo voluntario o el trabajo de salud laica puede ser un papel importante para que las personas participen en programas de salud pública, aunque esto plantea el desafío de cómo utilizar eficazmente a los voluntarios de una manera significativa. Las altas tasas de rotación de voluntarios y la necesidad de capacitación regular, los incentivos múltiples y el monitoreo de los deberes significan que el voluntariado no es necesariamente una opción barata o fácil para los programas de salud pública.

El voluntariado es una actividad que implica pasar tiempo haciendo algo gratis que tiene como objetivo beneficiar al medio ambiente u otras personas, incluidos parientes cercanos (Volunteering England, 2012). El voluntariado es un aspecto importante del trabajo de salud pública, pero es diferente al sector voluntario, que

proporciona una infraestructura para la participación de todas las organizaciones sin fines de lucro, voluntarias, comunidades, organizaciones benéficas y asociaciones sociales.

Los voluntarios a veces se capacitan en las áreas en las que trabajan, como educación y asesoramiento, mientras que otros brindan servicios según sea necesario, como actividades de divulgación, visitas domiciliarias y cocinas comunitarias. El Programa de Concientización sobre la Salud Cardio-vascular (CHAP) en Ontario, Canadá, por ejemplo, recluta voluntarios locales para ayudar a llevar a cabo controles de salud, como medir la presión arterial. Las personas en riesgo pueden ser derivadas a un médico que ayude a reducir la carga de trabajo de otros profesionales de la salud que normalmente tendrían que realizar este tipo de trabajo rutinario (South, White, Gamsu, 2013).

Los trabajadores laicos de salud son miembros de las comunidades donde trabajan, seleccionados por sus comunidades, que responden a sus comunidades por sus actividades, apoyados por el sistema de salud pero que no son necesariamente parte de su organización (Organización Mundial de la Salud, 2007a). Los trabajadores laicos de la salud carecen de formación clínica y realizan tareas básicas de atención de salud y prevención. Han sido un medio eficaz para involucrar a las comunidades en los programas de salud pública al involucrar activamente a las personas en el apoyo de pares, como líderes de opinión y para actuar como un puente entre las comunidades y los servicios de salud (South et al, 2013). Los voluntarios pueden proporcionar una valiosa red de contactos locales y muchas organizaciones basadas en la comunidad dependen de los esfuerzos de los voluntarios que, detrás del escenario, se esfuerzan incansablemente en las actividades diarias (Winfield, 2013). Los voluntarios generalmente no reciben ningún pago, aunque su rol puede ser satisfactorio y puede traer muchos beneficios para el voluntario, como mejorar la autoconfianza y las habilidades. El voluntariado no debe costar al voluntario, es decir, se debe reembolsar financieramente a los voluntarios por los costos incurridos, por ejemplo, viajes, alojamiento y comida. Uno de los problemas más críticos para el voluntariado es la alta tasa de desgaste que puede llevar a una falta

de continuidad del programa, a un agotamiento de los voluntarios y a un aumento en los costos y a tiempo para capacitar a nuevos voluntarios.

Los voluntarios pueden sentirse insatisfechos por no recibir ningún incentivo por los servicios que brindan y perder su motivación para trabajar. Si esta situación continúa, puede tener un efecto negativo en los resultados del programa y en el papel de otros voluntarios.

Una revisión internacional (Bhattacharya et al, 2001) de los trabajadores comunitarios encontró que los proyectos exitosos tenían múltiples incentivos en el tiempo extra para proporcionar más satisfacción laboral. Los incentivos no tienen que ser monetarios, pero podrían ser en especie, como vestimenta o una apreciación del papel de los voluntarios a través de un mayor apoyo profesional. La revisión concluyó que la sostenibilidad de los aportes voluntarios en los programas de salud depende de varios factores clave, entre ellos:

• Los voluntarios deberían mantener una relación transparente con la comunidad de modo que sigan siendo responsables ante sus miembros por sus actividades;

• El programa debería planificar una alta rotación de voluntarios, por ejemplo, al tener una capacitación más corta pero más regular;

• Los voluntarios deberían seguir haciéndose sentir valorados por el sistema de salud mediante la colaboración con otros profesionales de la salud, por ejemplo, en actividades de divulgación;

• El espíritu de voluntariado debe mantenerse durante el mayor tiempo posible y, cuando se introducen incentivos, estos deben ser múltiples y ajustados a los deberes y responsabilidades;

• El monitoreo regular de los deberes siempre debe proporcionar retroalimentación a los voluntarios sobre su desempeño.

Construir la capacidad de la comunidad

Un programa de salud pública habilitador debe tener una estrategia claramente definida sobre cómo desarrollará la capacidad de la comunidad desde la planificación, a través de la implementación y la gestión, hasta la evaluación. La capacidad de la comunidad se logra a través de la construcción sistemática de

conocimientos, habilidades y competencias a nivel local. Sin este enfoque, la comunidad puede volverse dependiente de una agencia externa para proporcionar apoyo y recursos sin que ellos mismos tomen un mayor control. El desarrollo de capacidades incluye dos áreas clave:

1.- La capacidad de la comunidad se fortalece para que los miembros puedan definir, evaluar, analizar y actuar mejor en función de las necesidades de salud (o de cualquier otra). Esto implica el desarrollo de habilidades específicas que contribuyen a su capacidad general. Estas habilidades se pueden usar más adelante para mantener los resultados del programa o para abordar una variedad de otras circunstancias. Por lo tanto, la creación de capacidad tiene una característica genérica que no se limita a abordar solo un problema.

