

**La Salud Pública como problema de gobierno.**  
**Análisis de los problemas sociales de Salud Pública bajo el modelo de**  
**gobernanza.**

Valeria Santoro Lamelas

Tesis Doctoral dirigida por el Dr. Félix Vázquez Sixto

Estudis de Doctorat en Psicologia Social

Departament de Psicologia Social

Facultat de Psicologia

Universitat Autònoma de Barcelona

2015



## **AGRADECIMIENTOS**

A Félix Vázquez Sixto, por su coherencia, su calidez y por sus palabras, siempre acertadas. Por su mirada crítica y su paciencia, y en especial por haberme dado el placer de aprender y compartir muchas tardes de buenas conversaciones y compañía.

A Roger, por compartir la vida conmigo, por estar, por apoyarme en cada momento, por confiar en mí, por su amor (casi) incondicional. Por la paciencia, los ánimos, el cuidado, por hacerlo todo más fácil.

A Bruno, por recordarme la magia del azar y hacer la vida más preciosa. Por enseñarme la importancia del tiempo y regalarme con cada sonrisa un poco de su (mi) niñez.

A Vero, por compartir mis ansiedades y alegrías. Por quererme y escucharme. Porque hemos crecido juntas y es imposible entender a Vale sin Vero.

A mamá, por ser ella, por quererme, por estar siempre, por ser capaz de comprender aquello no contado, y con un gesto darme una caricia cuando más lo necesito.

A la abue, por su recuerdo en la cotidianidad de la vida, por su cariño, su escucha y su fortaleza.

A Ire por nuestras charlas, por su ayuda, y sobre todo por su amistad.

A Pablo, por nuestras conversaciones, por comprender mis angustias y compartir las alegrías.

A Josep Llius De Peray, Montse Dominguez y Meia Faixedes, por confiar en mí y abrirme las puertas del Departament de Salut.

Esta investigación ha podido ser realizada gracias a la colaboración de la Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN: Los problemas sociales para el ejercicio de gobierno en Salud Pública.....</b>	<b>9</b>
---	----------

<b>PRIMERA PARTE: CONSTRUCCIÓN, CONTROVERSIAS Y NIVELES DE ARTICULACIÓN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES.....</b>	<b>17</b>
--	-----------

<b>CAPITULO 1. LA CONSTRUCCIÓN Y EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS SOCIALES.....</b>	<b>19</b>
1.1.    Introducción: hacia una caracterización de los problemas sociales .....	21
1.2.    Los problemas sociales desde la óptica clásica.....	22
1.3.    Los problemas sociales desde una perspectiva crítica.....	26
1.4.    Las controversias como catalizador en la construcción de saberes y tecnologías .....	46
1.5.    Niveles de construcción de los problemas sociales: lo “micro” y lo “macro” como estrategias analíticas.....	54

<b>SEGUNDA PARTE: DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO HIGIENE A SU CONSTRUCCIÓN COMO PROBLEMA POLÍTICO.....</b>	<b>63</b>
---	-----------

<b>CAPITULO 2. LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO TECNOLOGÍA DE GOBIERNO SOBRE LOS PROBLEMAS SOCIALES.....</b>	<b>65</b>
2.1.    Introducción: historia, concepto y marco normativo de la Salud Pública....	67
2.2.    La Salud y la Salud Pública: breves apuntes históricos .....	68
2.3.    Los discursos sobre la Salud Pública a través de sus componentes.....	86
2.4.    Los fundamentos legislativos y las acciones gubernamentales como pilares del modelo de Salud Pública en Cataluña.....	110

<b>CAPÍTULO 3: LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: REVISIÓN Y CUESTIONAMIENTO DE UN PROCESO.....</b>	<b>119</b>
3.1.    Introducción: tres niveles de intervención en Promoción de la Salud .....	121
3.2.    La persona y su entorno como ejes de intervención.....	121

3.3. Problematización de la promoción de la salud.....143

**CAPÍTULO 4: TRANSVERSALIDAD, INTERSECTORIALIDAD Y GOBERNANZA:  
BASES E INSTRUMENTOS DE LA SALUD PÚBLICA.....151**

4.1. Introducción: un nuevo discurso sobre los problemas sociales en una  
sociedad emergente.....153

4.2. La transversalidad: trabajo conjunto y metas compartidas para la  
innovación organizacional.....154

4.3. Intersectorialidad: la convergencia y la interrelación organizacional como  
vectores de la innovación en intervención.....162

4.4. Gobernanza: el “buen gobierno” en Salud.....166

**TERCERA PARTE: ARQUITECTURA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS  
DISCURSOS Y EN LAS PRÁCTICAS .....189**

**CAPÍTULO 5: MÉTODO Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....191**

5.1. Introducción: desde un concepto general al objeto de estudio.....193

5.2. Aproximación metodológica.....197

5.3. Proceso de selección de informantes clave.....202

5.4. Fases de producción de datos y relación de entrevistas realizadas.....206

5.5. Análisis de la información.....208

**CAPÍTULO 6: PROBLEMAS DE SENTIDO Y SENTIDO DE LOS PROBLEMAS: UNA  
ANALÍTICA DE LA SALUD PÚBLICA EN CATALUÑA A TRAVÉS DEL DISCURSO  
DE SUS GESTORES/AS.....219**

Introducción: Multiplicidades, dinamismos y administración de la Salud Pública  
en Cataluña desde la mirada de sus gestores/as.....221

**6.1. EJE I: Sentidos de la Salud Pública como universo de intervención en salud...225**

- Categoría 1: La Salud Pública como continuo salud-enfermedad.....226

- Categoría 2: La Salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un  
propósito.....248

- Categoría 3: La Salud Pública como búsqueda de un ámbito compartido de  
experiencias y prácticas en salud.....259

- Categoría 4: La Salud Pública como praxis político-legal y territorial.....278

6.2. EJE II: Desde un modelo de Salud Pública complejo hacia una organización compleja de la Salud Pública.....	293
- Categoría 1: La Salud Pública como sistema de conocimiento-intervención caracterizado por la complejidad.....	294
- Categoría 2: La estructura organizativa de la Salud Pública como campo de tensiones entre un funcionamiento jerárquico y una actuación transversal.....	297
- Categoría 3: La intersectorialidad como plasmación de la complejidad a través del ejercicio de la acción coordinada en Salud Pública.....	308
- Categoría 4: Posiciones institucionales, coherencia discursiva y liderazgo como vectores organizativos de la Salud Pública.....	321
- Categoría 5: La ambivalencia del proceso participativo como elemento estratégico para una nueva organización de la Salud Pública.....	338
6.3. EJE III: La salud pública, parte del sistema social.....	346
- Categoría 1: La permeabilidad de modelo de Salud Pública a los imperativos hegemónicos del neoliberalismo.....	347
- Categoría 2: La Salud Pública y el engranaje productivo en tiempos de liberalización y privatización.....	351
6.4. EJE IV: La comprobación de las intervenciones en Salud Pública como prueba de legitimidad y adaptación.....	363
- Categoría 1: La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública.....	364
- Categoría 2: La inapelable apreciación de lo concreto y la complementariedad de los procesos de evidencia y evaluación en Salud Pública.....	380
6.5. EJE V: Definiendo los problemas de Salud Pública.....	389
- Categoría 1: La definición de los problemas de Salud Pública como juego de equilibrio entre lo científico-técnico y lo político.....	390
- Categoría 2: La definición de los problemas de Salud Pública como noción invertida de la salud y el bienestar.....	399
- Categoría 3: La definición de los problemas de Salud Pública como atribución poblacional.....	415
- Categoría 4: La definición de los problemas de Salud Pública como discurso de y sobre el género.....	433

6.6. EJE VI: Perspectivas sobre la Promoción de la Salud.....	440
- Categoría 1: Los componentes garantes de una intervención efectiva en Promoción de la Salud.....	441
- Categoría 2: La escuela como plataforma y engranaje en la Promoción de la Salud.....	449
- Categoría 3: Las personas y el hábitat comunitario como ejes orientadores de la Promoción de la Salud.....	456
- Categoría 4: Los sujetos y la índole de sus responsabilidades en Salud Pública.....	470
- Categoría 5: La condición etérea de la Promoción de la Salud y sus efectos.....	481
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>489</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>507</b>
<b>ANEXO 1: GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>527</b>
<b>ANEXO 2: TRADUCCIÓN DE LOS EXTRACTOS DE ENTREVISTAS AL CASTELLANO.....</b>	<b>529</b>



## **Introducción: Los problemas sociales para el ejercicio de gobierno en Salud Pública**

Actuar para cambiar las cosas, o para mantenerlas, implica una cierta reflexividad de quien propone tal acción, en la medida en que se cuestiona sobre el estado de una situación dada y se llega a la conclusión de que se deben desarrollar tecnologías específicas para incidir sobre ella. En tal proceso, quien lo plantea (sea el Estado, un movimiento social, colectivos específicos, personas particulares, etc.), propone una intervención, estrategia o política con el fin de no dejar las cosas tal cual son, o como podrían ser, sino que propone el gobierno de las cosas y de las personas, actuando con la finalidad de mantener o cambiar el presente y dirigir el futuro.

Esta acción implica una reflexión muy evidente: para construir la sociedad no esperamos que las cosas pasen sin más, sino que cuestionamos su curso e intentamos cambiarlo. Planteamos un problema, una cuestión que requiere su solución y al mismo tiempo tal solución es posible. Pero el futuro que imaginamos susceptible de cambio o mejora aun no existe, ni seguramente existirá, dado que en el mismo intento de cambiar el presente o el futuro que imaginamos, vamos construyendo nuestra propia realidad y el marco de posibilidades de nuestro futuro.

Mi interés se centra en aquellas construcciones colectivas que son caracterizadas como “problemas sociales”. Es decir, aquellos fenómenos que son pensados como indeseables, conflictivos, desagradables o nocivos, sobre los cuales se puede actuar para solucionarlos y que, a su vez, son planteados como un problema comunitario y de incumbencia pública (Sánchez Vidal, 2002; Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012).

A partir de tal consideración, presento dos formas diferentes de conceptualizar a los problemas sociales. Por un lado, la óptica clásica que comprende a los problemas sociales como desviaciones, malestares, o procesos conflictivos que alteran la norma social y que requieren de la acción experta, capaz de identificar objetivamente y “enderezar” la situación desviada, en aras de mejorar a la sociedad. Y, por el otro, la perspectiva crítica que comprende a los problemas sociales como construcciones colectivas, generadas en un escenario de tensiones, encuentros, negociaciones y conflictos entre agentes (Bourdeiu y Wacquant, 1995; Lorenc, 2005), en que ciertos discursos se erigen como verdades y ciertas circunstancias o sujetos se estabilizan como objetos de intervención, sobre los cuales las acciones de gobierno pretenden incidir.

A partir de la descripción de ambas perspectivas, me posiciono en el entendimiento de los problemas sociales desde una perspectiva crítica y, como tal, asumo que los

problemas sociales son construcciones de carácter histórico y procesual (Grassi, 2003 y Keith, et al 2004) configuradas discursivamente en el entramado de las relaciones de poder-saber de una época que originan prácticas y formas institucionales que orientan y legitiman intervenciones sobre la población. En esta misma línea, entiendo que las intervenciones vienen dadas por la definición del mismo problema, tanto en la atribución de unas determinadas características, en sus implicaciones con la población, en las posibles repercusiones al futuro, así como también en la idea de posibilidad de cambio del fenómeno problematizado.

Por ello, teniendo en cuenta la diversidad de discursos presentes en la sociedad, me pregunto cuáles son los problemas sociales que se manejan y reconstruyen . Al mismo tiempo, me cuestiono qué efectos tienen en la sociedad, en el diseño de intervenciones y en la construcción de sujetos.

### **La salud poblacional y sus tecnologías de gobierno**

La salud es considerada un derecho fundamental, básico e incuestionable en todas las sociedades occidentales. Pero más allá de una declaración generalista y abstracta de la salud como derecho universal, el concepto como tal ha ido variando a lo largo la historia de las sociedades y culturas. Como consecuencia, la comprensión profunda de las diversas versiones de la salud y la Salud Pública y sus funciones, implica hacerlas inteligibles en las diversas trayectorias sociohistóricas que hicieron posible su configuración.

Esas diferentes concepciones de salud construyen objetos y sujetos de intervención diferentes. Así pues, por ejemplo, la salud entendida como ausencia de enfermedad implica la acción sobre los factores que producen la enfermedad, si estos son entendidos como agentes biológicos, sociales, ambientales se despliegan saberes, áreas profesionales e intervenciones específicas orientadas a ellas. En cambio, la salud concebida como “algo más que la ausencia de enfermedad” y que agrega al bienestar como elemento fundamental para su definición; implica cuestionar (aunque se trate de definiciones provisionales y transitorias) sobre qué entendemos como bienestar y como actuar para mejorarlo.

Asimismo, las distintas definiciones de la salud no son inocuas; por el contrario, parten de discursos presentes en nuestra sociedad, los toman y reproducen para definir objetos de intervención. Objetos que a su vez son incorporados como parte de nuestra realidad (excluyendo otras versiones posibles) y se vuelven elementos de acción sobre nuestros cuerpos, relaciones y entornos en aras de mejorar nuestra salud colectiva.

Además, la salud entendida como problema social implica la conceptualización de ciertos procesos y momentos de la vida de las poblaciones como una cuestión problemática que requiere la acción de gobierno para su solución o mejoría. A partir de este entendimiento, a lo largo de la tesis presento cómo, bajo la denominación de la Salud Pública, se despliegan diversas tecnologías orientadas a la mejora del estado de la población donde ciertas posiciones expertas construyen discursos de verdad sobre la vida humana, y se desarrollan tecnologías de intervención sobre colectivos específicos (jóvenes, gente mayor, inmigrantes, etc.). En este sentido, analizo los argumentos que hacen a la salud, la enfermedad y sus elementos vinculados (la muerte, la esperanza de vida, la reproducción etc.) objeto de gobierno de las sociedades, que tienen como objetivo mejorar el estado de la población cuyos efectos tendrían repercusiones en una mejora general de sociedad y, en especial, en la fuerza productiva y reproductiva que esta puede proveer.

En este escenario, en el desarrollo de la tesis se podrá apreciar un doble proceso de apertura de las acciones de gobierno de la salud. En primer lugar, bajo el discurso de la salud, el campo de acción de las instituciones sanitarias se vuelve más amplio, la salud se vuelve “algo más que la ausencia de enfermedad” y ese “algo más” permite extender la construcción de problemas de Salud Pública a espacios y relaciones diversas. Así pues, a lo largo de este trabajo, se podrán conocer diversas estrategias y sentidos que hacen que el gobierno de la vida de las personas, en nombre de la salud, se vuelva extenso a diversos ámbitos y momentos de la experiencia vital. En segundo lugar, la propia conceptualización de la salud, desde los múltiples elementos que puedan afectarla, hace que el saber médico sea limitado para actuar sobre ella; originando la necesidad de integrar otros elementos que se escapan de la acción puramente médica que van desde la biología y el medio ambiente a los aspectos políticos, sociales y económicos.

### **La Salud Pública desde la complejidad**

Como he adelantado al inicio, entiendo que las conceptualizaciones de la salud y los problemas sociales vinculados a ella, no pueden desvincularse del contexto social e histórico en el que se producen. Por ello, en diversos espacios del trabajo, presento al sistema neoliberal para comprender cómo y porqué los problemas de Salud Pública son actualmente pensados, y las consecuencias que estos tienen en las estrategias de gobierno. En este marco, veremos cómo se despliegan acciones de gobierno actuando de forma integral sobre los problemas de salud entendidos desde la complejidad de

fenómenos, factores y relaciones que los producen. Es decir, haciendo de la salud, un objetivo global de gobierno (Kickbusch, 2003); en tales acciones, la persona adquiere un valor indiscutible de derecho y deber en salud.

Concretamente, hablar de Salud Pública como problema social, implica acciones del gobierno hacia su población con el objetivo de crear entornos y sujetos que asuman ciertas formas de ser- hacerse saludables. Implica, pues, intervenir sobre las prácticas cotidianas de las personas (su alimentación, sus relaciones sexuales, su consumo de drogas, relaciones laborales, higiene, etc.), y su entorno (condiciones de salubridad del agua, vivienda, espacios de ocio, etc.) Tales acciones denotan la interiorización de la comunidad de ciertos valores y formas de hacernos a nosotros/as mismos/as y de vincularnos con nuestro entorno.

Además, en este marco y teniendo en consideración que el abordaje del trabajo de la presente tesis se inscribe en Cataluña, presento a la Promoción de la Salud como un terreno de especial relevancia que las y los agentes de Salud Pública pretenden visibilizar, cuya complejidad es singular dado que aborda especialmente acciones que se escapan de la acción médica (de prevención y asistencia sanitaria) y biológico-ambiental (de protección de la salud) y monitoreo y gestión de riesgos (vigilancia epidemiológica). Analizo los argumentos actuales que hacen a la Promoción de la Salud el área destacada de Salud Pública que remarca la importancia de pensar la salud como algo que trasciende la ausencia de enfermedad, y que la define en la búsqueda del bienestar y la calidad de vida (con la ambigüedad que ambos conceptos implican) . Como veremos a lo largo del trabajo, tales argumentos dotan de fuerza a la idea de que la salud es algo que tiene que ser producido y reproducido en todos los espacios y momentos de la vida de las personas (Kickbusch, 2007<sup>a</sup> y Kickbusch 2007 b y Greco, 2009a).

A la complejidad del entendimiento de los factores que determinan la salud, se le añaden la diversidad de áreas profesionales que intervienen sobre ellas, grupos de presión, colectivos de afectados, medios de comunicación e instituciones privadas con intereses económicos que puedan influir en su desarrollo. Asimismo, se multiplican los niveles de interrelación de espacios globales, nacionales, regionales y locales donde unos pueden modificar el curso de otros (por ejemplo: una enfermedad local puede convertirse en una enfermedad global por el flujo de mercancías y personas; una política internacional puede afectar el desarrollo de una comunidad concreta teniendo repercusiones en su producción de alimentos, servicios de salud, hábitos, etc).

En este entramado de relaciones, donde diversos niveles, escenarios, prácticas y condiciones son problematizados para el gobierno de las personas, la salud se vuelve un objeto de intervención que debe ser discutido, negociado y asumido por diversos

agentes. Este es un punto esencial que permite entender a la salud como problema social de las sociedades neoliberales que requiere del despliegue de estrategias de gobierno que permitan tratar los problemas sociales de salud desde la multiplicidad de elementos que los definen, el dinamismo de los procesos, las particularidades de las personas y colectivos quienes dirigen la acción y la diversidad de agentes implicados en la acción. Por ello, en el desarrollo de la tesis presentaré los conceptos de transversalidad, intersectorialidad y gobernanza como estrategias destacadas desde el área de Salud Pública para actuar en la complejidad.

Pero me detengo en la última, la gobernanza, como pieza clave que no solo permite integrar a los dos primeros conceptos, sino que también incorpora, de forma contundente, la apertura del gobierno en salud a agentes e instituciones fuera del ámbito gubernamental. Me resulta especialmente relevante tal concepto, dado que, a pesar de su emergencia en el contexto neoliberal y su carácter normativo de reproducción de lógicas relacionales del sistema, como veremos a lo largo de la tesis, la asimilación del concepto como sinónimo del “buen gobierno” (Aguilar, 2010) y los discursos de gestión, hacen posible que la gobernanza se presente como estrategia prioritaria y neutral (aparentemente, sin connotaciones ideológicas) para converger y coordinar intereses, recursos y saberes de diferentes agentes e instituciones públicos y privados y establecer reglas de relación entre ellos.

### **Propósitos de análisis de la salud pública como problema social**

De forma sintética, en los párrafos anteriores, he presentado el marco que guía la lectura de mi trabajo sobre la Salud Pública como problema de gobierno. A partir de tal enfoque, subrayando que los problemas sociales y las estrategias de intervención son producidos en momentos sociales e históricos particulares (por lo tanto, no neutrales y creados a partir de discursos y relaciones de poder previamente existentes) y planteando a la Salud Pública como un problema de gobierno que adquiere especial interés en la construcción de personas y sus marcos de posibilidades de ser, planteo la presente tesis. La cual tiene como finalidad por un lado, analizar cuáles y cómo son construidos los problemas de Salud Pública en la sociedad actual, caracterizada por la interconexión, complejidad y diversidad de espacios y agentes que participan en los procesos de intervención y acción sobre la salud; y por el otro, conocer las consecuencias de tales construcciones en la creación de objetos, sujetos y estrategias de gobierno.

Concretamente el objetivo general de la tesis es analizar los procesos mediante los cuales las y los profesionales de salud definen a la Salud Pública y sus consecuencias en la construcción de objetos y sujetos de intervención.

Para dar respuesta a tal cuestión, despliego los siguientes objetivos específicos:

- Conocer las enunciaciones utilizadas para construir a ciertos fenómenos como objetos de intervención de la Salud Pública
- Elucidar los efectos de las enunciaciones utilizadas para construir objetos de intervención de la Salud Pública en la reproducción o cambio social.
- Analizar cómo es pensada la institución de Salud Pública, y qué argumentaciones son utilizadas para inscribirla dentro del sistema social existente.
- Identificar los mecanismos utilizados para legitimar los discursos de Salud Pública.
- Analizar las diversas estrategias desarrolladas para el gobierno en Salud Pública.
- Conocer el lugar que ocupan las diversas personas implicadas en la acción sobre un problema de Salud Pública (interventoras/es, políticas/os, científicas/os, beneficiarios/as, etc.)
- Conocer los argumentos que definen a la Promoción de la Salud como área de intervención específica orientada a crear sujetos y entornos de posibilidad para la salud.

Tal y como he dejado entrever en las líneas precedentes, la tesis presentada se inscribe dentro de la perspectiva discursiva de la psicología social, entendiendo que las definiciones de la Salud Pública se producen mediante procesos de negociación, confrontación y lucha donde cada agente implicado se sitúa en una posición de saber y poder específica dentro de un marco social e histórico concreto y dando como resultado versiones de la realidad específicas pero abiertas a nuevas conceptualizaciones, siempre situadas y no neutrales (Gergen, 1982 y Iñiguez, 2005). En el análisis, los argumentos y discursos toman especial relevancia dado a que entiendo que el lenguaje no es una herramienta referencial; por el contrario, entiendo al lenguaje como el elemento clave en la comprensión de los procesos sociales dado que permite a las personas interactuar, negociar, debatir, contraponer, comprender y construir mundos, sujetos, objetos y dar sentido a nuestras experiencias (Gadamer, 1977; Larrauri, 1999 y Vázquez, 2001).

En las siguientes páginas, podrán leer mi trabajo de búsqueda y análisis orientado a comprender a la Salud Pública como problema de gobierno, dando respuesta a cada uno de los cuestionamientos planteados. Por ello, en la primera parte: “*Construcción, controversias y niveles de articulación de los problemas sociales*”, presento las definiciones que se han hecho de los problemas sociales desde perspectivas clásicas y perspectivas críticas y me detengo en las propuestas analíticas de los problemas sociales desde las perspectivas críticas de las ciencias sociales.

En la segunda parte: “*De la construcción de la salud pública como higiene a su construcción como problema político*”, presento 3 capítulos que abordan las claves que he ido delineando a lo largo de la introducción y que permiten entender a la Salud Pública como objeto de gobierno. En primer lugar presento, un breve recorrido histórico de la Salud Pública, el cual aporta elementos que permiten entender la configuración de diferentes versiones de la Salud Pública a partir del marco social e histórico donde fueron producidas. Además, me detengo en las conceptualizaciones actuales de salud y Salud Pública, a partir de las propuestas hegemónicas y aquellas que proponen una lectura alternativa de la salud y su gobierno.

En segundo lugar, profundizo sobre la Promoción de la Salud, dado el interés que representa esta área de la Salud Pública en la construcción de *sociedades saludables*. Que, a partir del discurso de la salud y el bienestar, hace susceptible de las acciones de gobierno en salud, a todas las esferas y momentos de la vida de las personas; despliega diversas tecnologías de gobierno del yo y crea entornos orientados a posibilitar ciertas prácticas de salud.

Finalmente, presento diferentes herramientas y estrategias de gobierno actualmente desplegadas con el fin de responder a las nuevas exigencias de los problemas de Salud Pública de las sociedades complejas y neoliberales, donde la gobernanza se erige como la estrategia predilecta.

La tercera parte de la tesis: “*arquitectura de la Salud Pública en los discursos y las prácticas*” me adentro en el proceso análisis discursivo concreto de despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya en La Garrotxa. En este contexto particular, realizo un estudio de un caso donde la Salud Pública es conceptualizada como problema social complejo, múltiple y dinámico, teniendo repercusiones en la organización institucional, en el establecimiento de relaciones entre agentes, en las intervenciones propuestas y en la construcción de los sujetos y objetos de intervención.





***PRIMERA PARTE:***

***CONSTRUCCIÓN, CONTROVERSIAS Y NIVELES DE  
ARTICULACIÓN DE LOS PROBLEMAS SOCIALES***



***CAPÍTULO 1:***

***LA CONSTRUCCIÓN Y EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS  
SOCIALES***



### **1.1. Introducción: hacia una caracterización de los problemas sociales**

La interrogación sobre los problemas sociales es un punto de partida para iniciar la reflexión sobre situaciones que son consideradas objeto de gobierno, aquellas que son pensadas colectivamente como inapropiadas, desagradables o mejorables y que requieren de una intervención colectiva para cambiar su destino. En este capítulo presento el origen de la noción de problema social, algunas de las conceptualizaciones que ha habido sobre él y las implicaciones que esta puede tener en la construcción de fenómenos sociales y en las acciones sobre ellos. A partir de la exposición de la noción de problema social abordaré la comprensión de Salud Pública enfocándola como un problema de gobierno o, más específicamente, de gubernamentalidad.

Es necesario remarcar que el origen de la noción actual de los problemas sociales se suele vincular al desarrollo del Estado de Bienestar y al racionalismo. Por una parte, el interés de gobierno proclama el garantizar el bienestar poblacional y, por otra parte, el auge de la ciencia y la tecnología vuelven posible actuar sobre situaciones que lo perturben. Esto no implica que anteriormente no existiesen situaciones deplorables que requerían una solución, pero estas cuestiones no eran susceptibles del interés público y/o eran vivenciadas como inevitables (Sánchez Vidal, 2002). Así, el concepto de problemas sociales implica más que la certeza de *situaciones desagradables, conflictivas o nocivas*, sugiere también el interés y la responsabilidad de remediar *situaciones solucionables* mediante la *acción pública* (Gusfield, 1989).

Precisamente, son dos los elementos que sirven para configurar a un fenómeno como problema: su condición de indeseable y la posibilidad de actuar sobre él. Y a su vez, el interés colectivo es el componente que hace que tal problema sea considerado un problema social: su tratamiento implica al ámbito público. De esta manera, se distingue entre un problema personal de uno social en que este último es *una cuestión pública*. Es decir, un problema social existe cuando colectivamente se considera como tal.

Pero aunque, a nivel general, los problemas sociales suelen ser definidos como situaciones conflictivas, desviaciones o malestares (actuales o potenciales) que tienen una importancia a nivel colectivo y requieren de la intervención global. No hay una mirada única sobre ellos sino que, por el contrario, existen diversos posicionamientos que difieren tanto en la noción a nivel conceptual, como en el tratamiento de los problemas sociales.

A lo largo de este capítulo presento dos tradiciones predominantes que trabajan los problemas sociales. Por una parte, la tradición que podríamos denominar clásica, de

corte funcionalista, que los describe como estados objetivos de disfunción, patología, desorganización o desviación del funcionamiento normal y adecuado de la sociedad y que plantea encontrar las condiciones objetivas que causan el problema y diseñar propuestas para intervenir sobre ellas. Por otra parte, la perspectiva crítica de los problemas sociales, que los entiende como un proceso de definición colectiva en el que operan diferentes intereses, intenciones y objetivos que tienen como resultado, no solo la construcción del fenómeno problemático, sino también la forma en cómo abordarlo.