2.- Se ha mejorado la capacidad de la comunidad para tomar más control del programa. Esto implica el desarrollo de habilidades, por ejemplo, en administración, presupuestos, redacción de informes, evaluación de necesidades y evaluación participativa. Estas son habilidades que la comunidad también puede usar cuando participa en la gestión de otros programas.

El interés en el desarrollo de capacidades de la comunidad como una estrategia para habilidades sostenibles, la movilización de recursos y la participación en la salud pública se ha desarrollado debido a la necesidad de prolongar las ganancias del programa (Gibbon et al., 2002). El empoderamiento y la capacidad de la comunidad se superponen estrechamente como formas de organización social y movilización que buscan corregir las desigualdades en las vidas de las personas (Laverack, 2007). El proceso de creación de capacidad se puede fortalecer sistemáticamente a través de los programas de salud pública mediante el uso de un "enfoque de dominios".

Utilizar mecanismos de financiación flexible.

El desarrollo de capacidades a menudo implica la provisión de recursos para apoyar las iniciativas locales. Para satisfacer esta demanda, el agente externo debería ser flexible en cuanto al tipo y el calendario de los recursos que están preparados para brindar a la comunidad. En un contexto de programa, los recursos a menudo se asignan a una categoría de presupuesto específica, por ejemplo, educación de salud o

servicios de detección, que pueden no cumplir con los recursos solicitados para iniciativas de la comunidad, por ejemplo, los costos de celebrar una reunión comunitaria. Estas actividades pueden ser difíciles de justificar por ser directamente relevantes para la salud pública, pero a pesar de eso construyen la dimensión social de las comunidades a través de un sentido de pertenencia, conexión y relaciones personales. Por lo tanto, los organismos de financiamiento deben poder pensar fuera de la "caja de salud" para desarrollar prototipos adecuados para el apoyo financiero, por ejemplo, para igualar las contribuciones de contrapartida y cubrir los costos comunitarios recurrentes (Commonwealth de Australia, 2000). Ejemplos reales de cómo los organismos de financiación de la salud han utilizado los recursos para apoyar las iniciativas locales incluyen los huertos escolares y comunitarios en Canadá, el plan de parques más seguros en Nueva Zelanda, los autobuses escolares a pie en Australia, las comunidades virtuales en los EE. UU. Y los gimnasios verdes y los huertos para los adictos en El Reino Unido (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2006).

Las agencias de financiamiento pueden ser reacias a asumir riesgos con recursos para las actividades del programa que consideran impredecibles o que no pueden medirse. Financiar iniciativas a pequeña escala puede ser una forma útil de determinar la validez de un diseño de programa con vistas a ampliar los resultados exitosos de la comunidad. Joan Wharf Higgins et al (2007) en British Columbia, Canadá analizaron 12 iniciativas regionales financiadas con semillas (subvenciones a corto plazo de hasta 4500 $ canadienses) para la prevención de enfermedades crónicas. Descubrieron que aquellas iniciativas con mayor capacidad de creación de capacidad tenían más posibilidades de éxito, especialmente si se podían encontrar recursos a más largo plazo, ya que la financiación inicial de semillas era demasiado corta para permitir el crecimiento orgánico de la organización. La conclusión fue que 10 de las 11 iniciativas continuaron más allá del período financiado y que las asociaciones entre las comunidades y las agencias gubernamentales pueden trabajar para lograr la sostenibilidad.

En 2013, la Agencia de Promoción de la Salud de Nueva Zelanda comenzó a ofrecer el Programa de Asociación de Comunidad Activa, Fuerte y Sana, destinado

a mejorar la nutrición y aumentar la actividad física. El programa proporcionó hasta 5,000 $NZD para apoyar a los grupos comunitarios y las organizaciones a desarrollar e implementar iniciativas que brindaron oportunidades para que las familias sean físicamente activas juntas. El programa se dirigió a familias con niños menores de 5 años y se centró en los maoríes y las islas del Pacífico y las familias de bajos ingresos. Un segundo grupo de prioridad fue mujeres embarazadas y que amamantaban y mujeres con niños menores de cinco años, nuevamente con un enfoque en los maoríes, las islas del Pacífico y las familias de bajos ingresos. Los resultados de la evaluación indican que 14 de los 18 proyectos alcanzaron el nivel esperado de resultados, a menudo impulsados por buenas tasas de participación. Las micro subvenciones apoyaron ambos resultados tangibles, estimulados por al menos la participación comunitaria a corto plazo y ayudaron a mantener, y en algunos casos a extender, las redes comunitarias (Agencia de Promoción de la Salud de Nueva Zelanda, 2015).

Construir sobre iniciativas locales exitosas

Un punto de inflexión clave en el empoderamiento de una comunidad es cuando comienza a abordar los problemas que van más allá de las necesidades locales. A través del apoyo ofrecido por el programa, la prioridad local se convierte en una comprensión de las causas subyacentes de la falta de control en la vida de las personas, por ejemplo, cómo las jeringas usadas en un parque público son un síntoma de una conducta policial deficiente y antisocial en el barrio. El apoyo del programa puede llevar a acciones sociales y políticas más amplias, por ejemplo, cabildeo para una mejor vigilancia local y una política de limpieza y monitoreo de parques públicos. Esta acción tiene más posibilidades de éxito si los organismos de financiación están dispuestos a ser creativos para ampliar las iniciativas locales y permitir que se desarrollen enfoques de abajo hacia arriba dentro de la programación de arriba hacia abajo.

Ampliación de iniciativas locales.

La ampliación sigue siendo una pregunta importante sin resolver en muchos programas de salud pública: ¿Pueden los gobiernos escalar en asociación con organizaciones comunitarias para garantizar beneficios a nivel de la población? Obviamente, esto requiere el nivel adecuado de compromiso político, pero algunos ejemplos de cómo se ha logrado la ampliación incluyen asociaciones como el Comité de Avance Rural de Bangladesh y el Banco Grameen. Las mujeres en las comunidades de Bangladesh adquirieron más poder a través de la microfinanciación con la ayuda del Grameen Bank. Los pequeños préstamos estaban destinados a dar a las mujeres un mayor control sobre las decisiones relacionadas con la generación de ingresos y la salud. El éxito de los resultados y los reembolsos de los préstamos se atribuyó a la solidaridad de las organizaciones comunitarias, el apoyo social y la ventaja financiera ofrecida por el préstamo (Papa et al, 2006).

Si bien no hay un acuerdo real sobre el nivel de aumento que un programa debe alcanzar para 'ampliarse', pero generalmente se considera la cobertura de beneficios para tantas personas dentro de un área específica como sea posible, más rápidamente, más de manera equitativa y más sostenible (Core Group, 2005). El problema comienza cuando los proyectos piloto no están planificados para ampliarse incluso cuando son exitosos y se entregan inicialmente como un costo elevado y actividades de bajo costo para los participantes. La ampliación requiere un proceso planificado para expandir las iniciativas locales exitosas una vez que se hayan probado, por ejemplo, agregando una iniciativa creativa a un programa de arriba hacia abajo más grande existente.

Las experiencias del programa de ampliación de escala han demostrado que ciertos principios se aplican cuando se amplían las iniciativas locales creativas e incluyen: probar y evaluar una iniciativa para determinar su éxito y viabilidad para escalar; incluir a todos los interesados desde el principio; ampliación con una política más amplia y promover la equidad y la igualdad. Ya sea que se trabaje con grupos existentes o nuevos, en una asociación o directamente involucrado con la comunidad, los roles y las responsabilidades de quién facilita el proceso de

"ampliación" deben definirse claramente. Los proyectos a pequeña escala a menudo son exitosos porque están estructurados de tal manera que se acomodan a las relaciones locales de poder. La ampliación de escala puede hacer que estas dinámicas de poder se vean interrumpidas y que los roles a nivel local no se reconozcan de manera significativa. El impacto, intencional o no, puede tener un efecto en el proceso de ampliación, por ejemplo, a través de una falta de participación y menores contribuciones de la comunidad (Earle et al, 2004).

La expansión de iniciativas locales exitosas es importante para obtener beneficios mayores y más equitativos, pero este proceso debe ser sensible al tema de las dinámicas de poder en todos los niveles. Por lo tanto, es importante asegurar que se reciba la retroalimentación de la comunidad durante el programa para identificar posibles restricciones para el éxito.

Proporcionar los medios para permitir los comentarios de la comunidad.

La evaluación de los programas de salud pública debe abordar las preocupaciones de todos los interesados y proporcionar información sobre su impacto, funcionamiento, progreso y logros. Las agencias de financiación querrán ver la relación calidad-precio, los practicantes querrán ver mejoras en la salud y las comunidades querrán ver cómo se atienden sus necesidades. En la programación de arriba hacia abajo, la evaluación puede usarse como un instrumento de control a través de la medición del desempeño de los objetivos mediante el monitoreo de los elementos operativos de la implementación. La evaluación generalmente usa indicadores predeterminados, hacia los cuales los miembros de la comunidad no contribuyen, y a menudo es implementada por una agencia. En este enfoque existen pocos mecanismos que permitan a las comunidades tener voz o proporcionar comentarios sobre cómo han evaluado el programa.

La programación ascendente pone el foco en la autoevaluación participativa y lejos de los enfoques convencionales impulsado por expertos. Esto significa un cambio fundamental en la relación de poder entre el Practicante y los beneficiarios del programa, uno en el que el control sobre las decisiones se distribuye de manera más equitativa. Una evaluación que permita asegurar que aborde las preocupaciones

locales y tenga los medios para permitir que las comunidades brinden sus comentarios. A su vez, esta información permite a los profesionales tomar decisiones informadas, incluso más allá de los objetivos del programa. La evaluación que empodera enfatiza a las personas que participan activamente en el proceso de evaluación. La evaluación en sí se convierte en una experiencia enriquecedora al desarrollar la capacidad de los participantes. En el futuro, la salud pública puede tener que llegar a un compromiso entre los estilos de evaluación de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba para permitir que las comunidades desempeñen un papel más activo.

El espíritu con el que se ha escrito este libro es que los Practicantes compartan intencionalmente el poder con sus clientes y no lo usen como un medio para ganar poder sobre ellos. La medida en que esto suceda dependerá de hasta qué punto los Practicantes esté dispuestos a renunciar al control en su trabajo diario y cuán honestos estén preparados los Practicantes sobre su papel en el logro de una práctica de empoderamiento. Dadas las limitaciones a las que se enfrentan muchos Practicantes, esto puede ser un desafío. En este libro, explico cómo las agencias de salud pública, y los Practicantes que emplean, pueden usar estrategias para superar este desafío y hacer que su trabajo sea más empoderador. Este libro ofrece un camino gradual hacia el desarrollo de la salud pública en lugar de pedir una reorientación radical de la práctica. El camino a seguir es más enriquecedor tanto para los Practicantes como para sus clientes, quienes encontrarán en las formas creativas que se proporcionan en este libro una motivación para capacitar a otros y para trabajar juntos de tal manera que se comparta el poder y se conduzca a una mejor práctica de salud pública.