## **1.2. Los problemas sociales desde la óptica clásica**

Desde la mirada clásica de la sociología, los problemas sociales son entendidos como dificultades o comportamientos inadecuados de un número amplio de personas de la comunidad. Es decir, disfunciones que se pretenden eliminar o corregir mediante políticas globales (Frank, 1925, Hornell Hart, 1923, Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012, Massa y Masei, 2014) orientándolas hacia la promoción de un estado funcional de la comunidad.

Merton (1976), autor destacado de este posicionamiento, asume que un problema social existe cuando se produce una situación que contradice las normas sociales compartidas y aceptadas en la comunidad. Es decir, son circunstancias en las que se identifica una discrepancia entre las condiciones de vida existentes y las normas sociales aceptadas por un colectivo (Sánchez Vidal, 2002).

*“Un problema social existe cuando hay una discrepancia entre lo que es y lo que la gente piensa que debería ser” (Merton 1976, pág 7 en Sánchez Vidal, 2002. Pág. 102)*

Dicho con otras palabras, la mirada clásica de los problemas sociales asume una visión funcionalista argumentando que el estado de equilibrio de la sociedad se ve alterado ante el problema social, por ello, se destaca la necesidad de incidir sobre aquellos fenómenos problemáticos para volver a un estado de equilibrio u homeostasis social (Domínguez y Montenegro Martínez, 2012).

No obstante, tal y como he mencionado, para considerar un problema como “social” además de la existencia de una situación desequilibradora, tales disfunciones o conflictos deben afectar a un gran número de personas. No se trata pues de fenómenos

específicos de sujetos concretos, sino de disfunciones, malestares, dificultades, etc. que afectan a un conjunto importante de personas de la sociedad.

*“un problema que afecta real o potencialmente a un gran número de personas de una manera común” (Hart, 1923. Pág. 349 [traducción propia])*

*“un fenómeno social que tiene un impacto negativo en las vidas de un segmento considerable de la población”. (Kohn, 1976. Pág. 94. En Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012. Pág. 10)*

En la acción sobre aquellos elementos disfuncionales para la comunidad, Merton (1987 en Sánchez Vidal, 2002) distingue entre problemas patentes y problemas latentes. Los primeros remiten a problemas aceptados colectivamente como problemas sociales reales y presentes o, lo que es lo mismo, hay una conciencia de su existencia. Los segundos se refieren a la existencia de factores objetivamente indeseables (pobreza, desigualdad, discriminación, etc.) pero que, o bien aún no se han hecho evidentes en el colectivo, o bien son pensados como irresolubles. En ambos casos, al no haber conciencia o solución sobre la situación conflictiva, no hay problema social. En efecto, en relación a los problemas latentes es función de quien tiene legitimidad (el/la científico/a) el adelantarse a los acontecimientos, visibilizarlos como problemas y proponer intervenciones eficientes que permitan actuar sobre ellos. Dicho sintéticamente, se trata de transformar un problema latente en un problema patente.

*“Así, el crecimiento demográfico excesivo debe alertar sobre una eventual explosión demográfica y los problemas (pobreza, violencia, enfrentamientos sociales etc.) asociados. El científico social debe tener, en ese sentido una función crítica, lejos de limitarse a aceptar la definición subjetiva de los grupos sociales (y los valores e intereses que la subyacen) debe hacer patentes los problemas latentes, desenmascarando las condiciones sociales menos llamativas y visibles- aunque endémicas e igualmente dañinas- de la vida social.” (Sánchez Vidal, 2002 Pág. 104)*

Un elemento destacable de la perspectiva funcionalista es que, en la búsqueda del re-equilibrio social, no propone una transformación radical de un sistema disfuncional sino que sugiere pequeñas reformas para que no se desestabilice y así mantenerlo. En este marco, destaco tres componentes clave que permiten entender el abordaje de problemas sociales desde esta perspectiva: (1) la constitución de las personas objeto de intervención en “afectados”, “enfermos” o “desviados” del sistema social, (2) el papel de la historia en el abordaje de los problemas sociales y (3) la mirada positivista de los fenómenos como problemas sociales “reales”.

En relación con lo primero, se identifica a las personas sujetos de la intervención como “afectados/as”, cuya característica común es ser considerados colectivos o sujetos

disfuncionales, desviados del sistema social (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012). Esta identificación se establece de forma a-histórica y a-social, abstrayendo a la persona de su entorno como objeto sobre el cual recaen las políticas públicas (Grassi, 2008). En este sentido, la identificación como “afectados/as” conduce a centrar la intervención sobre el problema social ejecutando la acción sobre los colectivos disfuncionales, cuestionando sus prácticas y condiciones específicas. Es decir, practicando una ingeniería social cuya finalidad es mantener el sistema y “arreglar” aquellas piezas que puedan limitar, cuestionar e incluso cambiar el *status quo*.

*“Los desviados son personas que necesitan atención, dado que ha fallado en algún momento su proceso de socialización son las normas de una sociedad dada” (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012. Pág. 12)*

Este tratamiento de los “sujetos afectados” que dirige la atención a las personas que se encuentran en una determinada condición o realizan ciertas prácticas tiene consecuencias en (a) el desarrollo de un cuerpo de conocimiento constituido por personas e instituciones que puedan tratar a los/as afectados y “retornarlos” como funcionales a la sociedad (Gusfiel, 1989), y en (b) la consideración de la persona como sujeto “enfermo” cuya responsabilidad, por tanto, se ve reducida por tal condición, hacia quien hay que mantener actitudes de benevolencia que conducen a acciones de cuidado y tratamiento.

*“Cada vez más, la estrategia del estado de bienestar es transformar al enfermo, desviado y al no cualificado en «ciudadanos inútiles», para devolverlos a la sociedad solo después de períodos de hospitalización, tratamiento, asesoramiento, tratamiento o rehabilitación” (Gouldner, 1970 pág. 77 en Gusfiel, 1989 Pág 433)*

La comprensión de situaciones como enfermedades o desviaciones personales, posibilita el despliegue de profesiones, conocimientos y tecnologías sociales para “enderezar” de forma efectiva a los sujetos y/o sus condiciones desviadas. Gusfiel (1989) denomina a las profesiones orientadas a tratar a las personas definidas como necesitadas “*las industrias de las personas con problemas*” (Pág 432). El desarrollo de estas profesiones acentúa las definiciones de los problemas sociales como enfermedades y, por tanto, objeto susceptible de ser medicalizado. Asimismo, las tecnologías y los conocimientos sirven para adscribir a ciertos problemas sociales a ciertas especializaciones, y al mismo tiempo, las tecnologías y los conocimientos sirven para configurar el problema social como entidades propias, diferenciarlos de otros problemas y a proponer acciones sobre ellos (Gusfiel, 1989).



Además, la construcción de los problemas sociales centrada en las personas problemáticas es una forma de despolitizar fenómenos y situaciones, dado que focaliza la mirada sobre el sujeto y la desvía de otros aspectos institucionales o estructurales implicados en la configuración del problema (Massa y Massei, 2014).

Por supuesto, las perspectivas funcionalistas no ignoran absolutamente el entorno físico y social, sino que también se preguntan por las condiciones que generan dificultades a personas y/o colectivos. En su respuesta, los problemas sociales son examinados según su vinculación a las condiciones que los determinan. Se asume, pues, que cada problema social se asocia con unas circunstancias sociales específicas y, por lo tanto, es necesario indagar en su historia para explicar la situación actual (Frank, 1925). De esta manera, se afirma que las dificultades detectadas en un momento determinado obedecen a situaciones que podrían no haber existido o que no habrían sido problemáticas en otros momentos de la historia. Por ello, el conocimiento de los cambios sociales permitiría comprender y actuar sobre los problemas sociales existentes y, en especial, permitiría adelantarse al problema. Es decir, predecir nuevas necesidades y actuar antes que estas aparezcan o adquieran una magnitud relevante.

Ahora bien, la investigación desde perspectivas funcionalistas no cuestiona la naturaleza de la jerarquía de los problemas sociales (Keith, et al. 2004). Por el contrario, defienden un posicionamiento evolucionista de la sociedad que contempla la historia humana como un proceso de progreso social, donde cada nueva etapa supone la superación de viejos problemas y la mejora del funcionamiento social. En este sentido, los problemas sociales se caracterizan como las nuevas demandas de la nueva sociedad. Enunciado de una manera distinta: si una práctica social no es adecuada para el funcionamiento social existente, las y los profesionales de los problemas sociales tienen como función “detectar” el problema mediante métodos científicos y proponer intervenciones para crear nuevas formas de ser y hacer acordes con las exigencias del sistema social.

*“los problemas indican cambios en los hábitos y costumbres del grupo, acompañando a los avances técnicos” (Frank, 1925. Pág. 462)*

Además, al concebir los problemas sociales como hechos objetivos de una comunidad que se desarrollan en su propio proceso histórico de evolución, justifican la búsqueda de datos que den cuenta de problemas “reales” y sus soluciones mediante el descubrimiento de métodos “imparciales” y eficaces para corregir la disfunción. La búsqueda de datos “reales” y soluciones eficientes convierte al método científico en un elemento clave para detectar los “verdaderos” problemas sociales y proponer acciones sobre ellos, dado que el discurso de la rigurosidad e imparcialidad del método científico

lleva a pensar sus objetos de estudio como la realidad incuestionable, permitiendo legitimar a quien accione bajo este método.

*“La presencia de científicos y expertos en estas instituciones, con capacidad para establecer cuándo estamos ante un problema social y qué medidas tomar, asegurará la pertinencia y legitimidad de dichas acciones”. (Balasch Domínguez, y Montenegro Martínez, 2012. Pág. 14)*

En resumidas cuentas, la consideración de los problemas sociales como evidentes e independientes del proceso de producción deriva de la idea de que los fenómenos son producto de un estado anterior a su producción, teniendo efectos en el mantenimiento de una lógica de pensamiento y orden de la realidad social<sup>1</sup>. Es decir, bajo la idea de registro de lo evidente, las perspectivas tradicionales de la ciencia empirista, *“deja al mundo social tal cual es”* (Bourdieu y Wacquant, 1995. Pág. 182), cumpliendo una función conservadora, manteniendo en la elección de los problemas, y la elaboración conceptos y de categorías de análisis propios del *status quo* de las cosas y relaciones existentes.

### **1.3. Los problemas sociales desde una perspectiva crítica**

La proposición central de la tradición crítica es que los problemas sociales son socialmente contruidos. Es decir, son concebidos como procesos de negociación y confrontación de sentidos por parte de un conjunto de personas alrededor de ciertas condiciones y conductas que conciben como molestas o problemáticas (Schneider, 1985; Blumer, 1971; Gusfield, 1981; Lorenc Valcarce, 2005; Grassi, 2008; Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012).

En el desarrollo de la tradición crítica, los aportes de Blumer (1971) y Kitsusse y Spector (1973) fueron clave para el despliegue de una teoría de los problemas sociales desde una mirada construccionista (Keith et al. 2004). Los tres critican el posicionamiento funcionalista de los problemas sociales que, como acabamos de ver, se centra en las condiciones disfuncionales actuales o posibles (problemas latentes) y plantea estrategias de corrección en vista de garantizar el funcionamiento del engranaje social concebido como un sistema coherente e integrado (Schneider, 1985).

Kitsuse y Spector (1973) consideran indispensable el conocimiento del proceso de definición y de las actividades llevadas a cabo en torno al problema. Bajo esta

---

<sup>1</sup> Bourdieu y Wacquant (1995, Pág. 178) afirman que *“no construir como lo hace el hiperempirismo positivista, que acepta sin cuestionamientos cuantos conceptos se le propongan (...) sigue siendo un modo de construir porque implica registrar –y ratificar– algo que ya está construido”*.

concepción, el problema social no es concebido como un producto o un resultado sino que, por el contrario, es en su propio *proceso* de definición que las personas lo constituyen. En consonancia con ello, definen los problemas sociales como “*actividades de grupos haciendo afirmaciones y reclamaciones*” (Kitsuse y Spector, 1973. Pág. 415) y proponiendo soluciones sobre alguna situación conflictiva. En la misma definición del problema social como actividad destacan que los problemas sociales son entendidos en términos de proceso, no como condiciones estáticas. En este sentido, cada problema social tiene su historia (Keith et al. 2004) y es este proceso histórico y social el que le dota de sentido.

En esta misma línea, Blumer, (1971) asume que los problemas sociales se encuentran en y son producto de un proceso de definición colectiva. Es este proceso el responsable de la emergencia de los problemas sociales, la forma en los que son pensados y tratados, son asumidos por las políticas públicas oficiales y reconstruidos en la propia aplicación de las intervenciones. Es decir, la definición de los problemas sociales no depende de condiciones objetivas, sino de procesos conflictivos situados en el entramado social.

Concretamente, Blumer (1971) presenta las siguientes críticas a la óptica clásica de los problemas sociales:

- Los 3 conceptos más utilizados para explicar los problemas sociales (*desviación, disfunción o tensión estructural*) no sirven para identificarlos, puesto que no hay un punto de referencia real que permita a las y los investigadores identificar objetivamente qué es y no es un proceso de desviación, de tensión o de disfunción. Tampoco sirven para explicar por qué ciertos fenómenos categorizados como desviación, disfunción o tensión estructural no consiguen alcanzar la atribución de problemas sociales y otros sí. Este aspecto implica una selección de fenómenos que devendrán problemas sociales.
- Frente a la convicción de que los problemas sociales existen como condiciones objetivas e identificables en la sociedad a partir de mediciones estadísticas y epidemiológicas, identificación de personas, sus características, etc., hay que afirmar que los problemas sociales existen en la medida en que la sociedad los define y los concibe. Es decir, la definición de la sociedad determina si existe una condición determinada como un problema, su forma y las estrategias para abordarlo.

*“Un sociólogo puede señalar lo que él cree que es una condición maligna en una sociedad, pero la sociedad puede ignorar por completo su presencia, en cuyo caso no existirá la condición*

*como un problema social para que la sociedad” (Blumer, 1971. Pág. 3)*

- En contraste con la visión clásica que pretende, a partir del supuesto *descubrimiento objetivo del problema social*, proporcionar a la comunidad las herramientas y líneas que prescribe el saber experto, la perspectiva crítica argumenta que los problemas sociales y las estrategias para abordar su solución son creados en espacios donde operan diferentes intereses, intenciones y objetivos. Bajo esta mirada, las *condiciones objetivas* (las dimensiones que constituyen discursos de verdad que desde el saber de la ciencia sirven para fundamentar el problema social como una realidad), no pueden ser considerados como datos relevantes en el estudio de los problemas sociales a no ser que quienes se encuentren en el proceso de construcción de estos los utilicen para sustentar y legitimar su versión del fenómeno.

La perspectiva crítica de las ciencias sociales se contrapone a la mirada positivista de la verdad (considerada el fiel reflejo de la realidad) a la que se adscribe el posicionamiento tradicional de los problemas sociales y plantea una mirada estratégica: la verdad está social e históricamente situada, por lo tanto, es dinámica y relativa a las contingencias sociales, y tiene una función pragmática puesto a que sirve para construir versiones del mundo. Es decir, no existe realidad más allá de las significaciones que colectivamente damos a nuestra experiencia dado que el conocimiento es producido en las prácticas colectivas siempre social e históricamente situadas (Gergen, 1982 y Iñiguez, 2005). Precisamente, el entendimiento tradicional de la verdad busca establecer una relación de correspondencia entre el conocimiento generado y los hechos, entre el lenguaje y la realidad *“decimos y usamos la palabra “verdadero” para señalar que las palabras y las cosas coinciden como trozos de un mismo jarrón roto”* (Larrauri, 1989. Pág. 112). Por el contrario, desde las perspectivas críticas se plantea que no existe realidad ajena (o externa) a los sentidos que construimos en nuestra propias prácticas discursivas: si no existe realidad más allá de nuestros discursos (Gadamer, 1977; Vázquez, 2001), no es posible buscar una correspondencia entre el lenguaje y la realidad dado que esta última es en sí misma lenguaje. Bajo este planteamiento, se sostiene la inexistencia de verdades a-temporales y a-históricas, y se plantea que cada sociedad construye sus propias verdades (Larrauri, 1989).

Estas verdades, temporales y sociales, refuerzan o favorecen ciertas relaciones de poder dado que en la medida que son concebidas como verdades desde un punto de vista positivista se vuelven incuestionables. En este sentido, aquel saber constituido como verdad adquiere fuerza y obliga a pensar y actuar en determinados sentidos. En nuestra sociedad, el saber científico tiene un rol especialmente relevante en el establecimiento

de verdades ya que, basándonos en sus afirmaciones establecemos criterios sobre cómo ser, reproduciendo ciertas versiones del mundo y relaciones de poder (Larrauri, 1989).

*“A través de los juegos de verdad nos sometemos a los dictámenes de las ciencias humanas sin dejar apenas lugar a la desobediencia y a la rebeldía” (Larrauri, 1989. Pág 102)*

Por ello, las perspectivas críticas, rechazan las posiciones que consideran que la verdad “es” objetiva, innegociable y estática, ya que volverla incuestionable implica la sumisión de las personas y de los colectivos hacia ella (Ibáñez, 2005). De esto se derivan tres conceptos esenciales para comprender a los problemas sociales: (a) el rechazo a concebirlos como producto de condiciones objetivas, (b) la importancia de la historicidad en su definición y (c) sus efectos en la reproducción social.

- a. *El rechazo a concebir los problemas sociales como resultado de condiciones objetivas*: la conversión de un problema social en un problema público no obedece únicamente a que se evidencie la presencia de un hecho problemático para la comunidad, sino que depende de todo un entramado de actuaciones que lo construyen como tal<sup>2</sup>. De hecho, la selección de un fenómeno y no otro como susceptible a ser tratado por la agenda pública no siempre coincide con aquello que desde ciertas esferas de saber (por ejemplo, desde la ciencia) construyen como “objetivamente problemático” (Lorenc Valcarce, 2005).

Precisamente, la perspectiva crítica de los problemas sociales cuestiona a la tradicional de la sociología clásica por presuponer una *condición objetiva* conflictiva o perjudicial para el funcionamiento armónico de la sociedad. Afirma que una teoría que entiende los problemas sociales como reflejo de condiciones objetivas, no puede explicar por qué algunas condiciones son definidas como problemas, mientras que otras no lo son. Es decir, la propia definición de una condición como dañina o peligrosa, por sí misma no puede explicar por qué ciertas situaciones se vuelven problemas sociales. En este sentido, rechazan, pues, la idea de que los problemas sociales son objetivos y que es posible identificar las condiciones que tienen intrínsecamente efectos perjudiciales para la sociedad (Hilgartner y Bosk, 1988).

Además, la perspectiva crítica asume que la producción de saber científico se vincula directamente con el gobierno, dado que construye una serie de teorías, diseña unas técnicas y forma a unas/os profesionales habilitados/as para la producción, la acumulación y la legitimación de verdades objeto de gobierno

---

<sup>2</sup> Esto puede verse reflejado en los casos en que un fenómeno o una práctica social devienen un problema público sólo cuando se construyen como asuntos problemáticos, aunque desde una comunidad sean pensados como circunstancias o acontecimientos normales.

(Rose, 1992 y 1997). De esta manera, mediante los discursos sobre la verdad, por una parte, se crea “el qué” o, lo que es lo mismo, se configuran marcos interpretativos para la construcción de situaciones problemáticas y de identidades “desviadas”, “conflictivas o “afectadas”. Es decir, se construyen sujetos y condiciones que requieren de la acción social para su corrección, mientras se mantiene el sistema social imperante (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012). Por otra parte, al mismo tiempo, se crea “el cómo”, las estrategias específicas de intervención sobre los problemas sociales y las personas a quienes se vinculan (Morales, 1997). El saber sobre “el cómo”, parafraseando a Rose (1997), se orienta a volver dóciles aquellos espacios sobre los que el gobierno debe ser ejercido para hacerse posible y más perfecto.

En consecuencia, si el saber científico se inserta en lo social transformando su realidad, quien produce tales saberes adquiere una responsabilidad ineludible (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012). Por ello, la principal pregunta desde la mirada crítica de los problemas sociales es cuestionar por qué un problema social es constituido como tal. Se trata de interrogar y analizar por qué un problema social deviene en una cuestión problemática “natural” o “verdadera” en nuestra sociedad y esclarecer cuáles son los efectos de tal construcción.

*“El objetivo es disipar el pretendido carácter natural de ciertos “problemas sociales”, y resituarlos en una dimensión histórica y sociocultural determinada” (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012. Pág. 39)*

- b. *La importancia de la historicidad en la definición de los problemas sociales:* según las perspectivas críticas, en cada época se crean problemas sociales específicos y estos son, a su vez, la expresión de cómo la sociedad interroga, interpreta, y trata sus cuestiones (Grassi, 2003). Es decir, los valores sociales de cada momento social e histórico son relevantes dado que, a partir de ellos, cada sociedad establece qué es lo necesario y prioritario, y construye sus problemas sociales como legítimos, dignos de ser discutidos, intervenidos y tratados. En este sentido, el problema aceptado como evidente, se produce socialmente mediante un trabajo de construcción colectiva, en el que son necesarias acciones políticas (reuniones, negociaciones, movimientos, peticiones, demandas, etc.) para que el problema particular se convierta en un problema del que se pueda hablar públicamente. (Bourdeiu y Wacquant 1995, y Lorenc, 2005)

Ahora bien, las definiciones sobre los problemas no son estáticas: lo que en este momento es construido como un problema social, puede no haberlo sido anteriormente o serlo en un futuro. Además, la potencia con la que los discursos sobre un problema impactan sobre las vivencias sociales y el quehacer público fluctúa a lo largo del tiempo (Frigerio, 1995), lo que los convierte en construcciones “*momentáneas y dinámicas*”<sup>3</sup> (Balasch Domínguez y Montenegro Martínez, 2012. Pág. 37).

Grassi (2008) destaca al capitalismo como el marco social e histórico clave para el desarrollo y la acción sobre problemas sociales actualmente vigentes. Sostiene que este sistema ha desarrollado los mayores dispositivos para asegurar la supervivencia y mejorar las condiciones de la sociedad. Se trata de dispositivos que trascienden la acción sobre las necesidades básicas del mantenimiento de la vida, y se orientan a garantizar el progreso productivo y del mercado. En la lógica capitalista, las políticas sociales se despliegan como consecuencia de la existencia de tensiones entre el concepto de ciudadanía y los derechos sociales, dado que la primera supone la existencia de personas que eligen sus acciones de forma libre y en situaciones equitativas, mientras los derechos sociales ponen en evidencia la existencia de núcleos de desigualdad estructural que colocan a la persona en una relación desventajosa en relación a otras personas. En este sentido, las políticas sociales desarrolladas, expresan la forma en que el Estado resuelve la tensión entre los principios de igualdad (derivada del discurso de una ciudadanía con derechos universales y libre) y la dependencia del sistema salarial (que genera desigualdades distributivas y de condiciones y posibilidades de ser). En este sentido, aunque la autovalía<sup>4</sup> emerge como elemento clave bajo el cual se sustenta el sistema capitalista y que supone que la persona es capaz de “ganarse la vida” a partir de una situación base de igualdad de condiciones, las situaciones de desigualdad social ponen en evidencia que esto no siempre es posible. Las políticas sociales surgen, pues, para subsanar esta situación de contradicción entre las promesas del capitalismo y las situaciones que contradicen sus principios (Grassi, 2008).

---

3 Por ejemplo, Gusfield (1989) plantea la construcción del problema social de los accidentes de tráfico, que se asocia con la persona que conduce, obviando otros elementos como puede ser las características de la carretera, las señales de tráfico, el automóvil, etc. La asociación entre el problema de los accidentes de tránsito con quien conduce, se concreta en un aspecto específico, el consumo de alcohol, tal asociación (accidentes de tránsito – persona – consumo de alcohol) da lugar a intervenciones centradas en la persona, y es posible en un marco social individualista, propio de la sociedad norteamericana (Frigerio, 1995).

4 El concepto de autovalía convierte y generaliza el trabajo en como norma moral y disciplina de vida y realización personal. La autovalía se constituyó como el elemento de delimitación de la persona objeto de la atención. En consecuencia, quienes no puedan trabajar por sus condiciones físicas y morales, estables o momentáneas (salud, edad, viudez, etc.), o quienes por condiciones del mercado no accedan a él (exceso de demanda de empleo innecesario para las necesidades del sistema productivo) son susceptibles de beneficiarse de los servicios de atención social (Grassi, 2008).

- c. *Los efectos de los problemas sociales en la reproducción social*: actuar sobre y entre la población implica el desarrollo de acciones, de programas y de saberes que inciden sobre las prácticas de las personas (es decir, implica el despliegue de estrategias de gubernamentalidad<sup>5</sup>), tanto en relación con la creación de mecanismos de control y vigilancia de ciertas normas sociales, como también en el proceso de creación de sujetos autónomos, sanos, productivos, empoderados, etc. Es decir, las personas son pensadas como objeto de gobierno en la medida que sus prácticas y situaciones son susceptibles de diagnóstico, de prescripción y de cura (Rose, 1997) y la política social es la manera (y da cuenta de ello) en que la sociedad resuelve tales circunstancias para garantizar la reproducción de sí misma y sus integrantes (Grassi, 2008).

En el contexto social actual, el neoliberalismo proclama la libertad individual como pilar del progreso y la identifica como un instrumento que debe ser disciplinado para garantizar el desarrollo del sistema social (Rose, 1997). Las personas son pensadas como sujetos de responsabilidad, libres y autónomos, que buscan su autorrealización mediante la toma de decisiones y dan sentido y valor a sus vidas a través de la vinculación de sus situaciones con las elecciones que ha tomado en un marco de relaciones comunitarias<sup>6</sup> como son la familia, el empleo, las amistades y el ocio. (Rose, 2007).

En este contexto, la cuestión del gobierno gira en torno a encontrar tecnologías que hagan a las personas autónomas y responsables en la toma de decisiones personales y para sus comunidades, coherentes con el estilo de vida que promulga el sistema. Para ello, la persona es educada para volverse capaz de

---

<sup>5</sup> La gubernamentalidad hace referencia a “*la manera de conducir la conducta de los hombres*” (Foucault, 1978-1979. Pág. 188) y debe ser entendida como el conjunto de estrategias de gobierno en que las relaciones de poder atraviesan las prácticas de las personas y construyen sujetos específicos reproduciendo el orden social. Carné (2013) distingue el concepto de gobernabilidad de la gubernamentalidad. La gobernabilidad se enmarca en las perspectivas institucionalistas, que destacan la importancia que tienen las instituciones para establecer normas que prescriben conductas, organizan relaciones y sancionan las infracciones. Desde esta perspectiva, la persona considerada desde los presupuestos del neoliberalismo, es tratada como unidad mínima y coherente, cuyas conductas se ajustan a las disposiciones del Estado (que prescribe y sanciona). La gubernamentalidad destaca la función creadora de las relaciones de poder que hace que la corporeidad, los discursos y los deseos se orienten a la creación de sujetos específicos, y útiles al sistema. La persona es así, consecuencia de las relaciones de poder que la atraviesan y la constituyen como agente activo de su propia reproducción y de la reproducción social.

<sup>6</sup> Rose (2007) refiere a la comunidad como a las “*redes de lealtad con las que uno mismo se identifica, existencial, tradicional, emocional o espontáneamente, en apariencia, más allá y por encima de cualquier valoración calculada, basada en el propio interés*” (Pág. 122). Esta lealtad hacia la comunidad es algo de lo que tenemos que volvernos conscientes y, para ello se desarrollan campañas, acciones, narrativas e identificaciones que tienen el ánimo de crear comunidad: “*el gobierno a través de la comunidad implica una variedad de estrategias para inventar e instrumentalizar estas dimensiones de lealtad entre los individuos y las comunidades al servicio de proyectos de regulación, reforma o movilización*” (Pág. 122)



calcular los peligros y prever y gestionar riesgos, mientras que el saber experto (mediante campañas, actividades educativas, libros de autoayuda, manuales, imágenes, etc.) se convierte en una figura asesora sobre la toma de decisiones personales y libres. Así pues, la regulación de las prácticas de cada sujeto se vincula al deseo personal de dirigir el propio destino: la persona dirige su conducta en aras de maximizar la felicidad y la autorrealización e intentando evitar la culpa que podría suponer fallar en la protección se sí mismo y la comunidad (Rose, 1997 y 2007).