REFERENCIAS

Accident Compensation Corporation (2006). Entitlement claims to ACC from July 2004-June 2005. Statistics for Asian ethnic groups. Accident Compensation Corporation. Auckland, New Zealand.

Allmark, P., and Tod, A. (2006) How should public health professionals engage with lay epidemiology? Journal of Medical Ethics. 32: 460-463.

Allsop, J., Jones, K., and Baggott, R. (2004) Health consumer groups in the UK: A new social movement. Sociology of Health & Illness. Vol 26(6): 737-756.

Antonovsky, A. (1979) "Health, Stress and Coping" San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Appadurai, A (2004) 'The capacity to aspire: Culture and the terms of recognition' in Rao, V and Walton, M (eds) Culture and Public Action, California: Stanford University Press. Chap 3.

Baggott, R. (2000) Public Health: Policy and Politics. London: St. Martin's Press.

Barnes, M., and Gell, C. (2011) The Nottingham Advocacy Group: a short history. In Barnes, M., and Cotterell, P. (eds) (2011) Critical Perspectives on User Involvement. Chapter 2. Policy Press. University of Bristol, UK.

Bassett, S. F., and Prapavessis, H (2007) Home-based physical therapy intervention with adherence-enhancing strategies versus clinic based management for patients with ankle sprains. Physical Therapy. Vol 87 (9): 1132-1143.

Baum, F. (2007) Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. IUHPE promotion and education. Vol 14: (2): 90-95.

Baum, F. (2008) The new public health. Oxford. Oxford Higher Education. 3rd edition.

Bernier, N., (2007) Health promotion program resilience and policy trajectories: A comparison of three provinces. In M. O'Neill, et al., eds. Health promotion in Canada: Critical perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.

Berridge, V. (2007) Public health activism. British Medical Journal. Vol 335: 1310-1312.

Bhattacharya, K., Winch, P., LeBan, K., and Tien, M (2001) Community Health Workers. Incentives and disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability. The Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II). United States Agency for International Development (USAID). Arlington, Virginia.

Bjaras, G., Haglund, B. J. A. and Rifkin, S. (1991) 'A new approach to community participation evaluation'. Health Promotion International, 6(3): 1999-2006.

Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Leppink, I., Samwel, H., Vissers, K., and Engels, Y. (2014) Patient empowerment in cancer pain management: an integrative literature review. Journal of the psychological, social and behavioral dimensions of cancer. Vol 23 (11): 1203-1211.

Britten, N. (1995) 'Qualitative interviews in medical research'. British Medical Journal, 311: 251-3.

Brown, P and Zavestoski, S. (2004) Social movements in health: an introduction. Sociology of Health & Illness. Vol 26(6): p. 679-694.

Brown, P., Zavestoski, S., McCormick, S., Mayer, B., Morello-Frosch, R., and Gasior, R. (2004) Embodied health movements: uncharted territory in social movement research. Sociology of Health & Illness. 26(1). p. 50-80.

Burgess, R. G. (1982) Field Research: A Source Book and Field Manual. London: Allen & Unwin.

Cass, A., Lowell, A., Christie, M., Snelling, P. L., Flack, M., Marrnganyin, B. and Brown, I. (2002) 'Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and health care workers'. The Medical Journal of Australia, 176(10): 466-70.

Centre for Disease Control and Prevention (2006) 'Recommendations for future efforts in community health promotion. Regional expert panel on community health promotion'. CDC. Atlanta, USA.

Cherkezova, S., and Tomova, I. (2013) An option of last resort? Migration of Roma and non-Roma from CEE countries. Roma inclusion working papers. UNDP Europe. Bratislava regional office.

Chewning, B., Bylund, C., Shah, B., Arora, Neeraj K., Gueguen, Jennifer A., Makoul, Gregory (2012) "Patient preferences for shared decisions: A systematic review". Patient Education and Counseling 86 (1): 9–18.

Chow, J., Murry, S. and Angeli, C. (1996) International and multicultural teaming: a kaleidoscope of kolors. Annual conference of the American Evaluation Association. Atlanta, Indiana University.

Christakis, N. A., and Fowler, J. H. (2007) The Spread of Obesity in a Large Social Network Over 32 Years. New England Journal of Medicine 357(4): 370-379.

Coleman, P. T. (2000) 'Power and conflict', in Deutsch, M. and Coleman, P. T. (2000) (eds) The Handbook of Conflict Resolution. Theory and Practice. San Francisco, CA.: Jossey-Bass Publishers.

Commonwealth of Australia (2000) Promoting practical sustainability. Canberra. AusAID.

Confederation of British Industry (2006) Transforming Local Services. Confederation of British Industry Brief. London. July 2006.

CORE Group (2005) 'Scale' and 'Scaling-Up': A CORE Group Background Paper on 'Scaling-Up' Maternal, Newborn and Child Health Services". Washington DC: The World Bank. July 2005.

Crondahl, K., Karlsson, L., and Eklund-Karlsson, L. (2015) Work-integrated learning and health literacy - catalysts for Roma empowerment and social inclusion? PhD Thesis. Section 4. Unit for Health Promotion Research. University of Southern Denmark. Submitted.

Crondahl, K., and Karlsson, L. (2015) Roma empowerment and social inclusion through work-integrated learning. Sage open. Jan-March 2015. Pages 1-10.

D'Agostino, S. (2014) The missing piece: Empowerment of grassroots Roma organisations in EU Roma integration policies. Policy brief. 2014/10. Institute for European Studies, Brussels.

Dryden, W. and Feltham, C. (1993) Brief Counselling, A practical guide for beginning practitioners. Milton Keynes: Open University Press.

Earle, L., Fozilhujaev, B., Tashbaeva, C. and Djamankulova, K. (2004) 'Community development in Kazakhstan, Kyrgyzstan and Uzbekistan'. Occasional paper

number 40. Oxford: INTRAC.

Eklund-Karlsson, L., Crondahl, K., Sunnemark, F., and Andersson, Å. (2013). The meaning of health, well-being, and quality of life perceived by Roma people in West Sweden. *Societies, 3*(2), 243-260.

Equality (2015) Roma and empowerment. http://www.equality.uk.com/accessed 22/5/2015.

Ewles, L. and Simnett, I. (2003) (fifth edition) Promoting Health. A Practical Guide. London: Bailliere Tindall.

Eyerman, R. and Jamison, A. (1991) Social Movements. A Cognitive Approach. Cambridge: Polity Press.

Faulkner, M. (2001) Empowerment and disempowerment: models of staff/patient interaction. Nursing Times Research. Vol 6 (6): 936-948.

Fitzpatrick, S., Schumann, K., Hill-Briggs, F. (2013) Problem solving interventions for diabetes self-management and control: A systematic review of the literature. Diabetes research and clinical practice. Volume 100 (2): 145–161.

Foucault, M. (1979) Discipline and Punishment: The Birth of the Prison. Middlesex: Peregrine Books.

Freire, P. (1973) Education for Critical Consciousness. New York: Seabury Press.
Gangolli L.V. Duggal R. Shukla A., (eds) (2005) Review of Health Care in India. Mumbai: CEHAT.

Gibbon, M., Labonte, R. and Laverack, G. (2002) 'Evaluating community capacity'. Health and Social Care in the Community, 10(6): 485-91.

Gilmore, G. (2011) Needs and capacity assessment for health education and health promotion. 4th edition. Boston, USA. Jones and Bartlett Learning.

Ginsberg, P. E. (1988) 'Evaluation in cross-cultural perspective'. Evaluation and Program Planning, 11: 189-95.

Giuntoli, G., Kinsella, K., and South, J. (2012) Evaluation of the 'Altogether Better' asset mapping in Sharrow and Firth Park, Sheffield. Leeds Metropolitan University. Institute for health and wellbeing. Leeds, UK.

Glesne, C. and Peshkin, A. (1992) Becoming Qualitative Researchers. New York: Longman Publishing Group.

Goodman, R. M. Speers, M. A. McLeroy, K. Fawcett, S. Kegler, M. Parker, E. Rathgeb Smith, S. Sterling, T. D. and Wallerstein, N. (1998) "Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement." Health Education & Behavior 25(3): 258-278.

Grace, V. M. (1991) 'The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: a critique of health promotion'. International Journal of Health Services, 21(2): 329-43.

Haque, N., and Eng, B. (2011) Tackling inequity through a photo-voice project on the social determinants of health: Translating photo-voice evidence to community action. Global Health Promotion 18 (1): 16-19.

Hayward, B (2006) 'Public participation' in R. Miller (ed) New Zealand government and politics. Auckland, New Zealand. Oxford University Press. Pages 514-524.

Haynes, A. W. and Singh, R. N. (1993) 'Helping families in developing countries: a model based on family empowerment and social justice'. Social Development Issues, 15(1): 27-37.

Health Promotion Agency New Zealand (2015) Active Healthy Strong Community Partnerships. www.hpa.org.nz accessed 3/2/2015.

Hunt, K., and Emslie, C. (2001) Commentary: The prevention paradox in lay epidemiology- Rose revisited. International Journal of Epidemiology. Vol 30 (3): 442-446.

Improvement Network (2011) Patient involvement. Accessed 10/4/2015 www.tin.nhs.uk/patient-involvement.

Israel, B. A., Checkoway, B., Schultz, A. and Zimmerman, M. (1994) 'Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organisational and community control'. Health Education Quarterly, 21(2): 149-70.

Jackson, T., Mitchell, S. and Wright, M. (1989) 'The community development continuum'. Community Health Studies, 8(1): 66-73.

Jadad, A. and O'Grady, L. (2008) How should health be defined? British Medical Journal. Editorial. 337:a2900.

Jirojwong, S. and Liamputtong, P. (eds) (2009) Population Health, Communities and Health Promotion. London. Oxford University Press.

Johansen, E., Diop, N., Laverack, G., and Leye, E. (2013) What works and what does not: A discussion of popular approaches for the abandonment of Female Genital Mutilation. Obstetrics and Gynaecology International. Advance access ID 348248. Pages 1-10.

Jones, L. and Sidell, M. (eds) (1997) The Challenge of Promoting Health. Exploration and Action. London: MacMillan.