### **1.3.1. Etapas en la construcción de los problemas sociales**

Tanto Kitsuse y Spector (1973) como Blumer (1971) distinguen diferentes etapas en el proceso de creación de los problemas sociales, que incluyen la demanda respecto a una necesidad de un colectivo minoritario, su legitimación por parte de los poderes públicos y la acción sobre el problema. A continuación expongo sus propuestas.

Kitsuse y Spector (1973) detallan 4 etapas de desarrollo de los problemas sociales:

- *El intento colectivo de solucionar ciertas condiciones que un/os grupos de la sociedad perciben o juzgan como ofensivas o indeseables:* la tarea inicial en la definición de los problemas sociales se orienta a transformar la problemática de un grupo en un tema de interés público. Para ello es primordial determinar cómo se forman y se presentan las demandas, las estrategias para conseguir soporte, el poder del grupo en visualizar el problema y la creación de controversia pública.
- *El reconocimiento de los reclamos por parte de las agencias gubernamentales u otras instituciones oficiales:* la necesidad de involucrar a las instituciones en los problemas de un grupo para convertir a esos reclamos en un tema de intervención. El problema social se rutiniza en una organización u organizaciones que actúan sobre la situación conflictiva.
- *Nueva generación del problema<sup>7</sup>:* si las personas implicadas entienden la respuesta como un escenario problemático, se inicia un proceso nuevo de re-generación del problema.

---

<sup>7</sup> Mientras que los modelos tradicionales finalizan en la segunda etapa (*el reconocimiento de los reclamos por las instancias oficiales*), Kitsuse y Spector (1973) afirman que se trata de un final abierto y que, en el tratamiento oficial de los problemas, se crean nuevas actividades de definición del problema en torno a la respuesta oficial sobre el mismo.

- *Creación de instituciones alternativas*: se inicia en el momento en el que las personas ya no ven factible trabajar dentro del sistema e inician un proceso de desarrollo de instituciones alternativas que den respuesta a los problemas.

Por su parte Blumer (1971) describe 5 etapas en la construcción de problemas sociales:

1. *La emergencia del problema social*: ciertos grupos sociales construyen el problema a partir de su reconocimiento como tal y movilizan recursos para que éste sea visibilizado por otros espacios de poder-intervención. En este sentido, puede afirmarse que los problemas sociales existen en la medida que son reconocidos por la sociedad como tales: si la sociedad no percibe el problema, no plantea estrategias ni inicia ningún proceso para solucionarlo, puesto que el problema no existe.
2. *La legitimación del problema*: una vez emerge un problema, además de ser reconocido como tal, debe recibir una sanción y adquirir apoyo social para no quedar reducido a una mera experiencia de un grupo específico de personas en un momento determinado. El problema social reconocido por un colectivo de la sociedad requiere ser considerado en las áreas públicas como pertinente y relevante. Es decir, un problema social debe adquirir un nivel de “*respetabilidad que le da derecho a examen en los ámbitos reconocidos de la discusión pública*” (Blumer, 1971. Pág. 6). Si el problema es considerado insignificante o no conflictivo en el entorno social, no adquirirá legitimidad, motivo por el cual no entra en el espacio de acción pública. El proceso de legitimación de ciertos problemas de grupos específicos (que consideran a una situación conflictiva) como problemas sociales, también requiere de un proceso selectivo en los que unos no llegan al reconocimiento público siendo ignorados y otros adquieren tal reconocimiento. Ahora bien, el reconocimiento de los problemas como legítimos no se refiere a la gravedad intrínseca de tales conflictos o disfunciones, ni es producto solo de los intereses públicos.
3. *La movilización de la acción en relación con el problema*: se trata de una etapa en la que el problema social entra en una dinámica de debate, de defensa, de oposición y de controversia donde hay diferentes ideas sobre él, según las posiciones de cada agente que interviene en su definición. Estos elementos constituyen la movilización social de la sociedad para la actuación sobre el problema. El rumbo del problema social depende en gran medida de este proceso, puesto que es en este ámbito donde el problema se redefine, se crean

---

8 Las instituciones sociales como la Iglesia, esferas políticas ejecutivas, escuela y medios de comunicación son ejemplos de estos ámbitos.

propuestas de actuación de respuesta a este, se protegen, o no, intereses específicos, y se refleja el entramado de posiciones estratégicas de diferentes espacios sociales.

4. *La formación de un plan oficial de acción:* se refiere a cómo la sociedad percibe y pretende actuar sobre el problema a través de su aparato oficial. Es decir, es el conjunto de decisiones oficiales de cómo actuar sobre el problema social en cuestión. Estas decisiones son producto de negociaciones establecidas entre diferentes posiciones que tienen intereses, opiniones, compromisos, y juicios. En este proceso se reelabora la imagen colectiva del problema, imagen que puede ser diferente de la idea inicial sobre el mismo.
5. *La transformación del plan oficial en su aplicación empírica:* la premisa es que no hay correspondencia entre el plan oficial y su aplicación práctica, sino que el propio proceso de puesta en práctica de la intervención da inicio a un nuevo proceso de redefinición del problema que se pretende tratar. En este proceso, las personas involucradas (tanto si se ven beneficiadas como perjudicadas por la intervención) establecen nuevas relaciones que readaptan el plan inicial, y pueden crear nuevas líneas de acción sobre el problema que no eran previstas desde el plan oficial en su origen.

Kitsuse y Spector (1973) y Blumer (1971) describen etapas secuenciales en la creación de los problemas sociales a partir de un grupo específico de la comunidad que presenta sus demandas y busca su legitimación social y la actuación del Estado para la mejora de la situación considerada problemática. Sin embargo, no siempre el origen de los problemas sociales se inicia a partir de la demanda de un grupo específico de la comunidad. En este sentido, Lorenc Valcarce (2005) afirma que no es posible definir un único punto de inicio de los fenómenos como problemas públicos. Es, por ello, que describe, a partir de la propuesta de Cobb y Elder (1972, en Lorenc Valcarce, 2005) diferentes puntos de inicio en la construcción de un problema social<sup>9</sup>:

- *Outside initiative model:* iniciado desde un grupo minoritario que extiende su versión de la situación a otros colectivos, movilizandolos recursos y deviniendo, finalmente, como problema público al ser tratado por los poderes públicos.
- *Inside initiative model:* cuando la construcción de un problema público se inicia desde los propios poderes públicos o cuando ciertos grupos (capaces de ejercer influencia en estos poderes) les envían sus demandas, actuando directamente

---

<sup>9</sup> Lorenc Valcarce (2005) sostiene que este modelo requeriría también profundizar sobre la importancia de los medios de comunicación y sobre el mundo político como elementos que permiten que ciertos grupos sociales visibilicen sus versiones de la realidad como problemas públicos.

sobre ellos sin que sean discutidos en la agenda pública (por ejemplo, los grupos de presión de la Unión Europea)

- *Mobilization model*: cuando los poderes públicos instalan en la agenda pública el problema para construir apoyos más amplios para intervenir sobre él. Una vez los apoyos sociales son reconocidos el programa de acción es retomado e implementado por los propios poderes públicos que inician el proceso (Lorenc Valcarce, 2005).

Así pues, los diferentes puntos de inicio de los problemas sociales ponen en evidencia que las fases de construcción de los problemas sociales no siempre siguen una lógica secuencial, tal y como he mostrado que describen Blumer (1971) y Kitsuse y Spector, M. (1973). Es decir, un problema social puede iniciarse desde colectivos de la comunidad, desde la propia institución que pretende actuar sobre él o se puede iniciar por grupos de poder que tienen tal influencia que no necesitan hacer públicas sus demandas a la población general para que los poderes públicos las asuman como problemas sociales relevantes. Asimismo, a veces, el problema social ya es reconocido por los poderes públicos pero buscan, en una segunda fase, la legitimidad de la población, visibilizándolos a la sociedad.

Más críticamente, Hilgartner y Bosk (1988) proponen abandonar los modelos secuenciales de desarrollo de los problemas sociales como los que proponen Blumer (1971) y Kitsuse y Spector (1973) porque, aunque muestran situaciones ideales, dan la idea de un orden en sucesión de fases, como si existiera una historia natural del problema y además, al centrarse en procesos típicos de desarrollo del problema dificulta el análisis de los problemas sociales teniendo en cuenta las interacciones entre otros fenómenos y problemas sociales, relaciones que son esenciales en el proceso de definición colectiva del problema.

Asimismo, siguiendo las reflexiones de Lorenc Valcarce (2005), tanto la formulación como la implementación de las intervenciones públicas, forman parte del proceso de definición del problema; momentos y espacios donde las diferentes personas que entran en relación establecen una lucha de intereses para hacer emerger su versión del problema como la correcta. La definición de la Salud Pública, las estrategias de intervención, los recursos proporcionados en cada área, los sujetos a quienes se dirigen las acciones, las instituciones participantes en la intervención son ejemplos de elementos que forman parte de la definición del problema, la constelación de todos ellos permiten dar una forma y no otra a la realidad sobre la cual pretenden incidir.

Incorporar a la propia práctica interventiva la legislación, los recursos y las instituciones participantes en la implementación de los problemas públicos implica borrar las fronteras entre etapas que sitúan la definición del problema social como una fase previa a su implementación puesto que, en la propia acción, tal problema va constituyéndose como pertinente, invita a participar a ciertos agentes, y orienta su versión del fenómeno en uno u otro sentido.

*“Las políticas públicas son uno de los elementos fundamentales para la construcción social de los problemas. Los planes oficiales contribuyen a darles existencia al problema que dicen atacar (...) se le reconoce una importancia, al mismo tiempo que se afirman implícitamente ciertas posiciones sobre sus causas y su naturaleza (...) las políticas sociales tienen una función simbólica: muestran la existencia de un problema al mismo tiempo que se presentan como respuestas a ese problema”*  
(Lorenc Valcarce, 2005. Pág.6)

En este sentido, las afirmaciones planteadas desde las perspectivas críticas (que apartan la concepción de los problemas sociales como el resultado de la observación de la realidad abstraída de valores y significaciones en la que la sociedad está inserta) nos permiten pensar los problemas sociales como hechos políticos y hechos sociales.

En primer lugar, la emergencia de problemas sociales es la resultante de producciones discursivas, que son consecuencia de luchas y negociaciones políticas, económicas y morales en un sistema de relaciones de diversos agentes que varían según los cambios ideológicos y materiales en un momento y lugar sociohistórico. Por ello, los problemas sociales son hechos políticos. Es decir, son producidos a partir de posiciones y relaciones entre grupos sociales donde ciertos agentes lo distinguen como tal, se movilizan para visibilizarlo en otros espacios y convencer sobre la pertinencia e importancia del mismo.

En segundo lugar, son hechos sociales en dos sentidos: Por una parte, el concepto de problema social se refiere a asuntos que trascienden los espacios personales hacia una comprensión de los fenómenos y los procesos como interrogantes colectivos; esto es, como un conjunto de situaciones que interpelan a la sociedad (Carballeda, 2010). Es decir, se plantean como asuntos colectivos que implican la organización de la sociedad como un todo, donde diversos ambientes se superponen e interpelan para formar una estructura más holística de la vida social, históricamente situada (Keith et al. 2004). Por otra parte, la propia definición del problema lleva consigo siempre la emergencia de un nuevo punto de vista particular del mismo, que es posteriormente cuestionada por definiciones contrapuestas. Estas definiciones serán las resultantes de los discursos previos sobre el fenómeno o hechos vinculados según cada área, sus prioridades, sus intereses y las interacciones producidas. Tales cuestiones son indefectiblemente

sociales dado que implican la puesta en juego del lenguaje<sup>10</sup> en un proceso relacional, conflictivo y dinámico entre diversas personas y colectivos.

### **1.3.2. La selección y la renuncia como condiciones de posibilidad de la aparición de problemas potenciales**

Los problemas sociales existen en relación con otros hechos y problemas sociales, y se encuentran insertos en un sistema complejo institucionalizado de formulación y diseminación del problema (Hilgartner y Bosk, 1988). Para que un problema exista debe ser reconocido como tal por ciertos colectivos, que se movilizaran para hacerlo visible y encontrar más adeptos y recursos y para hacer que los discursos que lo invisten y caracterizan como este prevalezcan. Otros problemas posibles también entrarán en juego para conseguir el reconocimiento y tratamiento público. Es por eso que la emergencia de un problema social implica un proceso conflictivo de selección de realidades consideradas problemáticas y de interés público, excluyendo otras posibles (Schillagi, 2011).

La existencia, o no, de condiciones (pretendidamente) objetivas no es relevante para la construcción de los problemas sociales. Lo que es necesario para que un fenómeno sea considerado problema social es su reconocimiento por agentes e instituciones de la comunidad en un marco social e histórico que lo hace plausible. Como sostiene Barkan (2012) existen múltiples fenómenos que son lo suficientemente negativos para adquirir el estatus de problemas sociales, pero no son considerados como tales<sup>11</sup>. De hecho, contraponen situaciones que “no existen” pero que, mediante discursos políticos, publicidad y otras estrategias de comunicación, se convierten en problemas sociales, dando lugar a la transformación de ciertos fenómenos con una incidencia minoritaria o

<sup>10</sup> Desde las perspectivas discursivas, el lenguaje no tiene solo una función referencial (describir y expresar aquello que vemos, queremos o sentimos) sino que es de naturaleza performativa y formativa. La naturaleza performativa implica que el lenguaje está orientado a la acción (Wetherell y Potter, 1996). Es decir, mediante el uso del lenguaje no solo describimos realidades, sino que mediante él hacemos cosas (cuestionamos, justificamos, cuidamos, discriminamos, etc). La naturaleza formativa refiere a que hablar implica crear realidades. Es decir, los sentidos, las prioridades, los intereses, etc. se producen a partir de un entramado de estructuras y categorías sociales preexistentes que, a su vez, en la misma práctica lingüística, producimos, reproducimos y/o cambiamos (Garay, 2001).

<sup>11</sup> Como ejemplo, Barkan (2012) propone la historia de dominación por razón de género en Estados Unidos donde, antes de 1970, la violencia sexual hacia la mujer no era considerada un problema social, ni tan siquiera violencia; de hecho, los abusos y las violaciones eran ignorados por los diversos agentes sociales. Sin embargo, a partir de los años 70, con el auge del movimiento feminista, la violencia sexual comenzó a pensarse como problema social y se planteó como indeseable y susceptible de ser abordada desde la acción pública.

directamente inexistentes en problemas sociales en detracción de otros que podrían ser “más relevantes”.

Precisamente, el proceso de construcción de problemas sociales conlleva una *selección* de los mismos de entre un magma de candidatos potenciales. Al mismo tiempo, la construcción de un problema implica la creación de sentidos específicos, renunciando a otras posibles miradas sobre el mismo. Ambas condiciones reducen la complejidad social hacia unas perspectivas específicas de la sociedad (Luhmann, 1984). Así, la construcción de un fenómeno como problema social deriva, por una parte, de la renuncia a la construcción de otros fenómenos como problemas y, al mismo tiempo, implica la construcción de versiones específicas de la realidad del problema sobre el que se pretende incidir. Si bien esta versión no es estable, dado que puede ser cuestionada por otras posiciones u otros momentos, se estabiliza en un momento determinado como la realidad del problema que tratan los poderes públicos (Lorenc Valcarce, 2005). Algunos problemas sociales se mantienen en el centro del debate público durante un largo periodo de tiempo, mientras que otros emergen y se desvanecen en un periodo muy limitado. Además, dentro de la clasificación de problemas sociales, algunos adquieren un carácter universal y dominante en el discurso social y político mientras que otros quedan relegados a espacios más concretos de colectivos interesados en ellos, situados en la periferia de los debates públicos (Frigerio, 1995).

De esto se deriva que la selección de ciertos hechos como problemas sociales lleva implícita la renuncia a la emergencia de otros problemas potenciales. Es decir, ciertos fenómenos sociales son seleccionados para ser tratarlos como problemas públicos mientras que otros no lo son. La “arena pública” es pues, un espacio conflictivo donde emergen ciertos problemas sociales en un proceso de relación entre actores, situaciones y posiciones desiguales que actúan para imponer sus definiciones o conducir las actuaciones sobre un determinado fenómeno como problemático (Schillagi, 2011). Por ello, el movimiento del grupo por visibilizar y legitimar ciertos hechos como problemas sociales implica un proceso competitivo donde diferentes agentes desde diversas posiciones actúan para imponer y/o negociar su visión sobre la situación sobre la que pretenden incidir. De esta manera, la selección de versiones sobre el problema se produce a través de luchas entre diferentes actores que, desde sus posiciones, intentan imponer su visión específica del fenómeno (Lorenc Valcarce, 2005).

Es por ello que, de entre el gran marco de posibilidades de transformación de fenómenos en problemas sociales, la gran mayoría de cuestiones se mantienen fuera del debate público y solo algunos problemas potenciales llegan a entrar en la arena pública

constituyéndose en problemas sociales genuinos. De entre estos, sólo una pequeña aparte se vuelven temas destacados en el discurso político y social, mientras que otros se convierten en problemas sociales menores, donde diversos colectivos actúan para mantenerlos dentro del debate público (Hilgartner y Bosk, 1988).

En la misma medida en que la emergencia de los problemas sociales no se vincula con condiciones objetivas, tampoco lo hace su mantenimiento o desvanecimiento. En efecto, que una situación sea definida como problema social, no implica necesariamente que ciertas condiciones sociales hayan empeorado objetivamente, como tampoco la desaparición de un problema social implica, necesariamente, que se haya solucionado.

Los problemas sociales son posibles en ámbitos públicos específicos donde se enmarcan y crecen. Es en los entornos institucionales donde los problemas sociales son creados, contextualizados, discutidos, seleccionados y presentados a otras instancias. Estos ámbitos públicos incluyen el poder ejecutivo y legislativo, los medios de comunicación, las campañas políticas, las acciones colectivas de grupos de presión, los libros, la comunidad científica, las organizaciones religiosas, las sociedades profesionales y las fundaciones privadas.

Cada uno de estos ámbitos presenta una capacidad diferente pero todos, en mayor o menor medida, la tienen limitada en el tratamiento de los problemas sociales. La discrepancia entre el número potencial de problemas, que es teóricamente infinito, y la capacidad institucional de tratar un número limitado de ellos hace que el proceso de competición entre los problemas sea un elemento clave dentro del proceso de definición colectiva. Los límites en la capacidad de carga de las instituciones implican que la definición de una condición como problemática derive hacia el declinar de otros problemas que, anteriormente, eran tratados como tales, o que ciertos discursos que luchaban por emerger como problemas sociales, no sean considerados dentro de esta categoría.

En el proceso de competición por recursos y atención pública, diversos agentes actúan para definir y visibilizar los problemas sociales. Los reclamos sobre los problemas sociales no solo visibilizan ciertas condiciones, sino que las construyen como problemáticas con sentidos específicos. Es decir, las afirmaciones en torno a los problemas sociales estimulan la interpretación de la realidad en sentidos concretos, a



partir de una pluralidad de posibilidades (Hilgartner y Bosk, 1988), orientando el curso del problema social, los agentes implicados y las políticas que se llevan a cabo<sup>12</sup>.

*“Qué «realidad» llega a dominar el discurso público tiene profundas implicaciones para el futuro de la problemática social, para los grupos de interés involucrados, y para la política”(Hilgartner y Bosk, 1988. Pág. 58. [Traducción propia])*

La competencia entre problemas sociales se produce en dos niveles. En el primero, internamente, ya que cada área posee diferentes formas de construir el problema y compete con otras para ser aceptada como la versión legítima de la realidad. En el segundo nivel, dentro de un proceso complejo de selección sobre qué es prioritario en el ámbito público, diversos problemas compiten con otros para lograr la atención pública. En suma, para que el problema social entre y se mantenga en la agenda pública, tiene que cumplir con ambos niveles (Hilgartner y Bosk, 1988).

Hilgartner y Bosk (1988) identifican el drama, la novedad y la saturación, la cultura y las políticas y también las características de la organización como componentes esenciales que guían la selección de determinados fenómenos como problemas sociales:

- *Drama*: habitualmente, los fenómenos que se presentan al público en términos dramáticos y persuasivos (la apariencia de sentido común y el sufrimiento verdadero sumado a la imagen de experticia de la fuente, etc.) adquieren mayor probabilidad de ser considerados un problema social y entrar en la agenda pública.
- *Novedad y saturación*: contribuyen a la disminución del dramatismo del problema social. La novedad dota de más fuerza a un fenómeno para que sea considerado un problema social. Por el contrario, la saturación (que el problema sea mostrado de forma repetitiva y de idéntica manera), posibilita que este pierda su dramatismo y, por tanto, su interés. La saturación se puede producir por la emisión redundante de mensajes y por la simultaneidad de diversos agentes emisores (políticos investigadores, medios de comunicación, etc.) o por el solapamiento de mensajes de problemas sociales similares.
- *Cultura y políticas*: ciertas definiciones de problemas que coinciden con las pretensiones sociales y políticos tienen mayores probabilidades de entrar en la arena pública. Además, algunos problemas adquieren más fuerza porque son importantes para intereses políticos y económicos y, quienes los promocionan, tienen un gran deseo de que estos adquieran fuerza.

---

<sup>12</sup> Por ejemplo, en el caso de la mortalidad por accidentes de tránsito la asociación a la figura de conductor irresponsable que bebe, minimiza otros

- *Características organizacionales:* hay características peculiares de cada institución que influyen en la selección de un problema en un determinado ámbito. El problema es aceptado cuando coincide con las características de la arena particular en la que se inserta, mientras que puede no ser aceptado en otras.

### **1.3.3. La pugna por la propiedad y la responsabilidad de los problemas sociales**

Tal y como lo he presentado en las líneas precedentes, la construcción de un fenómeno como un problema social se produce en un escenario de conflicto, donde diferentes partes interesadas luchan para establecer o impedir que ciertas definiciones se vuelvan cuestiones públicas, lo que requiere de la acción colectiva (Gusfield, 1981).

Best (1990, en Frigerio, 1995). Distingue diferentes tipos agentes que se movilizan para visibilizar ciertas construcciones problemáticas:

- Víctimas: personas que se sienten afectadas por una condición negativa.
- Activistas: personas con experiencia en la movilización con interés en ciertas cuestiones sociales, políticas, ambientales, etc.
- Especialistas: consultores/as independientes, especializados/as en ciertas materias.
- Profesionales: personas que, disponiendo de una formación específica (medicina psicología, sociología, etc.), adquieren legitimidad en su campo.
- Funcionarias/os: personas que trabajan en las instituciones públicas.
- Grupos de presión: colectivos insertos dentro de la estructura de poder, que suelen influir directamente sobre las políticas públicas, sin necesidad de buscar apoyo de otros colectivos.

Cada uno de estos agentes y colectivos se sitúan en posiciones diversas, donde ciertos problemas sociales pueden emerger, o no<sup>13</sup>. El poder de influencia y autoridad de los diversos grupos e instituciones varía a lo largo del tiempo. Es decir, en cada momento

13 Por ejemplo, el colectivo de víctimas tiene legitimidad por haber transitado vivencialmente por ciertas experiencias, pero suelen carecer de la legitimidad del saber conceptual que se le atribuye a las y los profesionales y especialistas; o los grupos de presión, que suelen contar con gran poder de influencia por posicionarse en espacios de poder político y/o económico.

social e histórico ciertos colectivos tienen atribuida la legitimidad para definir ciertos problemas sociales y son capaces de movilizar la atención pública sobre un problema, de establecer criterios de verdad sobre él e influir en la toma de decisiones sobre sus políticas<sup>14</sup>.

Partiendo de la premisa de que en las diferentes áreas del debate público las personas y colectivos se sitúan en coordenadas diversas desde donde detentan diferentes posiciones de poder, de influencia y de autoridad para definir el problema, Gusfield destaca a quienes tienen *la habilidad de crear e influir en la definición pública del problema* (Gusfield, 1981 Pág. 10)<sup>15</sup>, los denominados propietarios del problema (*ownership*). Precisamente, la meta final de los reclamadores de los problemas sociales es convertirse en los “dueños del problema”, entendido en el sentido de ser quienes controlan su definición y las políticas públicas que puedan implementarse en torno a él (Frigerio, 1995). Porque, mientras distintos colectivos pueden intentar llamar la atención sobre otras posibles definiciones de problemas sociales, los propietarios son quienes tienen la legitimidad y la credibilidad para hacer reclamos y afirmaciones y definir y proponer soluciones a los problemas.

Del mismo modo que hay colectivos que luchan por ser los “propietarios de los problemas”, otros colectivos e instituciones se esfuerzan en lo contrario, en evitar la participación en la definición del problema y en su solución. Es por ello que ciertos colectivos, especialmente los interesados en mantener alguna circunstancia que se asocia al problema, buscan desvincularse de él<sup>16</sup>.

Finalmente, Gusfield (1981) destaca dos significados de la responsabilidad: la responsabilidad causal y la responsabilidad política. La primera se refiere al restablecimiento de relaciones causales, a la secuencia de fenómenos y circunstancias que explican la existencia del problema (por ejemplo, “*el cáncer fue responsable de la muerte de alguien*”, Gusfield, 1981. Pág. 13). Mientras que la segunda se refiere a la obligación de ciertas personas, colectivos o instituciones a actuar sobre el problema (por ejemplo, “*La profesión médica y la ciencia médica (...) son vistas como fuentes posible de solución [del cáncer]*”, Gusfield, 1981. Pág. 14)

14 Este fue, por ejemplo, en el pasado el caso de la Iglesia, que contaba con legitimidad en la definición y en la acción sobre los problemas de salud. Esta legitimidad fue disminuyendo, mientras que las ciencias médicas asumieron el liderazgo en la definición y acción sobre tales problemas (Gusfield, 1981).

15 Gusfield (1981) utiliza la metáfora de propiedad para denotar el control, la exclusividad, la transferencialidad y la potencialidad de pérdida de tal capacidad.

16 En relación con esto, Gusfield (1981) pone como ejemplo la industria del alcohol, que busca desvincularse de los problemas asociados con él (accidentes de tráfico, crimen, adicciones, etc.) y, al mismo tiempo, dirige la atención hacia otro elemento para promover una definición distinta del problema: la persona. Mediante esta maniobra, el problema ya no se muestra vinculado con el alcohol, sino con la persona que lo consume.

Si bien la propiedad “ownership”, la responsabilidad causal y la responsabilidad política puede coincidir en una misma persona o colectivo, no siempre sucede. A menudo, quienes tienen la propiedad del problema exigen de la responsabilidad política de otros colectivos e instituciones que actúen sobre él. Por ejemplo, es el caso de diversos grupos, profesionales y diferentes colectivos ciudadanos que definen, visibilizan y reclaman una regulación de los productos alimenticios considerados dañinos para la salud y cuestionan y presionan al gobierno para que actúe sobre el problema y establezca la normativa para controlarlo. Como puede apreciarse en la descripción de esta situación, la propiedad del problema se encontraría en diversos grupos de presión, mientras que la responsabilidad causal del problema se asocia con quienes elaboran el producto en cuestión (por ejemplo, el exceso de sal en la producción de pan y de otros productos vinculados a problemas cardiovasculares) y la responsabilidad política es imputada al gobierno, dado que es el que establece normativas de control del problema.

Las responsabilidades y las propiedades de los problemas van variando según el momento social e histórico. En este proceso, el Estado, es la figura de responsabilidad de mayor estabilidad, dado que en las sociedades occidentales suele aparecer como un agente activo, que define problemas sociales y actúa sobre ellos (Gusfield, 1981).

#### ***1.3.4. La agenda de gobierno y la materialización de los problemas sociales***

Las definiciones de los problemas sociales y sus soluciones se suelen materializar en espacios institucionales específicos del Gobierno, quien en su propia acción limitan los ámbitos de responsabilidad, de atención, de alcances y sujetos beneficiarios de las políticas públicas. En este proceso de gobierno, el problema social se legitima como una cuestión problemática y de interés colectivo. El Estado, en palabras de Estela Grassi (2008), *normatiza y normaliza el régimen de reproducción social* (Pág. 30).