Kant, I., Gregor, M., Reath, A. (1997) Kant: Critique of Practical Reason. Cambridge. Cambridge University Press.

Kendall, S. (1998) (Ed) Health and Empowerment: Research and Practice. London. Arnold.

Kettunen, T., Poskiparta, M., Liimatainen, L. (2001) Empowering counselling—a case study: nurse–patient encounter in a hospital. Health Education Research. 16 (2): 227-238.

Kieffer, C. H. (1984) 'Citizen empowerment: a development perspective'. Prevention in Human Services. 3: 9-36.

Kitzinger, J. (1995) 'Introducing focus groups'. British Medical Journal. 311: 299-302.

Klawiter, M. (2004) Breast cancer in two regimes: the impact of social movements on illness experience. Sociology of Health & Illness. 26 (6): p. 845-874.

Kósa, K., and Adany, R. (2007). Studying vulnerable populations: Lessons from the Roma minority. Epidemiology. 18: 290-299.

Labonte, R. (1994) 'Health promotion and empowerment: reflections on professional practice'. Health Education Quarterly, 21(2): 253-68.

Labonte, R. (1998) A Community Development Approach to Health Promotion: A

Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health. Edinburgh. Health Education Board for Scotland.

Labonte, R. and Laverack, G. (2001) "Capacity Building in Health Promotion, Part 1: For Whom? And For What Purpose?" Critical Public Health 11(2): 111-128.
Labonte, R. and Laverack, G. (2008) Health Promotion in Action: From local to global empowerment. London. Palgrave Macmillan.

Lancet (2012) Patient empowerment—who empowers whom? The Lancet. Volume 379 (9827): 1677. 5 May 2012.

Laverack, G. (1998) 'The concept of empowerment in a traditional Fijian context'. Journal of Community Health and Clinical Medicine for the Pacific, 5(1): 26-9.

Laverack, G. (1999) Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion, unpublished PhD thesis. Melbourne: Deakin University.

Laverack, G. and Labonte, R. (2000) 'A planning framework for the accommodation of community empowerment goals within health promotion programming'. Health Policy and Planning, 15(3): 255-62.

Laverack, G. (2001) 'An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment'. Community Development Journal, 36(2): 40-52.

Laverack, G. and Wallerstein, N. (2001) 'Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains'. Health Promotional International, 16(2): 179-85.

Laverack, G. and Brown, K. M. (2003) 'Qualitative research in a cross-cultural context: Fijian experiences'. Qualitative Health Research, 13(3): 1-10.

Laverack, G. (2004) Health Promotion Practice: Power and Empowerment. London: Sage Publications.

Laverack, G. (2007) Health Promotion Practice: Building Empowered Communities. London. Open University Press.

Laverack, G. 'Ofanoa, M. Nosa, V. Fa'alili, J. and Taufa, S. (2007) Social and cultural perceptions of community empowerment in four Pacific Peoples in Auckland, New Zealand. The University of Auckland. New Zealand.

Laverack, G. (2008) The Future of Health Promotion Programming. Workshop presentation 'Empowerment for health promotion: Global experiences, German perspectives'. Munich 21/1/2008.

Laverack, G. (2009) Public Health: Power, Empowerment & Professional Practice. London. Palgrave Macmillan. 2nd Edition.

Laverack, G., Hill, K., Akenson, L. and Corrie, R. (2009) Building capacity towards health leadership in remote indigenous communities in Cape York. Australian Indigenous HealthBulletin. Vol 9(1): 1-11.

Laverack, G (2013) Health Activism: foundations and strategies. London. Sage Publications.

Laverack, G. (2014) A to Z of Health Promotion. Basingstoke. Palgrave Macmillan.

Laverack, G. (2015) A to Z of Public Health. Basingstoke. Palgrave Macmillan.

Lerner, M. (1986) Surplus Powerlessness. Oakland, CA.: The Institute for Labour and Mental Health.

Lindstrom, B. and Eriksson, M. (2005) Salutogenesis. Journal of epidemiology and community health. 59 (6): 440-442.

Lloyd, M. and Bor, R. (2004) (second edition) Communication Skills for Medicine. London: Churchhill Livingstone.

Loss, J. and Wise, M. (2007) Concepts, benefits and limits of empowerment and participation in community based health promotion practice- results of a qualitative study. Unpublished.

Lupton, D. (1995) The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. London: Sage Publications.

McAllister, M, Dunn, G, Payne, K, Davies, L, and Todd, C (2012) Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. BMC Health Services Research. 12:157.

McLeod, J., and Mcleod, J. (2011) A practical guide for counsellors and helping professionals. London. Open University Press.

MacPherson, D. W. and Gushulak, B. D. (2004) Global Migration Perspectives. Global Commission on International Migration. Geneva. Report Number 7. October 2004.

Manandhar, D. S., Osrin, D. Prasad Shrestha, B. Mesko, N. Morrison, J. Tumbahanghe, K. M., Tamang, S. Thapa, S. Shrestha, D. Thapa, B. Shrestha, J. R. Wade, A. Standing, H. Manandhar, M. M de L Costello, A and members of the MIRA Makwanpur trial team (2004) Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. Lancet. 364: 970-979.

Marshall, G. (1998) A Dictionary of Sociology. London: Oxford University Press.

Martin, B. (2007) Activism, Social and Political. In Andersen, G. L. and Herr, K, G. (eds) (2007) Encyclopaedia of Activism and Social Justice. London. SAGE Publications.