Sin embargo, no todos los problemas sociales son susceptibles de la acción del Gobierno, ya que esta depende de aquello que ha seleccionado y sobre lo que ha fijado la atención. Es decir, depende de aquello de lo que ha hecho agenda.

*“no todas las cuestiones se vuelven públicas ni todas las cuestiones públicas se vuelven cuestiones que deben ser objeto de la acción*

*gubernamental, “agenda de gobierno”<sup>17</sup> (Aguilar Villanueva, 1993. Pág. 24)*

En este sentido, para volver los hechos sociales relevantes en el tratamiento público, las y los actores sociales (personas u organizaciones), suelen tratar de actuar como “actores del Estado”; esto es, tener la capacidad de introducir temas de debate en la agenda de *gobierno*:

*“para decirlo provocativamente, si un tema no está en la agenda del Estado, no existe”. (Testa, 2007. Pág. 251)*

La formación de la agenda permite identificar quiénes son las y los agentes (colectivos e instituciones) que tienen legitimidad para plantear y definir los problemas sociales y las prioridades gubernamentales; qué organismos gubernamentales actúan frente a demandas de otros agentes, y el componente ideológico que vuelve a ciertos problemas prioritarios. Asimismo, las ideas que se tienen sobre las causas y formas del problema son clave para incluirlo en la agenda de gobierno (decidir qué tal fenómeno es un problema público que requiere de la acción gubernamental), planear y ejecutar la intervención. Es decir, en el mismo proceso de definición del problema se delimita la probabilidad de que este sea objeto de la acción pública y el alcance de esta (Aguilar Villanueva, 1993).

Cobb y Elder, (1972 en Aguilar Villanueva, 1993) destacan la conflictividad, actual o potencial, como componente que amplifica la expansión o difusión del problema. En este sentido, los asuntos no conflictivos quedan situados en espacios específicos, volviéndose invisibles para una gran parte de la población. Mientras que el conflicto, la controversia y la polémica hace que ciertos temas se vuelvan objeto de atención pública.

Asimismo, las características en la definición del problema también puede favorecer o limitar la extensión del interés que por él tengan otras personas. La especificidad, la significación social, la relevancia en el momento social e histórico, la complejidad técnica y los antecedentes sobre el curso del mismo, son elementos que inciden en la posibilidad de difundir el problema.

*“las cuestiones definidas genérica y sencillamente, sin tecnicismos, que presentan aspectos nuevos y de significación duradera para grandes números de población, son las que tienen mayor probabilidad de*

---

<sup>17</sup> Se entiende como “agenda de gobierno” al conjunto de problemas o asuntos que los gobernantes seleccionan y priorizan como objetos de acción (Aguilar Villanueva, 1993).

*expandirse al gran público y de involucrarlo”. (Aguilar Villanueva, 1993. Pág. 35)*

Si la cuestión social logra extenderse a un gran número de personas, su acción se considera necesaria y la comunidad atribuye la competencia de intervención a las instituciones de gobierno. Es, entonces, cuando el problema adquiere fuerza para ejercer presión sobre el gobierno y exigir su atención e intervención. Sin embargo, para que el problema sea incorporado como parte de la agenda de gobierno, este debe ser aceptado como tal a partir de 3 elementos (Aguilar Villanueva, 1993): (a) que el gobierno se encuentre en condiciones para actuar sobre él (tiempo, recursos, ausencia de otras demandas, etc.), (b) que el problema sea considerado tratable (existencia de tecnologías, recursos e información para actuar) y (c) que quienes toman las decisiones estén dispuestos a intervenir sobre él (razones políticas, morales, económicas, etc.).

En este sentido, los problemas sociales se definen en base a ser solucionables, ya que no es viable un problema irresoluble. Por ello, la solución forma parte de la misma definición del problema. Es decir, las estrategias de acción sobre el problema están íntimamente asociadas a su definición y permiten que, por lo tanto, se pueda hablar de una “dialéctica” entre la definición y la acción sobre el problema social (Schillagi, 2011). La dialéctica debe ser entendida en tanto que en la configuración conceptual del problema se delinear, simultáneamente, quién es el/la responsable de su abordaje, cómo se interviene y sobre quiénes se actúa. Estas intervenciones sobre la comunidad con miras a solucionar sus problemas sociales se mantienen abiertas, sin soluciones finales, motivo por el cual los debates y los conflictos políticos, sociales y económicos entran en juego y se producen controversias en torno a la definición y a la acción sobre los problemas sociales (Grassi, 2008).

#### **1.4. Las controversias como catalizador en la construcción de saberes y tecnologías**

La mirada clásica de los problemas sociales suele buscar en la ciencia su punto de inicio para justificar la existencia, o no, de un problema social. Es así como a partir de los saberes pretendidamente objetivos de la realidad social, las y los profesionales proponen el establecimiento de objetivos y actividades de mejora de una situación dada. Bajo este enfoque, una de las tareas imprescindible para acceder a la “verdad de los problemas” es asegurar que el saber generado por el conocimiento científico sea real.

Desde la Sociología de la Ciencia, autores como Merton (en Vitores González, 2009) contribuyeron a la construcción de una mirada sobre el saber verdadero y objetivo de la *buena ciencia* y plantearon la búsqueda de estrategias para garantizar el acceso de la ciencia a este saber de forma regular, e identificaron los componentes sociales o psicológicos que podían interferir y sesgar su producción. La Sociología de la Ciencia analiza las causas sociales de los errores científicos, pero considera que los aciertos, las *verdades científicas*, no son susceptibles de análisis desde la sociología.

El cuestionamiento del saber científico y de sus pretendidas estrategias de acceso al saber objetivo se hizo objeto de estudio en la Sociología del Conocimiento Científico que, a través del Programa Fuerte, destaca que el saber científico, como todo saber, se produce social e históricamente. Es decir, que la realidad o la naturaleza tienen un papel mínimo en el establecimiento de acuerdos sobre la verdad o la falsedad científicas, puesto que son las personas quienes constituyen la realidad en la interacción, destacando el lenguaje como elemento esencial en esta construcción. En coherencia, las construcciones discursivas no deben interpretarse como un reflejo de la realidad preexistente más allá de la propia construcción lingüística, por lo que los conocimientos (incluidos los científicos) no son un reflejo o una representación de la realidad, sino que son producto de construcciones sociales.

El Programa Fuerte propone tratar tanto el conocimiento científico verdadero como el erróneo de igual manera<sup>18</sup>, ambos entendidos como producciones sociales. Defiende la apertura interpretativa de la evidencia (Ramírez Sánchez, 2007), planteando que la realidad se construye socialmente y que la evidencia es flexible a la interpretación de la realidad.

La Sociología del Conocimiento Científico plantea que el saber es una construcción social y se centra en el estudio de las controversias como estrategia para el análisis del surgimiento de nuevos problemas, saberes y artefactos de tecnológicos. Según esta, a partir de las controversias se hacen explícitos los presupuestos de las personas que intervienen en ella, pudiendo ser cuestionadas. La controversia da lugar a un proceso de negociación y a intentos de imposición, que pueden tener como consecuencia la creación de perspectivas nuevas en la construcción de los objetos/sujetos de debate.

Los planteamientos de la Sociología del Conocimiento Científico sobre la generación de controversias que tienen como resultado la construcción de ciertos problemas y saberes

---

<sup>18</sup> Bloor (1976) destaca cuatro principios metodológicos básicos: la simetría, la imparcialidad, la causalidad y la reflexibilidad. Vitores González (2009) distingue, entre estos principios, a la simetría como el más significativo, puesto que propone no recurrir únicamente a las explicaciones sociológicas para dar cuenta de los errores científicos sino que, por el contrario, las verdades científicas (los aciertos) son también objeto del análisis sociológico.

científicos y tecnológicos, son relevantes no solo para cuestionar el acceso al saber científico como sustento de ciertos problemas sociales, sino también para pensar cómo se produce el propio problema social. Como hemos visto en las páginas precedentes, desde la perspectiva crítica los problemas sociales son construcciones que se dan en el seno de negociaciones, debates y lucha de poder entre grupos, que tienen como resultado la definición de ciertos hechos como problemas susceptibles de la intervención pública y de otros que no lo son.

Se pueden distinguir tres líneas de estudio de la construcción de saberes a partir de controversias: el Programa Empírico del Relativismo (PER), el Modelo de la Construcción Social de la Tecnología (SCOT) y la Teoría Actor-Red (ANT)

#### **1.4.1. *El Programa Empírico del Relativismo (PER)***

El Programa Empírico del Relativismo (PER) es una perspectiva de la Sociología del Conocimiento que centra el estudio de la producción de conocimiento mediante el estudio de las controversias y contribuye enormemente a demostrar que, si analizamos las prácticas científicas, la distinción entre lo social y lo científico no es cierta. El análisis de las controversias desde el PER, se centra en tres etapas (Vitores González, 2009, y Ramírez Sánchez, 2007):

1. Apertura interpretativa del saber científico: los datos, observaciones y resultados de un estudio científicos se pueden interpretar de forma diferente en función de quienes los analizan. Por ello, en la primer etapa de análisis el objetivo es identificar aquellas/os científicos/as que intervienen en la controversia sobre un tema.
2. Censura de la variabilidad: hace referencia a aquellos mecanismos (procesos y procedimientos) que hacen que la variabilidad de interpretaciones existentes disminuya hasta llegar un acuerdo.
3. Clausura de la controversia: se refiere a que no son los datos “objetivos” los que cierran las controversias, puesto que están sujetos a diferentes interpretaciones, sino a que el cierre de las controversias se relaciona con el contexto social y político. Las controversias acaban disminuyendo por elementos ajenos a la actividad científica en sentido estricto (se cierra por la ponderación de elementos económicos, culturales, políticos, etc).



### **1.4.2. El Modelo de la Construcción Social de la Tecnología (SCOT)**

El Modelo de la Construcción Social de la Tecnología extiende el principio de simetría del Programa Empírico del Relativismo al análisis de la tecnología. El Modelo SCOT centra su análisis en la importancia que tienen los elementos sociales en el proceso construcción de los artefactos tecnológicos y destaca que lo social no solo se refiere al impacto de la tecnología cuando esta se introduce en el entorno, sino también a la presencia de los aspectos sociales en todo el proceso de definición de la tecnología. Los defensores del Modelo afirman que la tecnología, su contenido, desarrollo e implementación, son productos de dinámicas sociales a partir de un proceso de negociación entre diferentes posiciones, negociaciones en las que entran en juego aspectos técnicos, económicos, políticos, sociales, etc.

Desde el Modelo se cuestiona la idea de progreso tecnológico como reflejo de una mejora lógica del proceso de evolución tecnológica y se sostiene que aquello que se considera eficaz depende del contexto social e histórico específico. Es decir, la SCOT permite conocer por qué algunos artefactos tecnológicos se estabilizan y tienen éxito, mientras que otros fracasan. La explicación del éxito o del fracaso no debe buscarse en una lógica interna de progreso tecnológico, sino en el mundo social de las negociaciones, de los discursos y de las luchas de poder entre diferentes agentes, situados en contextos sociales, políticos, económicos e ideológicos determinados. Mediante esta relación, el modelo de la SCOT establece una vinculación entre el contexto amplio de producción de la tecnología y el proceso específico en el que se negocia pertinencia, diseño y eficacia de la misma (Pinch y Bijker 1984, en Vitores González, 2009).

Al igual que en el PER, en el SCOT el “grupo social relevante” es un elemento central de análisis. Este grupo “*se define y caracteriza por estar formado por personas que dan a un artefacto un mismo significado*” (Vitores González, 2009. Pág. 47) y, de forma similar al PER, la propuesta de análisis del SCOT se compone de 3 etapas:

- *La identificación de grupos sociales relevantes y la negociación de interpretaciones.* En esta etapa de análisis se identifican a los grupos sociales relevantes (aquellos que tienen un papel importante en el desarrollo de un artefacto) y se describen para analizar las interpretaciones sobre el artefacto (el funcionamiento, los problemas, las estrategias de desarrollo, etc). Cada grupo tiene una interpretación específica<sup>19</sup> del artefacto tecnológico que es negociada

---

<sup>19</sup> Los problemas “técnicos” no son cuestiones objetivas sino que, por el contrario, están sujetas a interpretaciones (Vitores González, 2009. Pág.47). En este sentido, se habla, pues, de una flexibilidad interpretativa de los diseños tecnológicos.

en la interacción con otros grupos, donde cada uno de los cuales intenta imponer su propia interpretación de la tecnología.

- La *clausura de la controversia*, centrada en analizar cómo las controversias sobre las interpretaciones del artefacto tecnológico se disipan, y dejan de ser un problema para quienes intervenían en la negociación del significado del objeto. Esta etapa encarna el final de la negociación, donde el artefacto pierde la flexibilidad interpretativa para llegar a un consenso sobre qué es el artefacto tecnológico. Es decir, se produce un *cierre*, una *estabilización* de los significados en torno al artefacto. En esta etapa el objetivo de análisis es conocer cómo las diferentes versiones sobre el significado del artefacto y su eficacia se convierten en una sola y, para ello, se realiza un examen y una descripción del proceso mediante el cual algunos artefactos se estabilizan como útiles y eficaces y otros no. Cuanto mayor sea el consenso en el significado habrá mayor estabilización de este:

*“El grado de estabilización del artefacto es inversamente proporcional a la flexibilidad interpretativa, ya que el éxito del artefacto, su solidez como tal, aparece cuando la flexibilidad interpretativa decrece”* (Vitores González, 2009. Pág. 48)

- Las *estrategias de estabilización del artefacto tecnológico en relación con el contexto social y político específico*. La estabilización de un sistema socio-técnico implica el cierre de la controversia mediante la desaparición o resignificación de los problemas que el artefacto pueda suponer. Ramírez Sánchez (2007) destaca la importancia en la resignificación del problema, entendida como la estrategia de ciertos grupos en traducir los discursos de otros grupos y representarlos para alcanzar un consenso, resignificando al problema, no resolviéndolos<sup>20</sup>.

### **1.4.3. La Teoría del Actor Red (ANT)**

La Teoría del Actor Red afirma que la sociedad, al igual que la ciencia y la tecnología, también es una construcción. Destaca que no solo las personas construyen lo social, sino que las técnicas y las tecnologías sirven para producir y mantener ciertas

<sup>20</sup> Ramírez Sánchez (2007) sugiere como ejemplo el caso de la bicicleta propuesto por Bijker y Pinch (1984) donde, en un primer momento, la controversia giraba en torno a su atractivo y seguridad. La solución en relación con la seguridad parecía situarse en el diseño de bicicletas con ruedas simétricas y tracción trasera, pero estas eran consideradas menos atractivas. En este marco, se produjo un cambio en el foco del conflicto: se abandonó la importancia de la seguridad y se destacó la velocidad como elemento relevante de las bicicletas simétricas.

relaciones sociales (Callon, 1992; Latour, 1991 y Vitores, 2009). Por ello, la ANT asume que la sociedad y la tecnología se constituyen mutuamente y, con ello, extiende el principio de simetría al ámbito social. Es decir, propone “una simetría generalizada” (Domènech y Tirado, 1998 en Blanco e Iranzo, 2000).

La radicalización del principio de simetría<sup>21</sup> que propone la ANT pretende la disolución de los límites entre lo social, lo tecnológico y lo natural, de forma que aquellos aspectos que previamente se atribuían a lo social, ahora se vinculen también con materialidades no humanas. Hablaríamos, pues, de la creación de redes heterogéneas, compuestas por elementos sociales, naturales y tecnológicos (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda, y Subirats, 2010). Desplazando del centro de análisis a lo social y centrando el eje en el estudio de las llamadas redes socio-técnicas, donde tanto humanos y no humanos participan en la construcción de realidades.

Esta simetría generalizada propone, una vez asumida la verdad como una producción social, problematizar lo social. Desde esta perspectiva, hablar de lo social implica hablar de relaciones entre elementos heterogéneos (humanos y no humanos: significados, discursos, artefactos, objetos, etc.). Dicho sintéticamente, lo social sería, pues, una red de actantes en interacción (Tirado y Domènech, 2005).

En este sentido, la ANT analiza cómo los diferentes actores producen, articulan, mantienen, negocian y contraponen miradas sobre qué se entiende como el mundo social y el mundo natural. Afirman que la vida social (clases sociales, organizaciones, grupos, etc.) se construyen y mantienen mediante medios técnicos y sociales profundamente relacionados (Bijker y Law, 1992). Por este motivo, en la comprensión de los fenómenos sociales no se pueden obviar aquellos elementos técnicos y tecnológicos que definen posibilidades de ser de lo social: lo tecnológico y técnico posibilitan la definición de actores, espacios y formas de relación social (Vitores González, 2009.). Es por ello que las y los autores que defienden esta perspectiva afirman que lo que mantiene unido a lo social, no es un contrato social o un lazo político entre personas, sino que es una red relacional entre humanos y no humanos (Domènech Argemí y Tirado Serrano, 2009).

Esta mirada de lo social se traslada, no solo al conocimiento de la tecnología y del saber científico, sino que también se extiende al conocimiento de la realidad social y, en especial, a las políticas públicas (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010).

---

<sup>21</sup> “Cuando Latour (1991b) afirma que la tecnología es la sociedad hecha para que dure o Callon (1992) que la sociedad no puede ser entendida sin sus herramientas técnicas, están recordándonos que no son sólo las personas las que construyen la sociedad”. (Vitores González, 2009., Pág. 55)

La ANT como el PER y el SCOT destacan las controversias como espacio de análisis, de construcción de saberes, de tecnologías y de realidades y proponen que en su discurrir las entidades modifican los sentidos que se forman en las negociaciones y, consiguientemente, también modifican a los actores.

#### **1.4.4. La comprensión de los problemas sociales como resultado de las controversias**

Las distintas perspectivas de la Sociología del Conocimiento Científico expuestas permiten analizar, a partir de las controversias, cómo los/as diferentes agentes traducen lenguajes e intereses y construyen, destruyen, cuestionan, estabilizan y desestabilizan relaciones, versiones de la realidad y situaciones.

Por sus características, Grau-Solés, Íñiguez-Rueda, y Subirats (2010) interpretan la Teoría del Actor Red como una excelente estrategia de análisis de las políticas públicas. Entienden el proceso de producción de políticas públicas como el conjunto de decisiones y acciones realizadas por diversos agentes, orientado a la solución de problemas colectivos a partir de la utilización de ciertos recursos disponibles, la creación de otros nuevos en un marco institucional que limita y posibilita las acciones.

*“Toda política pública se puede considerar un proceso de ingeniería heterogénea, el resultado del cual es una red híbrida que se articula en una arena en la que ya existen otras redes” (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda, y Subirats, 2010. Pág. 66)*

Afirman que los procesos de producción de políticas públicas tienen como finalidad la configuración de nuevas realidades sobre la que intervienen, actuando sobre determinados componentes, para configurar una sociedad pretendidamente *adecuada o deseada* (Subirats et al. 2008). Es decir, actúan sobre problemas sociales. En este proceso, las y los diferentes agentes tratan de que su perspectiva sobre la realidad destaque sobre otras versiones a través de procesos de interacción, donde cada versión parte de una posición y establece relaciones con las otras.

Para comprender el proceso de intercambio y creación de versiones sobre la realidad, la ANT propone el análisis de los procesos de traducción y enrolamiento. La traducción representa el proceso en el que las y los agentes crean relaciones para representar a los otros la realidad a la que se refieren. Es durante la negociación de significados que las y los agentes van construyendo los significados de los componentes de la red y, cuando esto sucede, los agentes son enrolados (Ramírez Sánchez, 2007). En este sentido, el

éxito de una versión de la realidad depende de su capacidad para simplificar (o traducir) un determinado ámbito de la realidad y para estructurar y establecer relaciones entre diferentes componentes heterogéneos (enrolar) en un periodo de tiempo determinado (Grau-Solés, Iñiguez-Rueda y Subirats, 2010).

La traducción se basa en la capacidad que tienen las diferentes entidades para relacionarse entre sí produciendo “totalidades con sentido” (Domènech y Tirado, 2008<sup>a</sup>). Esto significa mediación y creación de lazos previamente no existentes que modifican, en mayor o menor medida, los objetos y sujetos de las redes existentes. Traducir implica proponer o convencer sobre una forma de organización o entendimiento en relación con una determinada parcela de la realidad. Por ello, conocer los procesos de traducción permite comprender cómo se ha llegado a tal entendimiento u organización de la realidad (Grau-Solés, Iñiguez-Rueda, y Subirats, 2010).

Las versiones de la realidad están en continuo dinamismo y, por tanto, pueden ser cuestionadas o reelaboradas en los procesos de controversia. Sin embargo, mediante la traducción se estabilizan (se enrolan) realidades específicas. No obstante, mientras menor sea el cuestionamiento y la apertura del concepto a tratar, la realidad se transforma en una verdad escasamente discutible. En efecto, si un concepto se estabiliza, se transforma en una “caja negra”, extendiendo ciertas visiones y formas de relación permanentes en el tiempo (Callon, 2001).

*“Una red de traducción es extendida en tanto que involucra a un número creciente de diversos actantes (...) la extensión de una red es generalmente acompañado de su conversión en «caja negra», en la cual cadenas enteras de traducción son archivadas e incorporadas en oraciones, mecanismo técnicos, sustancias o habilidades” (Callon, 2001, Pág. 60)*

Así pues, como resultado a los procesos de traducción, unas realidades se imponen a otras, unas entidades se sitúan en posiciones de poder, se definen actores, se establecen relaciones y alianzas.

*“La razón de toda traducción es promover un punto de paso obligado, conseguir imponer a los otros tu perspectiva o convencerlos que los problemas de aquellos sólo se podrían resolver si pasan a través tuyo. La traducción es el proceso en el que un orden provisional es propuesto y su objetivo es la dominación, algo, no obstante, que no es un capital que se pueda almacenar, sino que debe ser desplegada, sobre todo, intentando reducir el margen de negociación de los miembros de la red y transformarlos en cajas negras”.(Grau-Solés, Iñiguez-Rueda y Subirats, 2010. Pág. 68)*

En este sentido, una institución o un agente poderoso es el que tiene la capacidad de “enrolar” y movilizar a otras personas, procedimientos o artefactos acordes con determinados objetivos. Enrolados de manera que los diferentes intereses sean traducidos en formas comunes de entender los problemas y las soluciones a ellos (Vitores González, 2009). De este modo, la ANT entiende el poder como el resultado de una determinada red de relaciones (discursos, procedimientos, técnicas o elementos) que producen un sentido compartido sobre cómo entender los fenómenos, los problemas y decidir cuál es la mejor manera de actuar sobre ellos.

*“Si la 'tecnología es la sociedad hecha para que dure' es porque esa composición, esa configuración que adquiere cierto grado de estabilidad y durabilidad es, a menudo resultado de la materialización de esos mecanismos de enrolamiento en formas “persistentes” (máquinas, arquitecturas, inscripciones, libros, códigos, técnicas de registro y documentación...). Estas formas persistentes, los artefactos, encarnan, estructuran y hacen duraderas determinadas relaciones entre el espacio y el tiempo, entre individuos con otros y con ellos mismos, entre los individuos y sus 'funciones' en esas composiciones. Hacen duradera la forma cómo estos individuos entienden sus situaciones y sus objetivos y los de los otros en esos contextos”. (Vitores González, 2009. Pág. 56).*

### **1.5. Niveles de construcción de los problemas sociales: lo “micro” y lo “macro” como estrategias analíticas**

Existen diferentes niveles de articulación de los problemas sociales y, en cada uno de ellos, estos adquieren sentidos particulares. En esta línea, Wilkes y Wright (1987, en Real Dato, 2002) refieren la existencia de diferentes niveles de desagregación de las políticas públicas, tanto en relación a sus áreas o funciones (ejes temáticos que tratan como, por ejemplo salud, educación, transporte, etc.), como también en la división de cada una de estas áreas en base a que el alcance de la intervención sea "macro" o "micro" (sectores y subsectores de las políticas públicas)<sup>22</sup>. Según esta lógica, en la construcción de los problemas sociales los diferentes niveles de desagregación entran en juego para dar sentido a las políticas públicas en cada espacio territorial concreto. Teniendo en cuenta esto, considero pertinente plantear cómo actúan los diferentes niveles en la construcción de los problemas sociales y su intervención. Para ello, cabe plantearse qué se entiende por "micro" y por "macro" y examinar sus posibles relaciones.

---

<sup>22</sup> En el caso de la Salud Pública de Cataluña encontramos el nivel central, sus regiones y sus territorios. Cada uno de estos niveles van focalizando sus actuaciones en espacios más específicos en el territorio.

No obstante, previamente, es necesario destacar, tal y como lo hizo Archer (2003) la dualidad entre lo "micro" y lo "macro" como un recurso analítico que permite conocer la influencia de unos niveles sobre otros, considerando la realidad compleja e irreducible a tal diferenciación meramente analítica. Así pues, la diferenciación entre lo "micro" y lo "macro" se plantea como un recurso metodológico para analizar y reconstruir la realidad. Es decir, la función de la diferenciación por niveles es comprender cómo actúa cada uno de ellos y trazar, desde cada uno de ellos, mecanismos, recursos y conceptos que traduzcan o dibujen mapas de relación entre lo "micro" y lo "macro".

*“La dicotomía micro-macro debería ser vista como una distinción analítica y que todos los intentos para vincularla con dicotomías concretas, tales como el individuo versus sociedad o acción versus orden están fundamentalmente mal situados” (Alexander y Geisen, 1994. En Salles, 2001. Pág. 118)*

Es importante destacar la existencia de diferentes definiciones, acordes con el objeto de estudio, sobre qué se considera "micro" y qué se considera "macro" (Salles, 2001). Mientras que lo "micro" se suele definir en referencia a procesos mentales, preferencias personales, interacciones cara a cara, encuentros situados temporal y espacialmente, procesos sociales que se dan en las relaciones entre personas, o unidades sociales pequeñas (familias, grupos, personas, etc.), entre otros elementos, lo "macro", suele caracterizarse en base a la organización social a gran escala (como los estados-nación y el capitalismo), las estructuras e instituciones que enmarcan y posibilitan la acción, las experiencias repetidas por un gran número de personas, o las unidades sociales grandes, por citar algunas dimensiones.

Aunque existen diferentes perspectivas que abordan la relación entre lo "micro" y lo "macro", considero pertinente remarcar tres grandes interpretaciones: (a) la de quienes consideran lo "macro" como un agregado de lo "micro", (b) la de quienes proponen lo "macro" y lo "micro" como instancias que se influyen mutuamente pero se diferencian entre sí y, por último, (c) la de quienes destacan la existencia de instancias mediadoras que actúan de vínculo entre lo "micro" y lo "macro";

Las perspectivas que dan mayor relevancia a lo "micro" como constitutivo de lo "macro" (Collins, 1981 y Knorr-Cetina, 1981 en Ritzer, 1997) proponen que lo "macro" es el resultado de diversos encuentros "micro". En esta línea, plantean la reconstrucción de lo "macro" a partir del estudio de lo "micro", puesto que la realidad se conforma por situaciones microsociales que se expanden y se insertan en lo "macro", construcciones que son endógenas a las situaciones "micro".

Por su parte, quienes destacan la influencia mutua y diferenciación entre lo "micro" y lo "macro", critican las posturas que defienden el considerar la macro-estructura como un mero agregado de micro-estructuras. En contraposición, proponen que los actores y las actoras utilizan las micro-estructuras para interpretar las macro-estructuras y ajustan sus relaciones a partir de la percepción que tienen de la macro-estructura (De Nooy, 2002). Es decir, la macro-estructura ofrece el marco de posibilidad para la acción "micro"o, dicho con otras palabras, lo "macro" importa para la acción "micro" puesto que el entorno (las normas, los objetivos y las estrategias globales) generan un marco para la actuación a nivel local. En sentido inverso, cuando las personas ajustan sus relaciones en base a las estructuras locales y cambian la micro-estructura, pueden modificar también los niveles superiores de sentido e institución: la macro-estructura.

Finalmente, quienes destacan la presencia de instancias mediadoras que vinculan los niveles "micro" y "macro", definen como instancias mediadoras a diferentes elementos materiales y simbólicos que articulan las estructuras sociales y condiciones de ser (instituciones, discursos, valores, etc.) sobre las prácticas colectivas o acciones personales a menor escala. Proponen que lo "macro" no interviene directamente sobre lo "micro" sino que está afectado por instancias intermedias que articulan el marco de posibilidad de lo "micro". Asimismo, afirman que lo "micro" (acciones situadas) también influye en lo "macro" mediante la reproducción o cambio de prácticas que impactan sobre la reconfiguración de los niveles "meso" y de estos a los "macro"<sup>23</sup>.

*“Un mundo independiente de nosotros pero que [a la vez] nos incluye, y como un mundo del que hace de intermediario para nuestro entendimiento una red de representaciones simbólicas, hechas por el hombre”* (Elias, 1991 en Salles, 2001. Pág. 123).

De Nooy (2002) sostiene que, del mismo modo que la relación entre los niveles "micro", "meso" y "macro" es dinámica, cada uno de ellos posee un dinamismo interno donde, constantemente, se produce una problematización del fenómeno susceptible a ser negociado mediante luchas de poder por colectivos que manejan diversos sistemas de significaciones (llevan consigo *formas de mirar el mundo* propias de las

---

<sup>23</sup> En la investigación que desarrollo en esta Tesis de Doctorado, recorro a la diferenciación entre instancias "micro", "meso" y "macro" para tratar de comprender la articulación de las políticas públicas sobre los problemas de Salud Pública a través de diferentes niveles de desagregación de las instituciones implicadas en el desarrollo intervenciones sobre los problemas de Salud Pública. Como se puede comprobar en el análisis realizado, las y los profesionales de Salud Pública describen una estructura central, una regional y una local para la definición de problemas e intervenciones de Salud Pública, al mismo tiempo que hacen referencia a marcos más globales, como son la Unión Europea, la ideología dominante, y las políticas globales para definir el marco de producción de ciertos problemas y políticas de Salud Pública. En este sentido, con fines analíticos, entiendo los espacios globales como macro-estructuras, seguidas por la institución central (como macro-estructura también, pero localizada en el ámbito autonómico), los niveles regionales como niveles "meso" y el entorno local como el nivel "micro" (las acciones puntuales de intervención y las prácticas de las personas en torno a las políticas públicas de salud se pueden considerar más "micro").



instituciones en las que se inscriben). En este proceso se crean discursos y se plantean posibles actuaciones ante el problema que definen. Se generan así “productos” que son el resultado de las alianzas y desacuerdos entre los agentes que participan en la negociación del problema social. Se consideran “productos”<sup>24</sup> a políticas, a la creación de nuevas estructuras institucionales, a las manifestaciones de visibilización del problema, al movimiento de recursos, etc. Es decir, aquellos elementos materiales o discursivos que resultan de la negociación del problema y que, a su vez, median la configuración de los sentidos del fenómeno sobre el que se problematiza.

Al contrario de las propuestas que destacan lo "macro" como un agregado de lo "micro", Cicourel (1981) argumenta que ninguno de los niveles está autocontenido en el otro de forma lineal (Salles, 2001)<sup>25</sup>. Cada nivel posee unas características concretas y remite a situaciones específicas que influyen en la determinación de los problemas y de los productos de la problematización. Se trata de formas de pensar los sujetos, los intereses políticos y sociales, las prioridades económicas e interventivas, etc. Así, cada espacio de acción y creación de problemas sociales utiliza unos marcos de interpretación que sirven para la negociación, disidencia o aceptación de los fenómenos como problemáticos.

Sin desvirtuar la importancia de las relaciones que se dan en el seno de la interacción cotidiana (acciones "micro"), Haferkamp (1994) destaca que la interacción producida está socialmente instituida (Haferkamp, 1994 y Salles, 2001), lo que supone que las personas actúan y otorgan un significado a la acción sin desvincularse del marco de producción. Es decir, crean sus prácticas y sentidos a partir de un marco social e histórico específico (dentro de un contexto y situación dados y conformado por diferentes componentes materiales, físicos e institucionales, el poder de negociación, etc).

En este sentido, Haferkamp, (1994) propone interpretar lo "micro" y lo "macro" de forma no dicotómica, sino como niveles interconectados. Por una parte, las prioridades que se dan desde el nivel regional o internacional crean un marco donde las intervenciones sobre los problemas "micro" pueden ser o no viables. De este modo, la autonomía relativa de los territorios (espacio "micro") podría quedar mermada por la falta de recursos o por las políticas contradictorias de nivel "macro" o "meso". Además,

<sup>24</sup> Los productos no son el resultado final sino elementos relativamente abiertos que continuamente pueden ser modificados. Es decir, son estabilizaciones provisionales que organizan la realidad en torno del problema a tratar.

<sup>25</sup> “ni las estructuras micro ni las macro son niveles independientes de análisis, ellos interactúan en todo momento, a pesar de la conveniencia y, a veces, del dudoso lujo de examinar exclusivamente uno u otro nivel de análisis” (Cicourel, 1981. Pág. 54 en Salles, 2001. Pág. 142).

las definiciones sobre el problema y los discursos vinculados a la lógica de pensamiento sobre él desde los niveles "meso" y "macro" también influyen en la forma de concebirlo en los niveles "micro" (por ejemplo, los discursos sobre la libertad, sobre la competitividad y sobre la eficacia en las sociedades neoliberales). Esta influencia no es lineal sino que es repensada desde las vivencias locales, históricas y personales de los sujetos implicados, pero sirve de marco para la interpretación de "lo que está pasando" en el entorno.

Por otra parte, las actuaciones que se dan en el territorio pueden hacer de las políticas herramientas del Estado para la reproducción de la ideología y de determinadas prácticas sociales. En este sentido, la construcción de los problemas sociales y de las políticas de actuación sobre ellos, producen como resultado dispositivos que intentan incorporar en los sujetos saberes y conductas afines al sistema que los ha creado. Con ello, el propósito que se persigue es mantener *el orden social* y prever el mantenimiento de una lógica de ser de la sociedad según los discursos sobre lo esperable, lo positivo y lo funcional para la misma. En contraposición, el cuestionamiento de los discursos de saber sobre un tema desde el territorio puede debilitar la fuerza del discurso y el poder de la institución que lo crea, generando desde el territorio otras posibilidades de ser-saber- actuar.

De este modo, la dimensión "macro" no está ni sobre ni bajo de las interacciones locales o sectoriales (Grau, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2008), sino entre ellas dado que genera un marco que posibilita determinadas prácticas. No obstante, al mismo tiempo, estas prácticas se reproducen, se mantienen o se cambian a partir de las prácticas de los niveles "meso" y "micro"<sup>26</sup>.

### **1.5.1. La integración de diferentes niveles de problematización en los procesos de construcción de los problemas sociales.**

---

26 Sirva como ejemplo cómo la problematización del envejecimiento activo realizada desde la Unión Europea genera un marco desde donde las instituciones de salud de España y las entidades locales, pueden priorizar fenómenos y conceptualizarlos, o no, como problemas sociales. En el momento en que el Estado decide diseñar una estrategia de "envejecimiento activo", está legitimando el discurso "macro" pero, seguramente, también está incorporando elementos ausentes en los planteamientos a nivel europeo. En esta legitimación se encuentra el fortalecimiento de las instituciones europeas que definen el problema. Sucede lo mismo cada vez que cambiamos de nivel: el nivel "micro" puede fortalecer el discurso "meso" y "macro" o cuestionarlos, según el seguimiento, o no, del marco que proponen para la interpretación de los fenómenos en Salud.

Considero que la distinción entre niveles "macro", "meso" y "micro" con fines analíticos es pertinente para comprender los procesos de construcción de los problemas sociales en diferentes espacios y tiempos. No obstante, la indisociabilidad y el dinamismo de estos tres niveles ha llevado a sugerir a algunos autores que no existe ningún ámbito eminentemente global, independiente de los aspectos locales, ni ningún estrato desvinculado de otros *“la sociedad no es suficientemente estable como para no inscribirse en nada”* (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010, Pág. 76)

Desde la Teoría Actor Red, la distinción entre lo "micro" y lo "macro" se difumina, al considerar que los componentes de la interacción producida en los niveles “micro” y “macro”, llevan inscritas materialidades, sentidos y relaciones de otros espacios, generales, pasados o lejanos. Lo global no está fuera de la interacción, no es el “contexto”, sino que está presente en cada una de las interacciones establecidas. Desde esta perspectiva, la distinción entre contexto y contenido pierde sentido dado que estos dos elementos son indisociables.

Las propuestas de la ANT permiten analizar el proceso de construcción de los problemas sociales a partir de situaciones específicas, al tener en cuenta la traducción de lo "macro" en instancias materiales y en discursos concretos que adquieren relevancia en las interacciones que se dan en niveles "micro". Desde esta óptica, un acontecimiento social ocurrido en el pasado o producido por agentes ausentes del espacio y del momento específico, puede estar presente si se traduce o se inscribe en otros actantes no humanos que posibilitan su presencia, manteniendo un cierto sentido común y permitiendo el intercambio de relaciones y sentidos entre niveles diferentes, "micro" y "macro" (Tirado y Domènech, 2005).

Aquello que actúa en un determinado espacio y momento puede provenir de otros lugares, de otras materialidades y de otros actores. Es decir, en lo local se hacen presentes elementos existentes en otros momentos y lugares y producidos por otros agentes.

*“Las interacciones locales son artefactos contruidos en un complejo juego de relaciones culturales y materiales, situaciones que siempre nos conducen a otras interacciones, otros lugares, espacios o agencias”  
(Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010. Pág. 77),*

En este sentido Domènech y Tirado (2001, en Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010) destacan la necesidad que tiene el poder de inscribirse<sup>27</sup> en diferentes

---

<sup>27</sup> *“La inscripción son todos los tipos de transformaciones a través de las cuales una entidad se materializa en un signo, un archivo, un documento, un trozo de papel o un trazo. Las inscripciones, explica Tirado (2001), se mueven generando nuevas articulaciones, nuevas conexiones y juegos de relaciones en las que se implican tanto a sujetos como objetos de todo tipos, dando como resultado un elemento híbrido”.* (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010. Pág. 76.)

materialidades (palabras, documentos, normas, artefactos, etc.) para subsistir, mantenerse y/o extenderse a otros espacios y momentos. Así pues, las acciones que fueron realizadas en el pasado o en otros espacios y los y las agentes que intervinieron, pueden estar presentes y reproducir ciertos sentidos y relaciones si son capaces de inscribirse (traducirse o desplazarse) en otros elementos que se hacen presentes en la interacción. Es decir, aquellos elementos “macro” son también elementos internos del proceso de interacción en el momento que son tomados, utilizados o planteados en los espacios concretos donde se produce la interacción. Por ello, lo “macro” no está por encima ni por debajo de las interacciones (Latour, 2005) establecidas en espacios concretos, sino que está presente en ellas como elementos que participan en los procesos y en la creación de sentidos tomados por las y los agentes en la red de negociaciones y luchas de poder establecidas entre ellos.

---

A lo largo del capítulo he hecho un recorrido por los elementos que, a mi parecer, son claves para comprender qué se entiende por problema social y cómo operan los diversos agentes institucionales, así como también, las tecnologías y los saberes en su configuración.

Tal y como se puede desprender de la lectura del capítulo, optar por una perspectiva clásica o por una perspectiva crítica sobre los problemas sociales, implica posicionarse de forma radicalmente distinta. En el primer caso, considerar los problemas sociales como una cuestión objetiva y relegar el saber sobre ellos a ciertas instancias y agentes, implica la sumisión hacia ellas, dado que deriva a otorgarles la verdad de los problemas y las tecnologías para tratarlos. En el segundo caso, posicionarse desde una perspectiva crítica, implica desproveer a los problemas sociales de su carácter objetivo y situarlos en una arena política y social de conflicto y negociación de discursos, tecnologías y poderes, cuyos resultados se estabilizan en reproducir o cambiar el sistema social.

En este escenario de negociación y conflicto, los planteamientos sobre las controversias de la Sociología del Conocimiento Científico, proporciona un marco interpretativo que permite reflexionar sobre el proceso de construcción de los problemas sociales como un proceso relacional donde ciertas versiones de la realidad se estabilizan, momentáneamente, como problemáticas y ciertas tecnologías se despliegan como estrategias para actuar sobre ellas.

Finalmente, en el abordaje de los diferentes niveles que se presentan bajo las etiquetas de “micro”, “meso” y “macro” permiten detener el análisis del proceso de construcción de los problemas sociales a partir de los diferentes supuestos de interrelación entre componentes estructurales y las prácticas situadas. Bajo mi posicionamiento, lo macro se encuentra inscrito en los procesos relacionales concretos y situados en el momento que son utilizados en la interacción para definir situaciones y construir versiones de la realidad.

Una vez caracterizados los problemas sociales, en el siguiente capítulo, presento diferentes procesos históricos y discursos que permiten comprender el devenir de la salud pública como un problema de gobierno.



**SEGUNDA PARTE:**

**DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO  
HIGIENE A SU CONSTRUCCIÓN COMO PROBLEMA  
POLÍTICO**





***CAPÍTULO 2:***

***LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO  
TECNOLOGÍA DE GOBIERNO SOBRE LOS PROBLEMAS  
SOCIALES***



## **2.1. Introducción: historia, concepto y marco normativo de la Salud Pública**

En el capítulo 1 he delineado la conceptualización sobre qué se entiende por problema social a partir de la presentación de dos perspectivas: la perspectiva clásica que, esencialmente, entiende a los problemas sociales como cuestiones objetivamente problemáticas en la sociedad, y la perspectiva crítica que concibe a los problemas sociales como construcciones producidas en un espacio de negociación y confrontación de versiones de la realidad, en un entramado de relaciones de poder, saberes, tecnologías y recursos desiguales.

Ambos posicionamientos sobre los problemas sociales son, evidentemente, contrapuestos. Sin embargo, comparten la idea de que los problemas sociales se caracterizan por entender a ciertas condiciones, fenómenos o procesos como molestos, desagradables o problemáticos para la comunidad y por tener asociados saberes y tecnologías de gobierno para incidir sobre ellos.

Entre el gran abanico de fenómenos que pueden ser pensados como problemas sociales existentes en nuestra comunidad, en esta investigación me he centrado en los que son abordados desde el área de la Salud Pública, entendida como un acto de gobierno desplegado sobre los problemas de Salud de interés colectivo.

Dado que entiendo que los discursos previos<sup>28</sup> sobre la Salud, como también los relativos al conocimiento de la vida y de las relaciones humanas en los diferentes entornos de convivencia influyen en las formas de pensar la Salud en la actualidad, he dividido este capítulo en tres apartados. En el primero hago un breve recorrido histórico a través del concepto de Salud y de Salud Pública. En un segundo apartado reviso algunas de las definiciones utilizadas en la actualidad para caracterizar ambos conceptos. Y, finalmente, expongo el marco normativo que posibilita la estructura y las actuaciones actuales en el ámbito de la Salud Pública en Cataluña.

---

<sup>28</sup> La historia efectual (Gadamer, 1977) adquiere un papel indispensable en la comprensión de cómo los discursos previos nos interpelan en el momento de conferir significación a nuestra experiencia actual y cómo, a través de la experiencia, cambiamos las formas de recordar el pasado, vivir el presente e imaginar el futuro.

## **2.2. La Salud y la Salud Pública: breves apuntes históricos**

### ***2.2.1. Los orígenes de la preocupación por la Salud poblacional***

Las prácticas de cuidado de la salud y la población no son nociones ni acciones que emerjan en la época moderna. La búsqueda de explicaciones de la enfermedad y elementos que la eviten o promuevan el mantenimiento o mejora de la salud se remontan a la antigüedad.

En la antigua Grecia se veneraba a Esculapio, dios de la salud, cuyas dos hijas podrían representar la distinción entre lo que actualmente podríamos denominar la asistencia y la salud pública. Una de ellas, la diosa de la curación (Panacea), era la encargada de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos y la otra, Hygea<sup>29</sup> la diosa de la salud, se relacionaba con el arte de estar sano, entendido como la moderación en el vivir<sup>30</sup> (Restrepo y Málaga, 2001).

Por lo que se refiere a la medicina romana (4000 A. C a Siglo V), explicaba la enfermedad por causa de los dioses y por factores vinculados con el ambiente y los estilos de vida de la población. Entre los factores más destacados para explicar la presencia de enfermedades, se remitía al cambio climático, a las irregularidades en las conductas dietéticas y a la higiene. Asimismo, la sociedad romana antigua realizó grandes obras de gestión del agua que tuvieron un gran impacto en la salud poblacional, como fueron la creación de acueductos que incorporaban agua de diferentes fuentes lejanas al Tíber, la construcción de cañerías, desagües y baños públicos (Restrepo y Málaga, 2001).

Los discursos presentes en las sociedades sobre la vida y la moral han ido configurando ideas específicas sobre el “estar sano o estar enfermo”. A partir de ellos se han identificado causas, responsabilidades y soluciones vinculadas a las construcciones específicas que cada grupo social ha realizado sobre el problema de la Salud. Por ejemplo, en la Edad Media (siglo V al XV), en el mundo árabe la salud era el resultado del equilibrio (y la enfermedad del desequilibrio) entre la atmósfera, la dieta, el descanso y el trabajo, y las reacciones emocionales. Sirvan como referencia los escritos de algunos “médicos” islámicos (Schippers, 1987, en Rodríguez Ocaña y Martínez

<sup>29</sup> Su nombre da origen al término higiene.

<sup>30</sup> En Grecia, el concepto de cuidado de la salud y de cultivo del cuerpo y del alma se dirigía a la población aristocrática, mientras que la población esclava carecía de acceso a la información sobre las pautas de culto al cuerpo.

Navarro, 2009) que bajo el concepto de regímenes para la salud, intentaban evitar enfermedades de las clases sociales más altas mediante sugerencias de tipo dietético, algunas de las cuales pasaron a ser regularizadas en la vida de la población general.

En Europa, también en la Edad Media, con el dominio de la religión cristiana, las explicaciones sobrenaturales vinculadas con Dios guiaron las ideas sobre la salud y la enfermedad (Schippers, 1987, en Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009). Así, con la hegemonía del discurso religioso, se divinizaba la salud y se vinculaban las enfermedades con el castigo de los dioses o pérdida del alma.

Con la entrada a la Época Moderna (XV a XVIII) se produjo un cambio contextual: la inquisición perdió fuerza y se produjeron modificaciones en la forma de pensar la enfermedad. En ese momento se priorizó la búsqueda y la actuación sobre causas materiales de las enfermedades. Barona (1993) apunta que fue en esta época, de búsqueda de verdades claras y distintas a partir de la razón, en la que Sydenham (1624-1689), basándose en la lógica del empirismo racional, estableció un sistema de clasificación de las enfermedades como especies morbosas. En efecto, prescindiendo de presupuestos situados más allá de lo que la propia razón podía explicar, Sydenham trató de reconstruir las entidades morbosas a partir de la observación clínica del proceso de la enfermedad (desde sus primeros síntomas hasta su desenlace) y propuso la identificación de síntomas centrales-principales (propios de la enfermedad y presentes en todos los casos de la patología y, por tanto, útiles para definirla) y síntomas colaterales-secundarios o accidentales, dependientes de las circunstancias concretas de la persona, de su situación y del tratamiento (Espinosa Brito, 2009).

A partir de esta concepción se han derivado dos conceptos claves para el entendimiento actual de la salud y la enfermedad: el concepto de la enfermedad como especie morbosa y la historia natural de la enfermedad (Espinosa Brito, 2009).

### ***2.2.2. La Salud Pública entre finales del Siglo XVIII y el Siglo XIX***

Si bien los orígenes de la Salud Pública se vinculan a la presencia de los primeros asentamientos estables de colectividades humanas (Repullo Labrador y Segura Benedicto, 2006), en la época de la Ilustración, con el progreso de las ideologías económicas del Mercantilismo y del Cameralismo (que apoyan el fortalecimiento del poder del Estado en el manejo de la economía y política), se comenzó a considerar a la población europea como bien de Estado (Rodríguez Ocaña, 1992). Esta consideración

dio lugar, entre otras cosas, al surgimiento de la política médica como medida para mejorar salud de la población.

La medicina como intervención, desarrollada en paralelo al capitalismo y cuyas raíces se sitúan en el siglo XVIII, es una medicina social (Foucault, 1977), dado que se fundamenta en el gobierno del cuerpo o conjunto de la sociedad. En el desarrollo de la medicina en el siglo XVIII se pueden identificar cuatro grandes procesos que permiten su caracterización (Foucault, 1976):

- Autoridad médica: quien poseyese el saber médico tenía la legitimidad para actuar a nivel comunitario, institucional y reglamentario.
- Aparición de la salud como campo de intervención: se trascendía la acción sobre la enfermedad, lo que hizo que diversos espacios y momentos de la vida de la persona, ajenos a la patología, fuesen susceptibles de la acción médica (urbanismo, saneamiento del agua, contaminación atmosférica, etc).
- Introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva: anteriormente, el hospital era una institución que asistía a la población pobre en el proceso de la muerte.
- Despliegue de mecanismos de administración médica: se empezaron a elaborar estadísticas y registros de datos de salud.

Entre finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, bajo la tutela del desarrollo del capitalismo, se fue desarrollando un primer objeto de intervención sobre la vida: el cuerpo, en la medida en que su estado y su mejora repercute en la fuerza productiva. El cuerpo se vuelve objeto de gobierno, una realidad biopolítica y la medicina se convierte en su estrategia (Foucault, 1976).

*“El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica”. (Foucault, 1977. Pág. 5)*

### **2.2.2.1. Trayectorias de la medicina social**

El desarrollo de la medicina social tal cual la conocemos no es lineal ni homogéneo. Por el contrario, a lo largo de los siglos XVIII y XIX se fueron desarrollando diferentes trayectorias de sentidos y relaciones entre la medicina y el gobierno del cuerpo social.

Diferentes escenarios permiten comprender la configuración del actual sistema de gobierno del cuerpo bajo el paradigma de la salud-enfermedad poblacional. Foucault (1977) identificó tres trayectorias de la medicina social: la medicina del Estado (Alemania, inicios del siglo XVIII), la medicina urbana (Francia, fines del siglo XVIII) y la medicina de la fuerza laboral (Inglaterra, siglo XIX).

a) La trayectoria de la medicina del Estado

En el marco del despliegue del Mercantilismo y Cameralismo en Europa, la población se volvió un objeto de interés para el Estado. No obstante, si bien a inicios del siglo XVIII en países como Francia e Inglaterra el interés se centraba en obtener datos de recuento poblacional, como la natalidad y mortalidad, en Alemania se inició un proceso en el que la práctica médica buscó trascender la producción de registros sobre la población y se orientó a intervenir sobre ella para mejorar salud, dando origen a una tipología específica de medicina social: la policía médica (Foucault, 1977).

La policía médica constituye una tecnología de gobierno basada en el saber médico que sitúa al Estado como gran responsable de la salud poblacional “*Burocratizada, colectivizada y estatalizada*” (Foucault, 1977 Pág. 10). Esta medicina del Estado no se orientaba al cuerpo social como fuerza productiva, sino que se interesaba en él como fuerza del Estado. Es decir, como masa colectiva que proporciona recursos económicos y también políticos al gobierno frente a otros países (por ejemplo, en caso de guerras).

La policía médica se caracterizaba por ejercer las siguientes funciones (Foucault, 1977):

- El desarrollo de un sistema complejo de observación de la enfermedad a partir de la información proporcionada por los profesionales médicos, los centros asistenciales (hospitales) y el registro del Estado sobre datos epidemiológicos y endémicos.
- La normalización de la enseñanza médica por parte del Estado mediante la apertura de universidades.
- El control administrativo y centralizado de la actividad médica con el despliegue de oficinas orientadas a aglutinar la información que proporcionaban los médicos, y controlar los procesos diagnósticos y los tratamientos administrados.
- La formación de un cuerpo médico estatal que asumiese responsabilidades en una organización piramidal, desde profesionales que trabajaban en niveles centrales hasta profesionales que trabajaban en el territorio.

Una figura reconocida en el ámbito de la llamada policía médica alemana fue J. P. Frank (1745-1821), quien defendió la vinculación de la medicina y la salud mediante propuestas de prevención de enfermedades y atribuyó al Estado la responsabilidad de garantizar las condiciones de salubridad de la población (Medina De la Garza y Koschwitz, 2011). Particularmente, resaltó la estrecha relación entre la salud y las condiciones sociales. En este sentido, se puede afirmar que J. P. Frank fue un pionero en llamar la atención sobre lo que actualmente se analiza como los determinantes sociales en la salud, en especial en relación con la clase social, al establecer la pobreza como principal causante de enfermedad.

*“el hambre y la enfermedad están pintadas sobre la frente de toda la clase trabajadora. Se las reconoce a primera vista. Y quienquiera que las haya observado, no llamará a ninguna de esas personas un hombre libre. Esta expresión ha perdido significado. (...) con el cuerpo enflaquecido, bajo los ardientes rayos del sol, él que ara la tierra que no es suya y cultiva una vida de cuyos beneficios sólo él quedará excluido. Sus brazos caen, su lengua reseca se le pega al paladar, el hambre lo consume”. (Frank, en Sigerist, 2006. Pág. 271-272)*

En este marco, su obra *Sistema de Política Médica Integral* es un referente del modelo de la medicina del Estado<sup>31</sup>. En ella, J. P. Frank, puso especial énfasis en la responsabilidad de este en el fomento del bienestar y de la prevención de la enfermedad de la población, dando especial relevancia a las condiciones de vida necesarias para que las personas puedan desarrollarse saludablemente.

*“Debemos fomentar el bienestar de la población a través de medios que hagan posible a las personas gozar, jubilosamente y durante largos períodos, de las ventajas que la vida social puede ofrecerles; y sin sufrir injustificadamente las vicisitudes y los altibajos que la vida social, por fuerza, los expone tan pronto deciden domesticar el salvajismo de la naturaleza” (Frank, en Sigerist, 2006. Pág. 272).*

## b) La trayectoria de la medicina urbana

En Francia, el despliegue de la medicina social se produjo con la urbanización a finales del siglo XVIII. En un contexto social donde la ciudad se convirtió en el centro de las relaciones de comercio, la clase obrera fue constituida como una masa homogénea

---

<sup>31</sup> Sus trabajos son considerados un punto de inflexión que situó la Salud Pública como un saber con entidad propia (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009). Estos abarcaron un amplio abanico de temáticas, todas ellas orientadas a estudiar la prevención de las enfermedades y a promover el bienestar a lo largo del desarrollo de las personas en su entorno físico y social, desde su nacimiento hasta su defunción. También trató temas propios de la Salud Pública actual, como la salud reproductiva (el casamiento, la reproducción, el embarazo y el parto), la salud sexual (prostitución, enfermedades venéreas, aborto y orfanatos), los hábitos (nutrición, control alimentario, vestimenta y vivienda), los accidentes y delitos (actualmente medicina forense) y la muerte (como proceso final de la vida) (Sigerist, 2006).



pobre (antes representada por una gran diversidad de colectivos) en contraposición con la clase acomodada. Fue así que la ciudad se convirtió en un foco de temores a los talleres y las fábricas, al hacinamiento, a las epidemias, a las cloacas, a las alturas de sus edificios, etc. (Foucault, 1977).

Una estrategia para abordar los miedos a la ciudad fue el despliegue de la medicina urbana, que se caracterizaba por tres componentes principales: (a) el análisis del espacio urbano que podría generar enfermedades, lo que llevó a excluir de las ciudades distintos focos de enfermedad (como los cementerios y los mataderos) instalándolos en las afueras después de una valoración de los expertos; (b) el control de los factores ambientales mediante reformas del espacio para mejorar la circulación aire y el agua (considerados unos de los principales focos de enfermedad) y; (c) la organización de las fuentes de distribución de servicios (bombas de agua, fuentes de consumo, espacios de lavado, etc.). En este sentido, la medicina urbana no fue una medicina del cuerpo (Foucault, 1977) sino de las condiciones ambientales a la que se enfrenta la población (aire, agua, sol, suelo, etc.).