Marlatt, G. A., and Witkiewitz, K. (2010) Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. Annual. Review. Clinical Psychology. 6:591–606.

Mason, M (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews [63 paragraphs]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 11(3): 1- 8.

Minichiello, V., Aroni, R., Timewell, E. and Alexander, L. (1990) Indepth Interviewing. Researching People. Australia: Longman Cheshire.

Ministry of Health (2003) 'Project to counter stigma and discrimination associated with mental illness'. National Plan 2003-2005. Wellington. New Zealand.

Ministry of Health and Ministry of Pacific Island Affairs (2004) Tupu Ola Moui:Pacific Health Chart Book. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

Mitchell, C. and Banks, M. (1998) Handbook of Conflict Resolution. The Analytical Problem-Solving Approach. London: Pinter.

Monti, P. M, Colby, S M., Barnett, N P., Spirito, A., Rohsenow, D J., Myers, M., Woolard, R., and Lewander, W (1999) Brief intervention for harm reduction and alcohol practices in older adolescents in a hospital emergency department. Journal of counselling and clinical psychology. Vol 76 (6): 989-994.

Naidoo, J. and Wills, J. (2009) Foundations of health promotion (3rd Edition) London. Bailliere and Tindall.

National Health Service (2015) NHS values summit. www.england.nhs.uk. Accessed 18/4/2015.

NHS North West. (2011) Development of a method for asset based working. Manchester: NHS North West and Department of Health.

Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. Vol 15(3): 259-267.

Open Society Foundations (2012) Empowerment through Employment: Capitalizing on the Economic Opportunities of Roma Inclusion. Open Society Roma Initiatives policy brief. September 2012.

Pakulski, J. (1991) Social Movements. The Politics of Moral Protest. Sydney: Longman Cheshire.

Papa, M, J., Singhal, A,. Papa, W. H. (2006). Organizing for Social Change: A Dialectic Journey of Theory and Praxis. London. Sage Publications.

Patients Association (2015) accessed 15/4/2015. http://www.patients-association.org.uk

Perry, P., and Webster, A. (1999) New Zealand politics at the turn of the millennium. Auckland, New Zealand. Alpha Publications.

Pescosolido, B. A. (1991) Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. Pp. 161–84 in Advances in Medical Sociology, edited by G. Albrecht, and J. Levy, Greenwich. CT: JAI Press.

Photovoice (2015) Social change through photography. www.photovoice.org accessed 31/3/2015.

Plows, A. (2007) Strategies and Tactics in Social Movements. In Andersen, G. L. and Herr, K, G. (eds) (2007) Encyclopedia of Activism and Social Justice. London. SAGE Publications.

Rappaport, J. (1985) 'The power of empowerment language'. Social Policy. Fall: 15-21.

Raven, B. H. and Litman-Adizes, T. (1986) 'Interpersonal influence and social power in health promotion', in Ward, W. B. (ed.) Advances in Health Education and Promotion. London: Elsevier Science Ltd.: 181-209.

Renkert, S. and Nutbeam, D. (2001) Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an explanatory study. Health Promotion International. Vol 16 (4): 381-388.

Rifkin, S. B. and Pridmore, P. (2001) Partners in Planning: Information, Participation and Empowerment. London: MacMillan Education.

Rifkin, S. (2006) Patient Empowerment: Increased Compliance or Total transformation? "Patient Empowerment" in Porzolt, F. and Kaplan, R., (eds). Optomizing Health: Improving the value of health care delivery. Chapter 9. Pgs 66-73. Frankfurt: Springer.

Rifkin, S. B., Muller, F. and Bichmann, W. (1988) 'Primary health care: on

measuring participation'. Social Science Medicine, 9: 931-40.

Ritter A, and Cameron J. (2006) A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. Drug Alcohol Rev. 25(6):611–24.

Rissel, C. (1994) 'Empowerment: the holy grail of health promotion?'. Health Promotion International, 9(1): 39-47.

Roberts, H. (1998) Empowering communities: the case of childhood accidents in Kendall, S. (1998) (Ed) Health and Empowerment: Research and Practice. Chapter 6. London. Arnold.

Robertson, A. and Minkler, M. (1994) 'New health promotion movement: a critical examination'. Health Education Quarterly, 21(3): 295-312.

Rosato, M. Laverack, G. Howard Grabman, L. Tripathy, P. Nair, N. Mwansambo, C. Azad, K. Morrison, J. Bhutta, Z. Perry, H., and Rifkin, S. Costello, A. (2008) Alma Ata: Rebirth and Revision 5: Community Participation: Lessons for maternal, newborn and child health. The Lancet. Vol: 372 Issue: 9642; pg 962-972.

Roughan, J. J. (1986) Village organization for development, PhD thesis. Honolulu: Department of Political Science, University of Hawaii.

Russon, C. (1995) 'The influence of culture on evaluation'. Evaluation Journal of Australasia, 7(1): 44-9.

Salmon, P and Hall, G, M (2004) Patient empowerment or the emperor's new clothes. Journal of the Royal Society of Medicine. Vol 97(2): 53–56.

Saskatoon Regional Health Authority (SRHA) (2005) Saskatoon 'In motion': Five Years in the making. Saskatchewan. Saskatoon Regional Health Authority.

Scrambler, G. (1987) 'Habermas and the power of medical expertise', in Scrambler, G. (ed.) Sociological Theory and Medical Sociology. New York: Methuen Press.