El despliegue de la medicina urbana (Foucault, 1977) permitió que el discurso médico se integrase en el discurso científico y se estableciesen vínculos entre la profesión médica y otros ámbitos de saber científico (como la química en la realización de análisis y de consejos para la recolocación de cementerios y mataderos).

Otro aspecto especialmente importante de la medicina urbana fue que con ella surgió, en los inicios de la Revolución Francesa (siglo XIX), la noción de salubridad. Esta era entendida como el marco ambiental, material y social que proporciona las condiciones para que la población se desarrolle lo más saludablemente posible. Asimismo, también durante la Revolución Francesa se desarrolló la higiene pública, entendida como la tecnología que permite controlar y cambiar los factores ambientales, materiales y sociales del medio que puedan mejorar o empeorar la salud de las personas.

*“Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas del medio por cuanto afectan a la salud; la higiene pública es el control político – científico de este medio” (Foucault, 1977 Pág. 18)*

Como resultado del desarrollo de la higiene pública, el gobierno asumió la responsabilidad sobre la salud poblacional y abrió escuelas de salud. Estas escuelas introdujeron la higiene pública como materia de estudio (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009), normalizando la disciplina en el saber médico. Con todo, su despliegue continuó centrándose en el control de los factores ambientales (agua, aire y sol).

Este enfoque ambientalista fue especialmente influyente en España donde las corrientes higienistas, mediante el control del medio, propiciaron la toma de medidas de saneamiento de la ciudad, se construyeron alcantarillados, se aumentó la limpieza de las calles, se instaló la iluminación, se reguló la altura de las viviendas, se reubicaron lejos de la ciudad los cementerios, las prisiones, los hospitales y los mataderos (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009).

Resulta oportuno detenerse, aunque sea sucintamente, en las corrientes higienistas. Estas se constituyen como resultado de la emergencia de la política médica (González Leandri, 1999) en el contexto del desarrollo de las ciudades y, más en concreto, en el campo de la medicina social urbana. El higienismo se fue extendiendo durante el siglo XIX como una perspectiva conformada por múltiples miradas que tenían en común el despliegue de la Salud Pública (Urteaga, 1985-1986). No obstante, aunque el origen de la higiene pública esté conectado con el control del medio y la materia (Foucault, 1977), los principios de la medicina social (preocupada por las condiciones sociales y representada, entre otros, por autores como Frank) forman un itinerario diferente de la higiene pública orientada a la vida social. En este sentido, aunque el enfoque ambiental del medio y la materia adquiriera un especial interés (particularmente el agua, el sol, el aire) a través del control de las cloacas, de las edificaciones, de las fuentes de distribución de servicios, de los flujos de aire, etc., los factores sociales se añaden como componentes que pueden influir en la salubridad del entorno y van teniendo protagonismo en la planificación y en el desarrollo de las políticas públicas de salud. Es por ello que algunas enfermedades se volvieron enfermedades sociales; es decir, producidas por las malas condiciones de la vivienda, las condiciones de trabajo, etc. (Urteaga, 1985-1986).

Fue de esta manera que la medicina social se convirtió en una herramienta de saber y de gobierno para controlar el ambiente, pero que también actúa sobre las condiciones sociales (en especial de la reproducción) y sobre la moral (por ejemplo, mediante el desarrollo de intervenciones orientadas al control de la prostitución, y de las enfermedades de transmisión sexual) (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009). Poco a poco, la mirada de la medicina en las políticas sociales fue haciéndose presente todos los espacios de la vida de las personas (la alimentación, las relaciones interpersonales, la vivienda, el cuidado de los hijos y de las hijas, la maternidad, la higiene, etc.) convirtiéndose en áreas de intervención indiscutible sobre la salud.

Finalmente, la medicina de la fuerza laboral, como se verá en el próximo apartado, adquirió especial relevancia por tres razones. En primer lugar, porque proporcionó las claves de lo que actualmente se entiende como vigilancia epidemiológica. En segundo

lugar, porque estableció sistemas de salud a partir de la conceptualización de servicios básicos (y otros accesorios) necesarios para garantizar la salud global. Y, en tercer lugar, porque concibió la acción sobre la población vulnerable como estrategia de cuidado de las clases sociales adineradas y, especialmente, porque sirvió como tecnología de gobierno para la reproducción y mejoramiento del sistema capitalista; tarea que se extendió y especializó a lo largo de los años en las sociedades liberales y neoliberales.

En este sentido, con la aparición del entendimiento de la población como masa productiva, la higiene asumió la mejora de la fuerza de trabajo como parte de su propio discurso. De esta manera, la higiene pública en el siglo XIX se orientó, por una parte, a reducir el impacto negativo del proceso de industrialización en la salud de la población y, por otra parte, a fomentar un desarrollo positivo en aras de generar cuerpos y personas útiles, revalorizando la vida como capital humano, indispensable para el desarrollo social (Nari, 2004, en Scharagrodsky, 2011).

#### c) La trayectoria de la medicina de la fuerza laboral

Foucault (1977) describió una tercera trayectoria de la medicina social, desarrollada en Inglaterra a finales del siglo XVIII, “*la medicina de los pobres, de la fuerza laboral*” (Foucault, 1977). Hasta esa fecha, la población pobre no era considerada un problema sanitario, principalmente porque este colectivo tenía una función indispensable para garantizar el funcionamiento de la ciudad (recogida de residuos, reparto de correo, transporte de agua, intercambio de productos usados, etc.). Sin embargo, a lo largo del transcurso del siglo XIX se produjeron una serie de acontecimientos que convirtieron a la población pobre en foco de problematización: (a) las revueltas políticas, en las que la población pobre era fuente de conflicto; (b) el reemplazo de los servicios que la población pobre proporcionaba por locales o instancias reguladas (como, por ejemplo, la oficina de correos) y, finalmente, (c) las diversas epidemias de cólera en Europa. Como consecuencia de los temores políticos y sanitarios hacia la población pobre, el entorno urbano fue dividido entre espacios para ricos y espacios para pobres.

En este marco, el primer elemento clave en el desarrollo de la medicina social como medicina de la fuerza laboral fue la Ley de los pobres de 1834, una normativa que otorgaba cobertura sanitaria, de obligado cumplimiento, a la población pobre (Foucault, 1977). Esta Ley tenía una doble intención: por una parte, otorgar a los pobres asistencia médica (de imposible acceso sin este reconocimiento legal), que contribuía a mejorar su estado de salud y, por otra, proteger a la población rica de las

epidemias, cuyos orígenes provenían de la población que vivía en condiciones precarias.

Posteriormente, en 1875, se creó el servicio de salud como complemento a la Ley de los pobres. Este servicio no se dirigía únicamente a una población en estado de privación social y económica, sino que también ofrecía servicios de salud a toda la población, aunque tenía como principal objetivo el control de la salud de la población pobre. Sus funciones eran principalmente tres (Foucault, 1977): (a) la vacunación de la población, (b) el establecimiento de un sistema organizado de registro de epidemias, también de probables enfermedades y de declaración obligatoria de enfermedades peligrosas y (c) la identificación y planificación de actuaciones sobre focos que pudiesen generar epidemias .

Como resultado, tanto los servicios de salud como la Ley del pobre configuraron un sistema de gobierno del cuerpo en nombre de la Salud que permitía proporcionar asistencia médica a la población más necesitada, garantizar la fuerza productiva (controlando, protegiendo y tratando a los cuerpos de los sujetos entendidos como fuerza de trabajo) y proteger a la población adinerada de posibles riesgos generales para la salud (especialmente, aquellos que podrían ser originados por la población pobre). Este sistema de medicina permitió la coexistencia de tres sistemas de salud que se han ido manteniendo a lo largo del desarrollo de las sociedades capitalistas: uno dirigido a los pobres, otro orientado a resolver problemas generales de Salud y una medicina privada accesible a los grupos privilegiados (Foucault, 1977).

#### **2.2.2.2. La evidencia científica como piedra de toque de la Salud Pública**

Durante el transcurso del siglo XIX la importancia dada a las políticas de salud desembocó en el desarrollo de diversas técnicas de investigación e intervención sobre la salud poblacional (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009). Entre ellas destaca el inicio de la estadística demográfica y sanitaria y la incorporación de las ingenierías de saneamiento.

En este período J. Snow se convirtió en una figura destacada dado que, en el estudio e intervención sobre la epidemia de cólera producida en Inglaterra (Cerdeja y Valdivia, 2007), estableció una dinámica de investigación que se volvió una referencia para el desarrollo de la epidemiología moderna y el diseño de políticas de saneamiento. En

especial, son destacables dos estudios: (a) el realizado en la tercera epidemia de cólera<sup>32</sup> en 1853 y (b) el estudio sobre la transmisión de cólera a partir de la bomba de agua en Broad Street, en el cual realizó un trabajo de campo (accediendo a cada registro de defunción y haciendo consultas en el territorio sobre la fuente de consumo) y relacionó las defunciones con el consumo de agua de una fuente contaminada<sup>33</sup>.

Asimismo, en el siglo XIX, hicieron también su aparición los estudios químicos de laboratorios (que implicaron una visión experimental de la higiene pública) y en el año 1880 irrumpió la Bacteriología (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009). Esta última dio un vuelco a los trabajos de Salud Pública porque situó en los microorganismos la “verdadera” causa de las enfermedades (se empezó a desinfectar el agua con cloro, se crearon las vacunas, etc).

En el último tercio del siglo XIX, en el marco del auge de la política individualista y liberal que critica la intervención directa del Estado, toma especial relevancia el discurso de la Bacteriología y la Inmunología, creándose una base teórica y metodológica en el estudio sanitario que se centra en el laboratorio y refuerza la visión científico-biológica de Salud Pública frente a la social. En este contexto, se desplaza la atención del medio hacia la persona como individuo, potenciando la creación de la medicina preventiva (propia de la prevención primaria y secundaria en la consulta médica particular). No obstante, aunque los discursos ambientalistas continúan su desarrollo, la hegemonía liberal limita su alcance en el diseño de políticas de salud.

Las corrientes higienistas centradas en las condiciones sociales y ambientales, como ya he mencionado, pierden de este modo parte de su fuerza, adquiriendo mayor atención los postulados científico-naturales del estudio y del control de enfermedades infecciosas. Con todo, el enfoque de laboratorio en la salud (en el tratamiento de las causas bacterianas e inmunológicas de la enfermedad) legitima la Salud Pública como

---

<sup>32</sup> En la segunda epidemia de cólera de Londres (1848-1849), Snow observó la alta mortalidad (en términos absolutos y tasas) en la zona sur en relación con el resto de la ciudad. Asimismo, observó que los habitantes del sur de la ciudad bebían agua con elevados niveles de contaminación Támesis abajo, mientras que las y los habitantes de otras zonas de Londres la bebían de áreas menos contaminadas. A partir de estas observaciones llegó a la conclusión de que el agua contaminada con “materia mórbida” era la causante de la enfermedad. No obstante, la hipótesis no fue aceptada por la comunidad científica (Cerdeira y Valdivia, 2007).

En la tercera epidemia de cólera (1853) Snow aplicó un diseño científico y comparó la actuación de dos compañías abastecedoras de agua: una de ellas recogía agua de zonas no contaminadas y la otra con contaminación. Mediante la comparación entre las tasas de mortalidad de los hogares abastecidos con una u otra compañía, Snow pudo demostrar la relación entre el consumo de agua según fuentes contaminadas o no contaminadas y el desarrollo de la enfermedad. Esta conclusión desembocó en la adopción de políticas de saneamiento del agua.

<sup>33</sup> Este tipo de estudio de campo es similar a los actualmente realizados en materia de vigilancia epidemiológica cuando se detecta un brote de enfermedad microbacteriana.

área de saber especializado dentro de la medicina (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009).

En el auge de los discursos científico-naturales surgieron postulados como los de R. Koch (descubridor de la microbacteria de la tuberculosis) que marcó un hito en el estudio de las enfermedades de origen microbiológico. Su planteamiento, aunque posteriormente adquirió matices y fue reformulado, marcó una lógica de pensamiento en la Salud Pública orientado a la epidemiología de las enfermedades de origen bacteriano. En 1882 se basó en la idea de causa única y suficiente de las enfermedades<sup>34</sup> y afirmó que, para determinar su origen, se debe encontrar un agente causal específico para la enfermedad (no encontrarse en otra). Este agente se tiene que manipular en el laboratorio (aislarlo, cultivarlo, inocularlo a un animal y este enfermar y poder ser nuevamente aislado) para demostrar su relación causal con la enfermedad (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras Pelayo, 1992).

Paralelamente, se desarrollaron corrientes con base en las ciencias sociales (estadística y eugenesia) que, a pesar de situarse dentro de la política y pensamiento liberales, rechazaban el estudio de las enfermedades únicamente en los laboratorios y proponían la multicausalidad (factores sociales, económicos, biológicos, etc) de las enfermedades. Estas corrientes promovían estudios estadísticos, encuestas masivas de la población y el uso de técnicas de intervención social.

Todos estos movimientos, aunque comparten su oposición a la reducción bacteriológica de las enfermedades, son muy heterogéneos en cuanto a sus saberes,. Es por ello que se pueden identificar desde propuestas como la ingeniería social, que prioriza la selección de factores positivos de la especie humana para potenciar su subsistencia y, por tanto, la creencia de que existen de personas *de mayor o menor calidad*, pasando por el refuerzo de las corrientes higienistas que habían perdido su fuerza y también por la promoción de una cultura de las salud como derecho y deber de cada sujeto (Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009)

---

<sup>34</sup> Si bien aun se utiliza este modelo para la identificación de ciertas enfermedades bacterianas, la mayoría de las enfermedades se definen a partir de un modelo probabilístico, a partir de un modelo multicausal y complejo de la enfermedad (Gálvez Vargas y Rodríguez-Contreras Pelayo, 1992).

### **2.2.3. La Salud Pública desde el Siglo XX a la actualidad**

En el siglo XX nació la Salud Pública como una profesión claramente delimitada (Rodríguez Ocaña y Molero Mesa, 1993), surgida de la unión entre los posicionamientos biologists y los multicausales.

Fue también durante el siglo XX en que, por una parte, el estudio de la salud y de la enfermedad pasaron a ser el foco de atención y control sobre las prácticas de la población, especialmente mediante las intervenciones educativas, las propagandas en los medios de comunicación que tomaron especial relevancia. Particularmente, destacó el despliegue de campañas sanitarias de prevención de enfermedades denominadas “sociales”, en especial la tuberculosis, la mortalidad infantil y las enfermedades venéreas, enfocadas a grupos diana<sup>35</sup> y basadas en el diagnóstico precoz de la situación. Por otra parte, surgió la enfermería de Salud Pública y, con ella, la figura de la enfermera que realiza inspecciones en domicilios (Weinding, 2002 y 2005; Murard, 2005 en Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro, 2009).

En la segunda mitad del siglo XX, coincidiendo con el fin de las guerras mundiales, el centro de atención de la salud ya no eran las enfermedades infecciosas sino las enfermedades metabólicas y degenerativas (Rodríguez Ocaña, y Martínez Navarro, 2009). Además, tomó fuerza y complejidad conceptual el estudio estadístico aplicado a la salud, iniciado en el siglo anterior.

Este momento es fundamental para el entendimiento de la Salud Pública actual, puesto que se produce un cambio en la comprensión de la relación entre la salud y el sistema social. Hasta este momento, la intervención sobre la salud de las personas se dirigía a garantizar la vida política del sistema social mientras que, a partir de finales de la Segunda Guerra Mundial, esta relación se invirtió y la política asumió como meta crear y garantizar la salud de las personas. Es decir, se pasó, pues, de la idea de la salud de las personas para el sistema social al sistema social para la salud de las personas (Foucault, 1976).

Foucault, (1976) situó en 1942 el momento sociohistórico en el que, simbólicamente, se produjo el cambio de perspectiva en la relación entre el Estado y la Salud. Con el plan de Beverige se adjudicó explícitamente la responsabilidad al Estado para garantizar la salud de la población. Con este plan, la Salud entró en el campo de la macroeconomía, dado que salud, cuidado y protección sobre la enfermedad se volvieron condiciones que el Estado debía asegurar (por ejemplo, garantizar una cobertura sanitaria en caso de

---

<sup>35</sup> La captación de pacientes se realizaba mediante exámenes masivos de salud en escuelas, visitas en el domicilio, etc.

una enfermedad laboral). Asimismo, en el siglo XX se desplegó un amplio abanico de textos en relación con la Salud y con la responsabilidad personal y del entorno próximo para garantizarla. Fue en este marco que la Salud se volvió objeto de lucha política, en el que los diferentes partidos políticos de Europa occidental comenzaron a plantear discursos sobre la Salud y el rol del Estado para garantizarla.

El desarrollo de la medicina durante el siglo XX se caracterizó por (Foucault, 1976) un gran despliegue del saber médico asociado al conocimiento científico y a la eficacia. La consecuencia de ello es que los efectos negativos de la práctica médica también se asociaron al conocimiento producido, y no como anteriormente a la ignorancia.

Asimismo, la medicina se vinculó a un proceso de medicalización indefinida. Es decir, trascendió su campo tradicional de intervención (centrado en el tratamiento del cuerpo enfermo y en los síntomas o malestar) cuya demanda se originaba en la persona que lo sufría, dirigiéndose hacia un desarrollo de la medicina centrado en el despliegue de intervenciones sobre la salud, actuando como una autoridad con ausencia de demanda. Se asumió que, dado que garantizar la Salud es objeto de la medicina, todas las acciones justificadas por esta son susceptibles de la intervención médica.

Finalmente, se desplegó una mirada de la medicina centrada en la economía política: En el siglo XIX, a la medicina se le exigía producir efectos sobre la economía, en el sentido de que debía mantener, reproducir y perfeccionar la fuerza de trabajo para garantizar el funcionamiento de la sociedad. Sin embargo, a partir del siglo XX, la relación entre la economía y la medicina empezó a ser diferente. En efecto, la acción de la medicina no solo se orientó a producir y mejorar la fuerza de trabajo, sino que también se convirtió en sí misma en una fuente de riqueza, en la medida en que la salud se transformó en un bien de consumo<sup>36</sup>. En este sentido, se puede afirmar que la relación entre la salud y el mercado es doble: por una parte, la preservación de la salud (y la prevención de la enfermedad) garantizaba la fuerza de producción de bienes y servicios, generando riquezas que redundan en el desarrollo del sistema neoliberal y, por otra parte, la salud se convirtió en un objeto de deseo y consumo.

Así mismo, con el control por las potencias económicas mundiales del flujo migratorio y comercial, la Salud Pública fue trascendiendo las fronteras nacionales y surgieron instituciones como la Oficina Sanitaria Panamericana (Estados Unidos, 1902), la Oficina internacional de Higiene Pública (Francia, 1907) y la Organización Mundial de la Salud (1948).

---

<sup>36</sup> La cualidad como bien de consumo de la medicina fue y es un deseo para algunas/os (quienes pretenden alcanzar unos niveles de salud o prevenir enfermedades) y una fuente de lucro para otras/os (farmacéuticas, centros médicos, centros de deporte, etc.).



En este contexto surgió la definición de la Salud Pública que sirvió como base a las definiciones actuales. Concretamente, C. Wilson, en 1920, definió la Salud Pública como *“el arte y la ciencia de prevenir dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad”* (Rojo Pérez, y García González, 2000 Pág. 92). Tal fue la aceptación de esta definición que en 1953 la Organización Mundial de la Salud adoptó estas palabras para definir su concepto de Salud Pública.

Desde los años veinte hasta el año 2000, los indicadores de mortalidad fueron elementos muy utilizados en el diseño de estrategias en Salud Pública debido a que, la reducción de la mortalidad y la consecuente búsqueda de causas y grupos de riesgo, se convirtieron en claros objetivos durante este período. En relación con ello, Aldereguía Henriques (s/f) afirma que la utilización de indicadores de mortalidad produjo un cambio sustancial y positivo en la eficacia de la planificación en Salud Pública ya que, además de permitir mejorar la salud de la población, la planificación por objetivos promovió el establecimiento de estrategias concretas de delimitación de recursos y de priorización de campos y de colectivos de actuación.

En 1986 se elaboró la Carta de Ottawa, que marcó un punto de inflexión en relación con las actuaciones en Salud Pública, ya que destacó la Promoción de la Salud como estrategia interventiva que pretende que los diversos colectivos se impliquen en sus propios procesos de salud, identificando y modificando hábitos perjudiciales y fomentando la adopción de hábitos saludables. Con ella ganó fuerza la idea de multiplicidad y de interrelación de elementos presentes en la determinación de la salud de la población de la que derivan las definiciones de Salud Pública asumidas por organismos de gran relevancia como la OMS. Además, también tuvo como consecuencia redefinir la Salud como un saber y una práctica en la que convergen e interaccionan diversas disciplinas. Es en gran medida debido a ello que, en la actualidad, la Salud Pública es definida como un saber interdisciplinar que abarca diversos ámbitos del conocimiento sobre condiciones y prácticas situadas en momentos y lugares concretos<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Esta es la razón de que, en la intervención de la mayoría de los problemas de Salud Pública, se apliquen saberes multidisciplinares en un contexto local sobre una población para transformar las condiciones que

### 2.2.3.1 **Más sujetos, menos sociedad**

Rodríguez Ocaña y Martínez Navarro (2009) afirman que las políticas liberales características de los estados occidentales y su representación simbólica de poderío tras la caída del muro de Berlín hicieron emerger una Salud Pública centrada en el sujeto, donde la defensa de una sociedad racional como elemento de organización colectiva y de equidad pierde su fuerza, para depositarse en un sujeto político individualizado<sup>38</sup>. No es de extrañar, entonces, que la noción de “grupos de riesgo” se vincule con la de “estilo de vida”, en la medida en que se atribuye a la responsabilidad personal del sujeto el mantenimiento de su salud y/o enfermedad. Tal posicionamiento marcó enormemente la forma de comprender la salud y la enfermedad en la concepción de la Salud Pública de la cultura occidental. En efecto, los valores liberales en salud dieron inicio a “*una etapa de más individuo y menos sociedad*” (Repullo Labrador y Segura Benedicto, 2006. Pág. 478), lo que se tradujo en que el protagonismo de la sociedad fue limitado en favor de las decisiones personales y en que el sistema sanitario se orientó a fomentar la responsabilización individual del/la paciente.

El sujeto de salud deja de ser un/a paciente pero, lejos de adquirir una autonomía reflexiva sobre su estado, se convierte en un “cliente”, dando lugar a una sobremedicación del malestar<sup>39</sup>. Se incorpora, pues, un constante consumo de salud en la vida cotidiana (alimentación funcional, análisis de salud, productos farmacéuticos para tratar factores de riesgo, etc.), al mismo tiempo que la especialización médica da

darían lugar a la pérdida de salud o de bienestar.

38 Aunque a nivel teórico las definiciones tradicionalmente aceptadas por las organizaciones oficiales de salud afirman que la salud *no es solo la ausencia de enfermedad o de malestar*, Granda, 2000 defiende que las intervenciones poblacionales suelen vincularse a una enfermedad. En la “lucha” contra el malestar, Granda (2000) distingue claramente la medicina clínica de la Salud Pública. La primera actúa sobre el cuerpo que ya está enfermo e interviene sobre las posibles causas que provocan el malestar, llegando así a disminuir o eliminar el desequilibrio que produce la enfermedad. La segunda, la Salud Pública occidental, la define como una “enfermología social”, como el tratamiento colectivo de las causas de enfermedades. Es decir, la Salud Pública no actúa directamente sobre el cuerpo enfermo sino que se sitúa fuera de él, en los factores sociales, relacionales, ambientales, etc. que podrían provocar enfermedades futuras a diferentes colectivos. Asimismo, el autor destaca la diferencia en cuanto a la temporalidad en la que la medicina clínica y la “enfermología social” actúan. La medicina clínica trabaja en un aquí y ahora, es próxima al sujeto y a su malestar. Por el contrario, la Salud Pública trabaja antes de que la enfermedad se produzca y los individuos de un colectivo se conviertan en pacientes.

El concepto de “enfermología social” en la Salud Pública (Granda, 2000) establece que el Estado es la entidad que gestiona el riesgo de tener alguna enfermedad y trata de prevenirlo. Es en base a esta premisa cómo el Estado (con intereses políticos, sociales, económicos e ideológicos), mediante la legitimidad de la razón científica, actúa sobre poblaciones de riesgo, previene, organiza servicios, etc.

39 Un sobredimensionamiento de la intervención sanitaria sobre el cuerpo y una invasión de todas las esferas vitales que pasan a ser enfocadas desde una óptica médica.

lugar a la traducción del sujeto en un conjunto de elementos comunes (organismos-objetos de análisis) a estudiar.

Es, en este sentido, que la política neoliberal (Repullo Labrador y Segura Benedicto, 2006) y la mirada objetivista en la Salud, hacen que la asistencia<sup>40</sup> sea el elemento prioritario para dirigir las actuaciones de mejora de la salud por parte de los poderes públicos.

Sin embargo, a finales de los años 90 se produjeron dos procesos de importancia para el despliegue de la Salud Pública actual: el desarrollo de nociones “positivas” de la Salud Pública y el cuestionamiento de la mirada asistencialista de la Salud.

En relación con el desarrollo de nociones “positivas” de la Salud Pública, a finales de la década de los 90 conceptos tales como felicidad, “*wellbeing*” y calidad de vida adquirieron importancia como dispositivos que guiaban las acciones de Salud Pública. La aparición de estas nociones se debió (Greco y Stenner, 2013):

- A la relevancia, legitimidad y capacidad de influencia que tuvieron en el discurso económico<sup>41</sup> al mostrarse conectadas con los cálculos de la economía (por ejemplo, la relación del bienestar con la producción en el empleo y en el consumo o la imbricación de la calidad de vida con la reducción de gastos en salud y en recursos sociales);
- Al surgimiento de la Psicología positiva como nuevo paradigma de influencia en la Psicología científica, cuya tesis principal afirma que el optimismo puede ser entrenado y que también pueden desarrollarse técnicas para acentuar aspectos positivos de la persona y eliminar los negativos;
- Al desarrollo de índices de felicidad como complemento a los índices únicamente económicos;
- A la expansión de regulaciones suaves (“*soft regulation*”) a nivel transnacional a través de entidades como la OMS que establecieron indicadores de bienestar y de calidad de vida para evaluar otros temas sociales;
- Al reemplazo del Estado de Bienestar por discursos y prácticas individuales, asociadas a conceptos como elección personal, autogestión y prevención;

<sup>40</sup> La asistencia tiene como principal propósito restaurar la salud y/o minorizar las consecuencias de la enfermedad, mientras que la Salud Pública tiene como objetivo promover y proteger la salud y vigilar posibles enfermedades o factores que puedan perturbarla.

<sup>41</sup> Inversamente, también se produjo esta influencia, como queda de manifiesto en la influencia que nociones económicas han tenido en la definición de dimensiones psicológicas como, por ejemplo, la noción de capital psicológico.

- Al énfasis depositado en la imagen positiva del tejido empresarial, al desarrollo de técnicas y estrategias para gestionar el bienestar y al vínculo del desarrollo corporativo con cualidades personales (como la resiliencia o el optimismo).

En relación con la mirada asistencialista de la Salud, en este período comenzó un cuestionamiento del modelo de Salud y se inició un debate sobre la efectividad de las políticas y de los sistemas sanitarios. Fue a partir de los resultados observados en las acciones de asistencia sanitaria que se desprendieron reflexiones que manifestaban que la mejora asistencial no se estaba traduciendo en una mejora de salud total de la población ni de forma equivalente a los esfuerzos y recursos utilizados. Manzanera, Villalbí, Navarro y Armengol (1996) señalaron: (a) que se mantenían o aumentaban las inequidades distributivas de la salud-enfermedad en la población a pesar del modelo universal de seguro sanitario; (b) que las mayores causas de enfermedad y mortalidad se podrían evitar con políticas públicas, y (c) que la existencia de problemas de sostenibilidad económica de recursos asistenciales. Estos elementos chocaban con la sociedad sobremedicada que exige el *consumo de salud* pero, sobre todo, llevó a plantear la necesidad de crear una mayor sostenibilidad del sistema de salud, priorizando la asignación de recursos, formando a profesionales, haciendo más eficaces las organizaciones y planteando la transversalidad y la intersectorialidad como elementos clave en las intervenciones sanitarias.

Es en base a ello que se abrió paso la alternativa de implementar un enfoque integrado que debía potenciar intervenciones de asistencia eficaces junto con la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad como valores importantes para el mantenimiento de la sociedad “saludable. Se propuso, pues, salir del ámbito asistencial y dirigirse hacia el espacio social, donde se encuentran las “ causas de las causas” de la salud y/o de la enfermedad de la población y se planteó la Salud Pública como un área clave para implicar al conjunto de la sociedad en su responsabilización sobre salud colectiva y la individual. En esta línea, autores como Repullo Labrador y Segura Benedicto (2006) proponen salir de la visión biológica de la salud para pensar sobre los aspectos sociales que la determinan:

*“La miopía dominante no permite verlo se piensa en el VIH como un virus pero no como una patología social; se piensa en la ola de calor como un fenómeno físico pero no en el problema social de los ancianos solitarios y vulnerables por causa del abandono familiar y social”*  
(Repullo Labrador y Segura Benedicto, 2006. Pág. 481)

Desde esta óptica, al modelo moderno de Salud basado en el conocimiento biomédico se le incorpora una fuerte dosis de un modelo social de la salud. Esta constituye la

respuesta a la decepción provocada por las *promesas de salud*, que no igualan los esfuerzos realizados sobre esta con una reducción de la enfermedad y una mejor de la calidad de vida de la población.

No obstante, los cambios propuestos en la concepción de salud parten del marco que emerge y mantiene las ideas propias del sistema neoliberal. Éste, como ya he mencionado reiteradamente, destaca las responsabilidades individuales del sujeto que actúa (dejando en un segundo plano la estructura social, económica y política que le implica), la relevancia del conocimiento experto (médico, social, epidemiológico y científico) como fuente de producción de verdades incuestionables<sup>42</sup> y el mercado y la economía como prisma a partir del cual se valoran las políticas públicas de Salud y sus consecuencias<sup>43</sup> (Repullo Labrador y Segura Benedicto, 2006).

42 El sistema moderno de saber (Lupon, 1998) sirve de base para construir los problemas en la Salud Pública y determinar sus soluciones. En este sentido, la priorización de actuaciones basadas en la evidencia científica para legitimar las acciones de salud, muestran la continuidad o la tradición moderna del saber experto-científico que interpela constantemente las prácticas en Salud Pública.

43 La economía proporciona un marco a partir del cual las actuaciones en Salud se producen y gestionan, con la finalidad de garantizar su sostenibilidad y generar sociedades saludables que reduzcan gastos y sujetos útiles como fuerza productiva y de consumo.

### **2.3. Los discursos sobre la Salud Pública a través de sus componentes**

Después del breve recorrido histórico por la Salud Pública occidental, en los próximos apartados presento cómo se define actualmente y qué elementos entran en juego en la construcción de los discursos sobre la Salud Pública. Abordo, en primer lugar, las diferentes conceptualizaciones de Salud habitualmente utilizadas, en segundo lugar, reviso la definición de la Salud Pública en complementariedad con la Asistencia en Salud, entendiendo que la suma de ambas cubre la totalidad de problemas de la Salud para el Estado y, finalmente, examino algunos de los discursos principales sobre la Salud Pública.

#### **2.3.1. La heterogeneidad en las definiciones de la Salud**

Existen diferentes definiciones relativas al concepto de salud. Con todo, más allá de la escrupulosidad conceptual, la aceptación de una definición determinada trasciende al marco puramente cognoscitivo. En efecto, cada enunciación sobre el sentido de la Salud, más allá de caracterizarla, tiene implicaciones en el diseño y en la ejecución de intervenciones sobre el cuerpo y la vida de las personas y supone también una delimitación de la incumbencia, del rol y de la responsabilidad de cada uno de los agentes e instituciones involucrados.

A lo largo de los siguientes apartados expondré algunas de las diferentes conceptualizaciones sobre la Salud. La sistematización que presento debe ser interpretada en base al énfasis que en cada definición es depositado en el enfoque mediante el cual concibe y orienta la intervención sobre la Salud.

##### **2.3.1.1. Las definiciones de la Salud en contraposición con el malestar**

Las definiciones que hacen una caracterización de la Salud en contraposición con el malestar son aquellas que la describen comparándola con la enfermedad, las alteraciones y el desajuste del cuerpo, de la mente y/o de las relaciones. El punto de apoyo de estas definiciones es el estado negativo que, por contraste, opera dotando de sentido a la salud. De este modo, la salud se acaba definiendo como el equilibrio de que dispone una persona y que le permite adaptarse y sobrevivir a las exigencias del medio,

en contraposición con el desequilibrio que supone sufrir una enfermedad o una dolencia; es decir, carecer de salud.

Como marco de estas definiciones destacan las corrientes biologicistas que conceptualizan la Salud como la ausencia de enfermedad clínicamente definida. El foco de su atención es el organismo y sus funciones biológicas, donde un desajuste desemboca en una enfermedad o sintomatología médicamente definida.

*“La salud es la ausencia de incapacidad o enfermedad (...) En otras palabras, alguien que no se sienta enfermo (...) no está afectado por ninguna patología médicamente definida (...) y que no está herido (...) está en buena salud” (Evans et al 1996. En Contandriopoulos, 2006. Pág. 89)*

Estas definiciones han sido criticadas por reducir la salud a los mecanismos adaptativos de base orgánica que, como consecuencia, invisibilizan los componentes sociales y ambientales que determinan el desarrollo de las enfermedades (Caponi, 1997).

Otras definiciones de la salud desde el malestar, aunque incluyen componentes sociales y ambientales, mantienen su visión adaptativa y suelen centrarse en la persona como sujeto que se ajusta, o no, al medio. Una persona con salud sería, pues, aquella que se encuentra en un estado de equilibrio, con ausencia de malestar, de sufrimiento o de invalidez que le permite responder a las exigencias del medio.

*“La salud consiste en la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo está razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad y de comportarse de tal manera que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal” (Blum, 1972, en Seth y Goldsmith, 1975. Pág. 213).*

*“La salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y sociales, por cumplir las funciones fundamentales que sólo pueden serlo por un proceso de adaptación” (Bonnievie, 1973, en Mestorino, 2007. Pág. 419).*

Las posturas que entienden la salud como la capacidad adaptativa de la persona a su ambiente, han sido criticadas por asociarla con el concepto de normalidad<sup>44</sup>. Esta crítica se apoya en la cualificación que se hace de la persona que se adapta al medio (funcionando coherentemente y con arreglo a sus normas) como persona con buena salud (Caponi, 1997) y a quien se sale de la norma, como una persona enferma. En el

---

<sup>44</sup> Recurrir al concepto de normalidad para definir la Salud ha sido criticado por su supeditación a las convenciones sociales históricamente situadas, que implican el acatamiento de formas de ser y hacer existentes. En congruencia con ello, atribuir la posesión de buena salud sería obedecer las normas del medio, consideración criticada por Canguilhem (1990) al definir la salud como abertura al medio.

momento en que se asocia la normalidad con la salud y la anormalidad con la enfermedad, estas últimas se vuelven objeto de intervención.

Finalmente, las conceptualizaciones de la Salud como ausencia de enfermedad han sido criticadas por su visión reduccionista ya que, al centrar la definición de la salud en la ausencia de enfermedad, limitan el alcance de las intervenciones en Salud a prevenir o curar dolencias.

### **2.3.1.2. Las definiciones de la Salud desde los conceptos ampliados**

Los conceptos ampliados de la Salud surgen como respuesta a las críticas de la concepción de la Salud entendida como ausencia de enfermedad. Defienden la pertinencia de definir a la salud como un estado que va más allá de la ausencia de malestar. Se pueden destacar dos definiciones esenciales: las que definen la Salud agregando el componente de bienestar y las que destacan al componente colectivo de la Salud y la conciben como valor social (Caponi, 1997).

*Las definiciones de Salud desde el bienestar* son comúnmente aceptadas desde los discursos hegemónicos de la Salud. Estas definiciones agregan a la mirada sobre la Salud como ausencia de sufrimiento y/o enfermedad una cara positiva: el bienestar. La definición de la OMS es un ejemplo de este planteamiento:

[La salud] *“es el estado completo de bienestar físico, mental y social, no consiste solamente en la ausencia de enfermedad”* (OMS, 2006. Pág. 1).

Las perspectivas más objetivistas critican la utilización del concepto de bienestar, remarcando la imposibilidad de determinar objetivamente su significado al considerarlo subjetivo y cambiante. No obstante, tal y como Caponi (1997) contraargumenta, el concepto de Salud no se puede liberar de la subjetividad en ningún momento dado que, hasta en las perspectivas que reducen la Salud a la falta de enfermedad desde una mirada biologicista, necesitan recurrir al síntoma para acceder a ella.

Con todo, a pesar de no cuestionar la subjetividad asociada al bienestar, las perspectivas críticas presentan objeciones al concepto de bienestar en dos sentidos:

El primer sentido se refiere a que puede ser utilizado para *“legitimar estrategias de control y expulsión de todo aquello que consideramos como indeseado o peligroso”* (Caponi, 1997. Pág. 299). Es decir, el concepto de bienestar, entendido como un valor con dimensiones psíquicas, físicas y sociales, se estabilizó en un momento social e



histórico determinado. Esta estabilización atribuyó al concepto aquello que socialmente está aceptado como esperable y positivo, mientras que no ser saludable se volvió su contrario, un dis-valor, algo indeseado y peligroso. El dis-valor del bienestar se convirtió en objeto de intervención justificada en que la acción tiene como meta la consecución de resultados positivos para quienes son intervenidos/as. Dicho en breve, no se trata de proteger a los otros/las otras de las y los sujetos riesgosos, sino que se trata de actuar sobre estos para que se recuperen (*objetivo altruista*).

El segundo sentido alude a que el concepto de bienestar puede ser peligroso (Caponi, 1997), puesto que constituye como no deseados elementos que forman parte de las vivencias cotidianas de las personas. A pesar de ello, el concepto de Salud debe poder integrar el riesgo, las infidelidades y el malestar como elementos propios de la vida de las personas:

*“bienestar parece suponer una existencia sin angustias, sin considerar que forman parte de la propia historia de cada ser humano pudiendo resultar mucho más estimulante que la absoluta carencia de desafíos”  
(Caponi, 1997. Pág. 299)*

Las definiciones de la *salud como valor social* destacan el vínculo entre la salud y la sociedad, entendiendo la primera como recurso y como el resultado de las relaciones y estructuras sociales.

*“La salud de la población es, por naturaleza, un recurso necesario, si no suficiente, para el funcionamiento y el desarrollo de toda sociedad”  
(Alto comité de Salud Pública de Francia 1994 En Contandriopoulos, 2006. Pág. 89)*

*“En sentido amplio la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, ocupación, ocio, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es principalmente el resultado de las formas de organización social, de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida”  
(VII conferencia de salud, Fase publicaciones, 1987 en Caponi, 1997. Pág. 302)*

Como crítica a la visión de la Salud como valor social, Nacimiento (1992, en Caponi, 1997) sostiene que, al centrar la definición de Salud únicamente en la dimensión de los condicionantes sociales y económicos, las intervenciones sobre ella perderían sus especificidades biológicas y/o psíquicas para hacer del sistema social y económico los únicos elementos necesarios de intervención y dejando excluida cualquier enfermedad que no sea el resultado de desigualdades socioeconómicas.

Otro límite de los conceptos ampliados de la salud (tanto de la salud como valor social como de la salud desde el bienestar) se atribuye a que, desde estas perspectivas, todos los espacios y momentos de la existencia pueden ser susceptibles de intervención por las políticas de salud (medicalizables). Dicho sintéticamente, puesto que todos ellos pueden ser pensados sobre el continuo salud-enfermedad, el saber y la intervención de las ciencias médicas pueden extenderse hasta espacios como la felicidad.

*"La salud la crea y la vive la gente dentro de los ambientes de su vida cotidiana; donde aprenden, trabajan, juegan y aman. La salud se crea cuidando de uno mismo y de los demás, siendo capaces de tomar decisiones y de ejercer control sobre las propias circunstancias vitales, y garantizando que la sociedad en que uno vive cree las condiciones que permitan "* (Carta de Ottawa 1986 en Organización Mundial de la Salud, 2001. Pág. 21-22)

Asimismo, colocar la Salud en el centro de todas las cuestiones de la vida de las persona puede invisibilizar o desprestigiar otras reclamaciones donde la salud no sea el tema principal (Caponi, 1997).

### **2.3.1.3. Las definiciones de la Salud en sus alternativas a la concepción hegemónica**

Diversas autoras y autores plantean nociones alternativas a los conceptos de Salud que he revisado. Estas nociones están basadas en los planteamientos de Canguilhem y Foucault, cuyas perspectivas permiten interrogar los presupuestos de las ciencias médicas a nivel general, contextualizar su despliegue, introducir nuevas formas de pensar la Salud y reflexionar sobre sus implicaciones.

#### *a) La Salud como normatividad*

Canguilhem (1990) propuso una definición de la salud que se aleja de las nociones tradicionales que la conciben como ausencia de enfermedad, como función adaptativa o a través los conceptos ampliados de salud que he examinado.

Sitúa toda definición de la salud fuera del campo de la ciencia, argumentando que, cuando hablamos de la salud, hacemos referencia a aspectos subjetivos de la experiencia del cuerpo, como pueden ser el dolor y el placer y lo hacemos en primera persona. Por ello manifiesta que la Salud es un objeto ajeno al campo objetivo y que *no*

*hay ciencia de la salud*, ya que la salud no es un concepto científico sino un concepto vulgar.

*“La verdad de mi cuerpo (...) no es una idea susceptible de representación (...). En cambio hay una idea del cuerpo en general (...) expuesta en los conocimientos biológicos y médicos progresivamente verificados. Esta salud sin idea, a la vez, presente y opaca, (...) el saber médico, puede sugerir para sustentarla. Mi médico es aquel que acepta corrientemente de mí que lo instruya sobre lo que sólo yo estoy habilitado para decirle: lo que mi cuerpo me anuncia a mí mismo a través de síntomas cuyo sentido no me resulta claro”* (Canguilhem, 1990. Pág 62-63)

Si bien la salud-enfermedad es un concepto subjetivo, una *salud sin idea, presente y opaca*, requiere de los saberes pretendidamente objetivos de las ciencias médicas como artificios que permiten sustentarla. En este sentido, la relación entre el saber subjetivo de la experiencia de la salud-enfermedad y el saber médico es interdependiente puesto que, por una parte, el saber médico da sentido al padecimiento de las personas (al emitir un diagnóstico y/o tratamiento) y, por otra parte, la mirada subjetiva sobre la salud dota al saber médico de la información que necesita para realizar un diagnóstico y validar las intervenciones que puedan sugerir.

Asimismo, Canguilhem (1990) niega la existencia de un concepto universal de salud y se opone a la concepción de la enfermedad como contra-valor de esta, puesto que asume que la tentación y la capacidad de enfermar es una característica propia de la vida. Como consecuencia, comprende la salud como la posibilidad de caer enfermo/a y recuperarse (Contandriopoulos, 2006). Ahora bien, la salud y la enfermedad difieren en su expresión sobre el cuerpo (su visibilidad). Es decir, mientras que la enfermedad es un concepto ruidoso, por hacerse presente y visible y sensible en el padecimiento de la persona, la salud es un fenómeno silencioso<sup>45</sup> ya que permite el desarrollo de nuestra cotidianidad sin preocuparnos por ella (Contandriopoulos, 2006 y Mamonde, 2009).

Para caracterizar la salud, Canguilhem (1990) define el cuerpo como algo que, al mismo tiempo, es dado y producido. Es en la relación entre esta dualidad que las personas definen sus capacidades particulares de enfrentarse a las infidelidades del medio

---

<sup>45</sup> Para que el silencio que define la salud no se transforme en omisión, Caponi (1997) recurre a la conceptualización que Canguilhem, estableció de la salud como producto, que implica la seguridad contra los riesgos y requiere de los recursos para afrontarlos. Asume que la consecución de estos recursos es una responsabilidad tanto personal como colectiva y, por lo tanto, los poderes públicos adquieren un rol relevante para generar condiciones que promuevan estos márgenes: *“La salud es la libertad de darle al cuerpo de comer cuando tiene hambre, de hacerlo dormir cuando tiene sueño, de darle azúcar cuando baja la glicemia. No es anormal estar cansado o con sueño, no es anormal tener una gripe ... puede que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir a la cama y dejarse llevar por la enfermedad, no poder dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, no poder parar de trabajar durante la gripe y después poder volver”* (Dejours, 1986 en Caponi, 1997. Pág 306).

(Caponi, 1997). El cuerpo es algo dado en la medida en que su herencia genética le predispone a ciertas enfermedades y también a ciertas potencialidades.

*“Desde este ángulo, la verdad de su presencia en el mundo no es incondicional. Se producen en ocasiones errores de codificación genética que, según los ámbitos de vida, pueden determinar o no efectos patológicos. La no-verdad del cuerpo puede ser manifiesta o latente” (Canguilhem, 1990 Pág. 58)*

El cuerpo es algo producido en la medida en que además, es un efecto de prácticas y condiciones a las que se enfrenta diariamente<sup>46</sup>. La actividad de las personas en el medio (formas de vida, empleo, deporte, etc.) ayudan a “*modelar su estructura morfológica y, por ende, a singularizar sus capacidades*”<sup>47</sup>. (Canguilhem, 1990 Pág. 58)

A partir de la distinción del cuerpo, como algo dado y como algo producido, Canguilhem (1990) diferencia la salud como estado y como orden. La salud como estado del cuerpo dado es la condición orgánica del cuerpo que le permite enfermarse y recuperarse, volviéndose más válido; siendo la salud deficiente aquella que tiene un limitado margen de tolerancia para hacer frente a las vicisitudes del medio.

*“La salud, como estado del cuerpo dado, es la prueba –por el hecho de que este cuerpo vivo es posible puesto que es– de que no se encuentra congénitamente alterado. Su verdad es una seguridad (...) La mala salud es la restricción de los márgenes de seguridad orgánica, la limitación en el poder de tolerancia y compensación de las agresiones del entorno” (Canguilhem, 1990 Pág 59-60.)*

La salud entendida como orden, o lo que es lo mismo, la *expresión del cuerpo producido*, es la seguridad vivida por las personas al superar las exigencias del medio que puede producirse ajustando al organismo a las demandas del medio o bien corrigiendo o transformando al medio. En este sentido, la salud deficiente referida al cuerpo como producto alude al límite a las compensaciones sobre las agresiones del

46“El cuerpo es un producto en la medida en que su actividad de inserción en el medio característico, su modo de vida escogido o impuesto, deporte o trabajo, contribuyen a modelar su fenotipo, o sea a modificar su estructura morfológica llevando a singularizar sus capacidades” (Canguilhem, 1990, pág. 24 en Caponi, 1997 Pág 293).

47 Canguilhem (1990) asume que la higiene actúa sobre el cuerpo como producto, mediante la ambición de cambiar las condiciones para crear escenarios de vida para las personas donde ciertas saludes son posibles. “El cuerpo es un producto por lo mismo que su actividad de inserción en un medio característico, su modo de vida elegido o impuesto, deporte o trabajo, contribuye a modelar su fenotipo, es decir, a modificar su estructura morfológica y por ende a singularizar sus capacidades. (...) Este discurso es el de la Higiene, disciplina médica tradicional hoy recuperada y travestida por una ambición socio-político-médica de ajuste de la vida de los individuos” (Canguilhem, 1990, Pág. 58-59).

Es en la concepción higienista de la salud que Canguilhem (1990) planteó que la salud comienza a perder su *significación de verdad* para pasar a ser *facticidad* (Canguilhem, 1990. Pág. 59). La salud se vuelve objeto de cálculo poblacional susceptible de la intervención de los poderes públicos, dando lugar así a la emergencia de instituciones de salud como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud.

medio. Este límite puede ser impuesto por condiciones precarias de vida como por ejemplo: la falta de alimentación, riesgos del ambiente, explotación laboral, etc. (Caponi, 1997)

*“La salud como expresión del cuerpo producido es un seguro vivido en el doble sentido de seguro contra el riesgo y de audacia para asumirlo. Es un sentimiento de capacidad para superar las capacidades iniciales, capacidad para hacer que el cuerpo haga lo que al principio parecía no prometer” (Canguilhem, 1990 Pág. 60)*

Así pues, la salud deficiente del cuerpo, determina los límites (dados y producidos) de la capacidad para afrontar los riesgos que le impone el medio. La salud, bajo este posicionamiento, es la apertura al riesgo. Es decir, una potencialidad, en que el cuerpo, en el proceso de hacer frente y superar situaciones nuevas, infracciones y errores<sup>48</sup>, se vuelve más válido.

Una comprensión limitada de la definición de salud de Canguilhem podría, erróneamente, situarlo entre las perspectivas funcionalistas de la salud. Sin embargo, según Canguilhem, la explicación de la adaptación, no responde al concepto de salud, sino que se basa en el concepto de normalidad (Caponi, 1997). Contrariamente a los posicionamientos funcionalistas, el autor plantea que la salud excede la capacidad adaptativa: ser saludable es ser normativo, no normal.

Ser normativo implica que el organismo es capaz de vivir de acuerdo con sus propias normas de vida. Para ello, este organismo tiene un amplio margen de libertad en relación a las condiciones y normas definidas por el entorno. Por ello, una norma de vida es superior a otra en el momento en que supera la capacidad de la anterior. Es decir incluye lo que esta prohíbe y permite (Canguilhem, 1971).

*“Indudablemente a nadie se lo obliga a vivir en las alturas. Pero poder hacerlo significa ser superior, porque en un determinado momento puede llegar a ser inevitable hacerlo. Una norma de vida es superior a otra cuando implica aquello que esta última permite y aquello que esta última prohíbe” (Canguilhem 1971. Pág. 138)*

La capacidad de ajuste da cuenta de un organismo normalizado que no tiene porque ser saludable. Es decir, una persona que actúa integrada y adaptada en y al medio, puede ser considerada normal pero no por ello saludable. Por el contrario, una persona saludable (que tolera y enfrenta las infidelidades del medio) puede no ser considerada normal. Precisamente, Canguilhem, G. asume que la capacidad de enfrentarse a las infidelidades del medio trasciende la capacidad de adaptarse, dado que implica

---

<sup>48</sup>Entendiendo que estas situaciones, infracciones y errores son parte constitutiva de la historia de las personas.

también la capacidad de ser responsable de uno mismo y la posibilidad de ser reflexivo para construir nuevas normas.

*“yo estoy sano en la medida en que me siento capaz de portar la responsabilidad de mis actos, de llevar cosas a la existencia y crear entre las cosas relaciones que no las alcanzarían sin mí, pero que no serían lo que son sin ellas. Y, por lo tanto, me es necesario aprender a conocer lo que ellas son, para cambiarlas”* (Canguilhem, 1990. Pág 67)

En la capacidad de crear nuevas normas estriba el principal interés de los planteamientos de Canguilhem, (1990) puesto que permite definir la salud desde el vitalismo (Greco, 2005 y 2009b). El vitalismo es la originalidad de la vida; esto es, una actitud de cambio antes que una doctrina<sup>49</sup>.

En este sentido, Canguilhem (1994) distingue dos sentidos de la actividad del organismo: uno orientado a su autoprotección y otro orientado a la creatividad. El primero, dice Canguilhem (1994), no es la característica más general de la vida, sino que es propio de una vida limitada. El segundo sentido, la creatividad, alude a la normatividad. Es decir, la capacidad de sobrevivir, confrontarse con los riesgos y establecer nuevas normas, es característico de la salud (Greco, 2009b). Así pues, la salud entendida como normatividad hace referencia a las capacidades del organismo para actuar en respuesta a diversas circunstancias dadas, tolerando y respondiendo a las infracciones de la norma, a las contradicciones y a los conflictos. La salud es, entonces, la *auténtica normatividad*. Es decir, una normalidad abierta capaz de hacer correcciones futuras. Por el contrario, la normalidad limitada al mantenimiento de sí mismo, reacia a los cambios e incapaz de afrontar y adaptarse a nuevas situaciones no es salud, *es una normalidad carente de intención normativa*. (Greco, 2009b).

Precisamente, la concepción de salud desde la normatividad es relevante por plantear un cambio de perspectiva respecto de las visiones tradicionales de la salud que configuran su definición a partir de la correspondencia del funcionamiento de un organismo con unas normas<sup>50</sup>. Este concepto de normatividad, como capacidad creativa, excede los márgenes de la adaptación biofísica o psicosocial a las normas socialmente establecidas (Greco, 2009).

<sup>49</sup> La vida es original en el sentido de que es el principio de todo y la posibilidad para la producción de conocimientos: *“Es el origen, tiene prioridad lógica y es la condición de posibilidad para el conocimiento”* (Greco, 2009b Pág. 27). En este sentido, según Canguilhem (1994) el imperativo ético que está implícito en el vitalismo es que el conocimiento se origina en la vida, siendo la vida más extensa que el conocimiento (Greco, 2009b).

<sup>50</sup> Tradicionalmente, la salud es planteada a partir de la comparación de la situación de un organismo con unas normas o unos valores basados en criterios epidemiológicos (niveles de glucosa, hierro, leucocitos en sangre, peso al nacer, tests psicológicos, etc.). Bajo esta mirada, la salud es sinónimo de correspondencia del organismo a las normas establecidas a partir de criterios probabilísticos (Caponi, 1997); criterios que como todo saber son socialmente contruidos y como tales, son normas sociales.

Greco (2004 y 2009b) encuentra afinidades entre el concepto de salud como normatividad de Canguilhem y el concepto de arte de la vida de Whitehead, quien contrasta este<sup>51</sup> con el arte de la persistencia, “*el arte de la persistencia es estar muerto solo las cosas inorgánicas persisten por un largo período de tiempo*” (Whitehead, 1958 Pág. 4 en Greco, 2009b Pág. 3) e identifica la novedad como valor del ser vivo.

En este sentido, la vida no es el elemento esencial para definir a los seres vivos, sino su capacidad de capturar la novedad y crear un nuevo orden de las cosas, partir del análisis y de la abstracción de posibilidades de acción y de la imaginación alternativa para la autorrealización (Greco, 2009b). Así pues, tanto Canguilhem como Whitehead contraponen la persistencia a la creatividad (o novedad). Las personas no son normativas en el sentido de su capacidad de adaptarse al medio para sobrevivir, sino en el sentido de que son capaces de adaptarse a él y responder a sus exigencias creando sus propias normas. Tal vitalidad es signo de salud (Greco, 2009b).

#### *b) El biopoder*

Foucault M. problematizó en torno a la producción de saberes sobre la vida, la salud y la enfermedad como estrategia de gobierno. Contrapuso la lógica del poder soberano, detentado por quien tiene la potestad de disponer sobre de la vida o muerte de sus súbditos (Greco, 2009 y Rabinow y Rose, 2003) con una nueva forma de poder que emergió en los estados modernos, y que reconoce a la vida de la población como un recurso esencial para la reproducción y el perfeccionamiento del sistema: el biopoder.

*“El biopoder "Es un modo de ejercicio del poder que reconoce el valor de la vida (y por lo tanto la salud) como un recurso, y lo utiliza como principio de legitimación" (Greco, 2009a Pág 16 [Traducción propia])*

El biopoder surge junto a las ciencias humanas y con el despliegue de diversas tecnologías orientadas a mejorar y capitalizar la eficiencia la población (Greco M. 2009<sup>a</sup>). Su ejercicio se manifiesta en el trabajo que realiza sobre sus integrantes, sobre seres humanos entendidos como seres que nacen, que crecen, que habitan un cuerpo (que puede ser entrenado y mejorado), que enferman y que mueren (Rabinow y Rose 2003).