Seefeldt, F. M. (1985) 'Cultural considerations for evaluation consulting in the Egyptian context', in Patton, M. Q. (ed.) Culture and Evaluation. San Francisco, CA.: Jossey-Bass: 69-78.

Seidman, S. and Wagner, D. G. (eds) (1992) Postmodernism and Social Theory. The Debate Over General Theory. Oxford: Blackwell.

Seligman, M. (1975) Helplessness: On Depression, Development and Death. San Francisco, CA: W. H. Freeman.

Seiter, R. H. and Gass, J. S. (2010) Persuasion, social influence, and compliance gaining (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Simpson, G. E. and Yinger, J. M. (1965) Racial and Cultural Minorities. New York: Harper and Row.

Smith, R. (2002) The discomfort of patient power. British Medical Journal. 324: 497-498.

Smithies, J. and Webster, G. (1998) Community Involvement in Health. Aldershot, England: Ashgate Publishing Ltd.

South, J., White, J., and Gamsu, M. (2013) People-centred public health. Policy Press. University of Bristol, UK.

Srinivasan, L. (1993) Tools for Community Participation. A Manual for Training Trainers in Participatory Techniques. New York: PROWWESS/UNDP.

Starhawk, M. S. (1990) Truth or Dare. Encounters with Power, Authority and Mystery. New York: HarperCollins.

Stewart, M.A., Brown, J.B., Weston, W.W., et al (2003) patient centred medicine: transforming the clinical method. 2nd Edition. Oxford. Radcliffe Medical Publications.

Tengland, P. (2007) Empowerment: A goal or a means for health promotion? Medicine, Health Care and Philosophy. 10: 197-207.

Tidy, C. (2015) Patient groups (patient.co.uk, accessed 1/2/2015).

Tomova, I. (2013). Good Practices of Roma Inclusion: Case studies in Bulgaria, Czech Republic and Belgium. In Cherkezova, S., and Tomova, I. (2013) An option of last resort? Migration of Roma and non-Roma from CEE countries. Roma inclusion working papers. UNDP Europe. Bratislava regional office.

Tse, S., Laverack, G., Nayar, S., Foroughian, S. (2011) Community engagement for health promotion: Reducing injuries among Chinese people in New Zealand. Health Education Journal. vol. 70, 1: pp. 76-83.

Turner, B. S. and Samson, C. (1995) Medical Power and Social Knowledge. London: Sage Publications.

UNAIDS (1999) Peer education HIV/AIDS. Concepts, uses and challenges. UNAIDS. Geneva.

UNICEF (2001) Beyond child labour: affirming rights. UNICEF. New York.

Uphoff, N. (1991) 'A field methodology for participatory self-education'. Community Development Journal, 26(4): 271-85.

van Baar, H. (2011). Europe's Romaphobia: Problematization,securitization, nomadization. Environment and Planning D: Society and Space, 29, 203-212.

van Til, J.A.; Drossaert, C. C.; Renzenbrink, G. J.; Snoek, G. J.; Dijkstra, E.; Stiggelbout, A. M.; IJzerman, M. J. (2010). "Feasibility of web-based decision aids in neurological patients". Journal Of Telemedicine And Telecare 16 (1): 48–52.

Walley, J., Wright, J., and Hubley, J. (2001) Public health: an action guide to improving health in developing countries. Oxford. Oxford University Press.

Wang, C. C. and Pies, C. A. (2004) Family, maternal and child health through photovoice. Maternal and child health journal. Vol 8(2): 95-102.

Wanless, D. (2003) Securing good health for the whole population: Population health trends. London. HMSO.

Wartenberg, T. E. (1990) The Forms of Power. From Domination to Transformation. Philadelphia, PA.: Temple University Press.

Weatherburn, D. (2009) Dilemmas in harm minimization. Addiction 104(3):335–39.

Werner, D. (1988) 'Empowerment and health'. Contact, Christian Medical Commission, 102: 1-9.

Wharf-Higgins., J, Naylor., P, Day., M (2007) Seed funding for health promotion: sowing sustainability or scepticism? Community Development Journal. Advance access January 31, 2007, p. 1-12.

White, H. C. (1992) Identity and Control: A Structured Theory of Social Action. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Winfield, M. (2013) The essential volunteer handbook. Friesen press. Victoria, British Columbia. Canada.

Volunteering England (2012) What is volunteering? www.volunteering.org.uk accessed 5/1/2015.

World Health Organisation (1986) 'Ottawa Charter for Health Promotion'. Geneva: World Health Organisation.

World Health Organisation (1978) 'Declaration of Alma Ata'. Geneva: World Health Organisation.

World Health Organisation (1998) Health Promotion Glossary. Geneva. World Health Organisation.

World Health Organisation (2007) Operationalising empowerment to improve maternal and newborn health: a guide to the workshop for Maternal and Newborn Health programme managers and providers. Geneva, World Health Organisation. (unpublished report).

World Health Organisation (2007a) Health of indigenous Peoples. Fact sheet number 326. Geneva. World Health Organisation.

Wright, E. R. (1997) The Impact of Organizational Factors on Mental Health Professionals' Involvement with Families. Psychiatric Services vol. 48 pp. 921–27.

Wrong, D. H. (1988) Power. Its Forms, Bases and Uses. Chicago, IL: The

University of Chicago Press.

Zakus, J. D. L. and Lysack, C. L. (1998) 'Revisiting community participation'. Health Policy and Planning, 13(1): 1-12.