*“Con la entrada de la población en el pensamiento político, el gobierno toma como sus objetos fenómenos como el número de sujetos, sus edades, su longevidad, sus enfermedades y tipos de muertes, sus*

---

<sup>51</sup> El arte de la vida es un impulso caracterizado por 3 componentes: vivir, vivir bien y vivir mejor (Greco, M 2009)

*hábitos y vicios, sus tasas de reproducción. Las acciones y los cálculos de las autoridades están dirigidas a nuevas tareas: cómo maximizar las fuerzas de la población y de cada uno de sus individuos, como minimizar sus problemas, como organizarlos de la forma más eficiente” (Rose, 1990 Pág. 4-5).*

Rabinow y Rose (2003) agregan 3 componentes esenciales que incluye el biopoder:

- La existencia de discursos de verdad del carácter vital<sup>52</sup> de la vida humana (como, por ejemplo, la epidemiología) y de un colectivo considerado legítimo para enunciar tales discursos.
- El desarrollo de estrategias de intervención dirigidas a determinados colectivos<sup>53</sup> en el nombre de la salud o de la vida.
- La creación de modos de subjetivación a partir de los discursos de verdad, en los que las personas realizan prácticas de sí en nombre de la salud individual o colectiva.

Lejos de plantear al biopoder como exclusivo de ciertas esferas de poder que “aplican” en sentido descendente ciertas normas de salud hacia una población carente de ellas, la perspectiva foucaultiana lo propone como un ejercicio presente en todas las relaciones sociales y, por lo tanto como no exclusivo de las autoridades, sino también formando parte del ejercicio de la resistencia frente a estas. En este sentido, puede afirmarse que no hay nada fuera de la medicina sino que todos los aspectos de la vida han sido medicalizados (Foucault, 1976). Asimismo, la identificación de deficiencias, errores o efectos perversos de las ciencias médicas se justifican en base a la búsqueda de su perfeccionamiento. De esta manera, la antimedicina solo puede oponerse a la medicina a partir de hechos que fueron puestos en práctica desde la propia medicina (Foucault, 1976).

Mientras que el biopoder es el juego de relaciones de poder que se establecen a partir del reconocimiento de la vida como valor esencial, la biopolítica es el conjunto de estrategias y problematizaciones sobre el proceso de la vida, la enfermedad y la muerte de las personas que permiten el ejercicio del biopoder, generando “*saberes, regímenes de autoridad y las prácticas de intervención sobre formas de vida deseables, legítimas y eficaces.*” (Rabinow y Rose, 2003. Pág 3).

<sup>52</sup> Rabinow y Rose (2003) Refieren a los discursos sobre el carácter vital de la vida humana, a partir de aquellos que emergen de la disciplina de la biología “ *en el sentido contemporáneo, por ejemplo pueden hibridar estilos biológicos y demográficos o incluso sociológicos del pensamiento, como en las relaciones contemporáneas de genómica y de riesgo, fusionado en el nuevo idioma de susceptibilidad*” (Pág. 3) [Traducción propia]

<sup>53</sup> Se trata de colectivos especificados en términos de “*colectividades biosociales*” (Rabinow y Rose, 2003. Pág 3) cuyos atributos serían, por ejemplo, la raza, la etnicidad, el género o la religión.



En este marco, la investigación médica y la biomedicina juegan un papel relevante para entender y definir criterios asociados a nuestra salud. Así, las definiciones del cuerpo, sus partes, sus funciones y sus disfunciones son producto de la estabilización de ciertos discursos en un proceso de negociación de sentidos heterogéneo. Estas definiciones dependen de las diversas relaciones que se establecieron para su creación. (Mol, 2002).

*“Si tenemos que ser suspicaces sobre el biopoder, es porque define el horizonte de nuestro pensamiento, cuando se trata de articular valores y libertades” (Greco, 2009a Pág 17)*

Foucault (1976) planteó que no hay nada fuera de la medicina. Paralelamente, Greco (2009a) manifestó que no hay nada fuera de la salud, dado que nada puede escapar de la lógica de análisis sobre su capacidad de favorecer o limitar la salud. Asimismo, expresó que sería excesivamente inocente considerar que la salud está fuera de la medicina ya que mediante el saber y la práctica médica se definen aquellos elementos que mantienen o mejoran la salud y aquellos que la debilitan o generan patologías.

### **2.3.2. El concepto de Salud en la Salud Pública**

Los discursos oficiales actuales sobre la Salud Pública toman la conceptualización de la Salud como algo más que la ausencia de enfermedad, resaltando la importancia del bienestar y del valor social de la salud como sus elementos constitutivos:

*[La salud] “Es fuente de bienestar y un recurso indispensable para el adecuado desempeño de la sociedad (...) Definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa” (Anteproyecto de la Ley General de Salud Pública, 2010 Pág. 4-5)*

*“La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” (Carta de Ottawa 1986. En OMS 2010 Pág. 3)*

En las definiciones de Salud desde el bienestar y como valor social se entreteteje el concepto de Salud Pública como una responsabilidad pública, social y personal que abarca diferentes ámbitos de la cotidianidad de las personas, que van desde la protección del ambiente físico hasta la promoción de prácticas específicas “saludables”.

*“La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación*

*sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería. Así como el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud” (Wilson, 1920, en Villar Aguirre, 2011. Pág 328).*

La definición que se recoge en el Anteproyecto de Ley General de Salud Pública<sup>54</sup>sostiene que:

*“La Salud Pública se define como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad” (Anteproyecto de Ley General de Salud Pública. Pág. 4)*

En una formulación similar también figura en la Llei de Salut Pública de Catalunya:

[La Salud Pública es]“*El conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia de la Salud Pública”*(Llei 18/2009, del 22 d’Octubre, de Salut Pública. Pág 81070 [Traducción propia])

En las definiciones precedentes, además de poder apreciarse la consideración otorgada al valor social de la salud y al enfoque orientado al bienestar (no solo la ausencia de enfermedad), se pueden desprender elementos claves que se articulan la configuración del concepto de Salud en Salud Pública. Concretamente: (a) la identificación de agentes, de los poderes públicos y de la comunidad como responsables de garantizar la Salud de la población; (b) la importancia de la acción y, por último, (c) la existencia de problemas susceptibles de ser intervenidos (prevenir, promover, vigilar, etc.).

Estos elementos sirven, como veremos a continuación, para determinar las funciones esenciales de la Salud Pública en sus diferentes niveles de actuación.

### **2.3.3. La Salud Pública y sus áreas de intervención**

Entender la Salud Pública como acción de gobierno sobre la Salud de la población implica el despliegue de diversas áreas de intervención. Estas áreas están orientadas a generar saberes, vigilar, controlar, prevenir la enfermedad, promover la salud y planificar y gestionar las políticas y las intervenciones. Para ello, las instituciones

---

<sup>54</sup> Esta definición aparece también en diversos ámbitos de intervención gubernamentales y académicos como, por ejemplo, en el *Glosario de promoción de la salud (OMS, 1998. Pág. 12)*.

dedicadas a la Salud Pública suelen desplegar sus funciones según ámbitos de saber especializados vinculados a una finalidad específica de intervención. Concretamente, la Salud Pública suele tener atribuidas las siguientes funciones esenciales (Muñoz, et al. 2000):

- (a) *Promoción la Salud*, ámbito que reúne una diversidad de estrategias de gobierno que tienen como objetivo fomentar hábitos y entornos saludables. En él se impulsa la participación ciudadana, la interiorización personal de saberes y prácticas acordes con el modelo de vida saludable y la asunción de responsabilidades sobre la propia salud y la de la comunidad.
- (b) *Protección de la Salud*, ámbito que comprende el despliegue de acciones dirigidas a proteger a la población de riesgos biológicos o ambientales a partir del seguimiento de protocolos de control de riesgos.
- (c) *Vigilancia de la Salud Pública*, ámbito que engloba las prácticas de investigación, el control de brotes epidemiológicos y el estudio de patrones de presentación de enfermedades transmisibles o sustancias perjudiciales para la salud. También se encarga de proporcionar la infraestructura en Salud Pública para realizar cribados poblacionales y generar protocolos de actuación en situaciones de emergencia epidemiológica.
- (d) *Reducción de daños de las emergencias en Salud*, función que la Salud Pública desempeña cuando es necesario. Implica la planificación de estrategias de reducción, de reparación y de rehabilitación de la Salud de la población y la generación de actuaciones rápidas entre diferentes ámbitos que van más allá de la Salud con miras a reducir el impacto de la posible situación de emergencia.
- (e) *Monitoreo y análisis* de la situación de la Salud, ámbito encargado del estudio de la situación de la población, de las desigualdades en Salud y de las tendencias en los comportamientos de Salud. Concretamente, su función es la identificación de necesidades y de situaciones de riesgo, la producción de información para la evaluación de intervenciones y la determinación de los recursos disponibles para realizar las actuaciones en Salud.
- (f) *Promoción y evaluación del acceso equitativo a la salud* de toda la población: ámbito muy vinculado con el monitoreo cuya función implica la realización de acciones para detectar inequidades en Salud, determinar sus condicionantes sociales y económicos y proponer estrategias para eliminar o disminuir la brecha que provoca desigualdades en Salud. Para cumplir su cometido, actualmente se suelen proponer alianzas intersectoriales y actuaciones dirigidas

a colectivos en situación de vulnerabilidad social y económica (que incluyen intervenciones de promoción, prevención y educación para la Salud y mejora de las condiciones sociales y estructurales que faciliten la mejora de la calidad de vida y reduzcan los factores de riesgo).

(g) *Desarrollo de planes y políticas de Salud*, actuaciones de planificación estratégica y ejecutiva de las intervenciones según los objetivos y recursos disponibles.

(h) *Normativa en Salud Pública*, relativa al marco desde donde se regulan las actuaciones en Salud, el control de riesgo, la acreditación y el control de calidad de programas, servicios y fármacos. Estas normativas se van actualizando según las exigencias sociales y los intereses políticos.

A estos ámbitos de actuación se les suman: (i) el fomento de *la participación y de la autonomía* de las personas en la toma de decisiones informadas sobre su Salud y la promoción del cuidado propio y de los demás. Este ámbito está especialmente vinculado con la Promoción de la Salud, dado que impulsa a que la población interiorice elementos que fomenten estilos de vida saludables. Además, con la participación también se alienta las alianzas entre agentes para identificar y optimizar el capital humano, económico, infraestructural y tecnológico; (j) *la formación continua* de los profesionales de Salud para disponer de agentes con unos conocimientos específicos y en constante actualización, coherentes con los planteamientos del momento; (k) el seguimiento y la *evaluación de los programas de salud* según los criterios de calidad preestablecidos y la consecución de los objetivos planteados en las actuaciones y (l) la realización de *estudios sobre la Salud Pública*, en especial investigación aplicada a actuaciones específicas en la Salud de la población. En este ámbito se generan alianzas con instituciones de investigación para orientar la toma de decisiones en Salud, fundamentadas especialmente en la evidencia científica.

Aunque estos ámbitos se definen y son representados a nivel conceptual como actuaciones delimitadas por áreas y agentes específicos de la Salud Pública, en la práctica profesional las fronteras entre las áreas se disuelven y algunas intervenciones son abordadas por diversos ámbitos. Asimismo, la intervención en Salud Pública se articula con la Asistencia en Salud para dar respuesta a la complejidad de los elementos que definen los problemas de salud. Así, por ejemplo, la promoción y prevención de la enfermedad se aborda de forma conjunta con instituciones asistenciales, dado que el trabajo en equipo y en espacios de actuación comunes se considera indispensable para conseguir mejoras en Salud (es el caso de la promoción de la alimentación saludable, la

deshabitación del tabaco, el fomento del ejercicio, la prevención de conductas sexuales de riesgo, los consejos médicos, la detección de desigualdades, etc.).

Asimismo, la Salud Pública trasciende el ámbito de la sanidad a través del trabajo conjunto entre áreas de la Salud Pública y otros organismos no directamente adscritos a la Salud, como el Departamento de Trabajo y las mutuas, para la promoción de la salud laboral; el urbanismo para garantizar la salubridad de los espacios cotidianos de relación, el favorecimiento del deporte, la accesibilidad a espacios naturales, los transportes y las viviendas dignas; y la educación, para acceder a los jóvenes escolarizados y fomentar la educación en la Salud.

#### **2.3.4. Niveles de problematización de la Salud Pública**

Como he mostrado en las páginas anteriores, trabajar con problemas de Salud Pública requiere del manejo de una amplia gama de elementos y procesos que supone que el quehacer en la salud no pueda concentrarse en un solo ente que defina y gestione la Salud poblacional. Por el contrario, las intervenciones de *salud en todas las políticas*<sup>55</sup> involucra diversas áreas de saber e intervención en aras de producir una sociedad más saludable.

Las actuaciones de Salud Pública implican áreas que no pertenecen específicamente a esta, como el trabajo, la educación, la agricultura, etc. Además, también se constituyen, como he expuesto, diversos ámbitos de actuación, como la vigilancia, la protección, la promoción, la prevención, el monitoreo, la investigación y formación. En cada uno de ellos se puede identificar la presencia de distintos niveles de desagregación de las políticas públicas que engloban subniveles cada vez más localizados (Wilkes y Wright, 1987), como son el internacional, el estatal, el general de la comunidad autónoma, el regional (localizaciones dentro de la comunidad autónoma) y el local (territorio específico donde se sitúan acciones particulares según áreas, proyectos o programas). Los diferentes subniveles configuran espacios de saber y focos de problematización que se interrelacionan entre ellos constantemente en el proceso de construcción de los problemas sociales y de sus posibles políticas. En este sentido, retomando la idea planteada desde la ANT, aunque a nivel institucional se puedan identificar diferentes espacios que se adscriben a un determinado nivel ("micro", "meso" o "macro"), cada uno de ellos lleva inscritos los demás niveles. Es decir, en las acciones locales lo "macro" y lo "meso" se hacen presentes en las normativas, en los documentos utilizados, en los discursos profesionales, etc., mientras que lo "micro" crea productos y acciones que reproducen o cambian a los niveles "meso" y "macro".

En definitiva, ningún espacio global puede disociarse de las prácticas concretas que se dan en el nivel local, al mismo tiempo que ninguna práctica territorial puede desarrollarse de forma separada de otros niveles más genéricos. Estos últimos se encuentran presentes en forma de discursos, normativas, informes, etc. en las mismas interacciones (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010).

---

<sup>55</sup> Mediante el constructo "*salud en todas las políticas*" se interpreta que los problemas de salud son extremadamente complejos y están relacionados con diversos factores como la alimentación, la economía, el transporte, etc. Es por ello, que esta complejidad y diversidad de factores requiere de políticas y de actuaciones desarrolladas desde diferentes sectores de la comunidad (Rudolph, Caplan, Ben-Moshe y Dillon, 2013).

#### **2.3.4.1. La Salud Pública a nivel "macro"**

El nivel "macro" remite a la organización social a gran escala que se enmarca y se inscribe en las prácticas producidas en otros niveles. Sirva esta precisión para subrayar que se vuelve necesario situar los discursos actuales de Salud Pública, producidos en la comunidad autónoma y en el espacio local, en un nivel de Salud Pública más extenso como es el delimitado por la Salud Pública de Occidente. Es en este nivel "macro" en el que se sitúan instituciones internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), la DG Sanco (Dirección General para la Salud y el Consumidor), la Organización Panamericana de Salud Pública e instituciones científicas internacionales que asesoran, definen necesidades y prioridades a nivel global y proponen políticas. En el Estado español, el Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad y sus organismos asociados serían los principales agentes gubernamentales que representan el nivel nacional

En este escenario, bajo el discurso globalizado de los países desarrollados, las instituciones y profesionales vinculan la Salud Pública con los cambios sociales de las sociedades opulentas y envejecidas. Es por ello que los problemas de salud pública se construyen asociados a la noción de progreso y de globalización, donde el medio ambiente y el aumento de la esperanza de vida junto al envejecimiento de la población, la inmigración y los hábitos son las principales preocupaciones para el gobierno en salud (Palomo, Ortún, Benavides y Márquez-Calderón, 2006).

En relación a los problemas de salud relacionados con el medio ambiente, Palomo, Ortún, Benavides y Márquez-Calderón (2006) evidencian problemáticas medioambientales producto del tratamiento agresivo de los recursos disponibles y de la explotación de fuentes energéticas como el petróleo.

Asimismo, diferentes autores/as asocian el aumento de la esperanza de vida de la población y la diversificación de tratamientos de enfermedades con la cronificación de ciertas enfermedades que, en otro momento, podrían haber sido mortales y con la convivencia con más de una enfermedad y/o lesión.

Además, respecto al envejecimiento de la población, no solo se problematiza desde la población nativa (aumento de enfermedades crónicas, disminución de la vitalidad, muerte de allegados, adaptación al rol de la tercera edad, etc.) sino que también emerge un nuevo problema social en salud como es el envejecimiento de la población

inmigrante. En este grupo poblacional se agregan a los efectos del envejecimiento de la población general ciertas características particulares como una red social más débil, el desarraigo o, por el contrario, la falta de identificación con la cultura de origen y/o acogida y una menor solvencia económica para afrontar la vejez (Jansà, 2006).

En relación con los hábitos de la población general, en primer lugar, diversos autores/as enfatizan que el sedentarismo y las costumbres alimentarias de las sociedades desarrolladas están fuertemente asociadas al aumento de la obesidad (Gutiérrez-Fisac, Royo-Bordonada y Rodríguez-Artalejo (2006) y la diabetes tipo 2 (Ruiz-Ramos, Escolar-Pujolar, Mayoral-Sánchez, Corral-San Laureano y Fernández-Fernández, 2006). En segundo lugar, que el consumo de sustancias continúa siendo tema de preocupación en salud<sup>56</sup> y que habrían aumentado las adicciones psicológicas (juego patológico, adicción al sexo y al trabajo, Internet, etc.). Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortès (2006) conectan otros problemas psicológicos con rasgos idiosincrásicos del “progreso occidental” tales como la incertidumbre, los cambios en las relaciones de pareja, el aumento del divorcios, la necesidad de constante consumo, la búsqueda de nuevas emociones, la flexibilización laboral, la incorporación de las mujeres a la esfera pública, la compaginación de la vida laboral competitiva con la vida familiar y el cuidado de niños y mayores, los problemas vinculados con el estrés, la ansiedad y la depresión, etc. En la misma línea, Ruíz-Pérez, y Olry de Labry-Lima (2006) identifican el suicidio como un fenómeno en aumento en España y lo relacionan con una sociedad desarrollada, individualista, que ha vivido un gran cambio en los roles y ha experimentado un aumento de la depresión y de los trastornos asociados.

Asimismo, Peiró-Pérez, Seguí-Gómez, Pérez-González, Miralles-Espí, López- Maside y Benavides (2006) han destacado la necesidad de la prevención de lesiones tales como los accidentes domésticos y los laborales mediante el desarrollo de estrategias de información desde la Salud Pública. Y Larizgoitia (2006) ha remarcado la importancia del tratamiento y de la definición del papel de la Salud Pública en el área de la violencia de género, entendida como problema emergente que se debe trabajar desde la intersectorialidad.

Finalmente, se desarrollan discursos que problematizan y cuestionan el modelo “consumista de salud” que en algunos ámbitos de las sociedades capitalistas y liberales ha sido fomentado (la utilización de medicación excesiva, la dependencia de un tratamiento para malestar desde una visión médica, el consumo de complementos vitamínicos, la proliferación de alimentos “funcionales”, la búsqueda del cuerpo

---

<sup>56</sup> Sirva como ejemplo un informe de Brugal, Rodríguez-Martos y Villalbí (2006) que afirma que, si bien en los últimos 25 años ha disminuido el consumo de tabaco y de alcohol, el consumo de cocaína ha aumentado.



perfecto, la demanda de cribados, etc). Repullo Labrador y Segura Benedicto (2006) plantean, en este sentido, una paradójica neurosis general donde el concepto de salud llegue a extremarse hasta tal punto que “*se realice el principio que el individuo sano es aquel enfermo que aún no ha sido adecuadamente estudiado*” (Pág. 482).

#### 2.3.4.2. **La Salud Pública en la Comunidad Autónoma de Cataluña**

En un nivel intermedio, diversas/os agentes políticas/os y técnicas/os definen nuevamente los problemas de salud pública situándose en el contexto autonómico según los discursos, los intereses políticos y sociales y los recursos existentes.

En Cataluña, la década de los 80 del siglo XX marcó un cambio en las prestaciones sanitarias del territorio catalán. Con la transferencia de los poderes estatales en materia de Salud a las comunidades autónomas (Bohigas, 2003), se dio paso al modelo sanitario catalán. Precisamente, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y sus organismos generales (Sistema Català de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya y Agència de Seguretat Alimentària) son instituciones vinculadas al nivel autonómico que generan dinámicas de actuación y políticas interventivas específicas en el territorio.

Durante el proceso de descentralización se desarrollaron diversas estrategias sanitarias como resultado de las cuales, a nivel asistencial, se estableció un sistema de cobertura médica que pretendía ser universal, mediante el despliegue de planes estratégicos de asistencia, de centros de atención primaria distribuidos a lo largo del territorio y de una red hospitalaria.

En el año 1990 se elaboró la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, en la que se delimitaron dos áreas de incumbencia de la Salud Pública. Un área dirigida directamente a actuar sobre las prácticas de las personas, que incluía actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientadas a fomentar la salud *individual y colectiva* y a reducir la incidencia de enfermedades. Y otra área dirigida a la protección de la salud, previniendo y controlando los efectos negativos del medio sobre la salud (Llei 15/1990, de 9 de juliol, d’Ordenació Sanitària de Catalunya).

Asimismo, esta Ley creó, a partir de los centros, de los servicios y de los establecimientos sanitarios públicos de Cataluña, el Servei Català de la Salut, cuya

finalidad principal es la asistencia sanitaria<sup>57</sup>. Simultáneamente, la Ley identifica al Departament de Sanitat i Seguretat Social como la institución responsable de la formulación de criterios sobre la salud, del establecimiento de los objetivos para la salud de la población y la determinación de sus indicadores. Estos elementos fueron plasmados en el Plan de Salud de Cataluña, concebido como el instrumento de referencia para las actuaciones en Salud Pública de la Comunidad Autónoma.

El Plan de Salud de Cataluña tiene como finalidad identificar las necesidades de salud, establecer las líneas estratégicas de actuación, crear programas y definir los recursos necesarios para conseguir los objetivos de salud de la población de Cataluña. El Plan de Salud es un documento rector que guía el desarrollo de las políticas de salud y la gestión sanitaria de los diferentes agentes implicados en la Salud de la población. Para su elaboración, en el año 1991, el Departament de Sanitat i Seguretat Social desarrolló el Document Marc per a l'Elaboració del Pla de Salut de Catalunya que sirvió como punto de partida para la realización de los siguientes planes de salud. En este documento, tomando como referencia la estrategia europea de *Salud para todos en el año 2000*, se adaptaron los objetivos europeos a la situación específica de Cataluña (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991) y se plantearon unos principios a partir de los cuales se sentaron las bases de la política de salud que planteaban la descentralización, la accesibilidad universal, el control del gasto sanitario, las intervenciones centradas en la persona, la promoción del personal y la mejora de los sistemas de información. Específicamente, el documento definía el concepto de salud e identificaba los indicadores sobre el estado de salud de la población catalana. Para ello, el Servei Català de la Salut, adoptó la propuesta de la OMS que conceptualiza la salud como “*el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991. Pág. 29) y agregó que la salud y la enfermedad son un continuo, en cuyo extremo positivo encontramos el estado óptimo de la salud y en el negativo, la muerte.

El documento proponía definir la salud como la “*consecución del más elevado nivel de bienestar físico, mental social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales y ambientales donde vive inmerso el individuo y la colectividad*” (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991. Pág. 30). Sin embargo, aunque en el texto había un intento de potenciar de forma explícita el tratamiento de la salud de forma positiva, incluyendo los conceptos de calidad de vida y bienestar de las personas, estos elementos aparecían de forma inespecífica. Asimismo, otro punto destacado del documento es el reconocimiento de la salud como concepto

---

<sup>57</sup> Actualmente es el mayor proveedor de servicios sanitarios de Cataluña.

que tiene que ver con vivencias y percepciones personales en función del marco social donde es pensado. En este sentido, se afirmaba que la experiencia de salud individual depende de *“los conceptos vigentes en los grupos socio-culturales en que vive y de acuerdo con sus experiencias personales”* (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991. Pág. 29).

El Servei Català de la Salut, en el primer Documento Marco, identificaba los problemas prioritarios de salud de la población y los factores de riesgo sobre la salud remitiendo a los factores nocivos del medio ambiente para la salud, y a los “hábitos insanos” (consumo de tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, mala alimentación). Asimismo, definía las principales políticas de salud en atención primaria, en la red hospitalaria y la coordinación entre ambos servicios y la atención sociosanitaria y la salud mental. Ponía un especial énfasis en la necesidad de optimizar recursos y mejorar la utilización de los mismos. Finalmente, en el primer Documento Marco fueron explicitados los sectores sanitarios y las regiones sanitarias y se determinaron los datos demográficos de Cataluña.

Mediante el establecimiento de los sectores y las regiones sanitarias, como un nivel de desagregación, las políticas de salud catalana comenzaron un proceso de descentralización dirigiéndose hacia un espacio cada vez más local<sup>58</sup>. El Documento Marco indicaba que las actividades de promoción y prevención en cada región sanitaria deberían permitir alcanzar los objetivos de salud que en él se plasmaban y/o que constarían en los consiguientes planes de salud. Con este objetivo, tanto en el Documento Marco como en los consiguientes planes de salud se proponía que cada región sanitaria elaborase su propio plan regional sobre la base del conocimiento de los lineamientos de la Comunidad Autónoma, pero teniendo en cuenta las particularidades, los recursos y las necesidades específicas de cada región. Es decir, *“del conocimiento del estado de salud de la población, conocimiento de las características específicas de los diferentes Equipos de Atención Primaria del sector y sobre la base de la coordinación entre los responsables sanitarios de la Región Sanitaria y el sector sanitario y los miembros de los EAP”* (Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991. Pág. 199).

Los objetivos propuestos por la Unión Europea guiaron las políticas y propuestas de los primeros planes de salud. De hecho, hasta el año 2000, la política que orientó los 3

---

<sup>58</sup>En Cataluña, además de la estructura central, los servicios de salud se desagregan en el territorio por regiones sanitarias y estas, en sectores. Cada una de las regiones sanitarias se encarga de generar las estrategias y organizar los recursos propios para alcanzar los objetivos propuestos desde la estructura general, pero adaptados al territorio. A su vez, las regiones interactúan con un nivel más local (comarcas, municipios o barrios) para materializar las políticas y las estrategias de salud en acciones específicas con actores en el territorio.

primeros planes de salud (1993- 1995; 1996-1998 y 1999-2001) fue la estrategia “Salud para todos en el año 2000” propuesta por la región europea en la que la asistencia universal y la mejora de la atención primaria eran objetivos esenciales.

No obstante, en la primera década del año 2000, se inició un nuevo periodo de proyectos orientado al establecimiento de estrategias de salud más extensas. Para ello, en el período 2002-2010 se desarrollaron dos planes de salud: en el primer Plan de Salud (2002-2005) se plantearon objetivos operacionales como un primer paso para alcanzar las metas de 2010 y en el segundo Plan (2006-2010), a partir de los resultados del primer periodo y de los nuevos avances científicos y tecnológicos, se reformularon los objetivos y se establecieron las intervenciones para alcanzar las metas de salud de la década.

Además del cambio temporal, a partir de la primera década del año 2000, la planificación dejó de “asumir como propios” (Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2003. Pág. 8) los objetivos planteados por la Unión Europea y la OMS al considerarlos excesivamente globales; es decir, demasiado orientados a Europa y omitiendo las particularidades del territorio catalán. En este sentido, las propuestas de la OMS y de la UE fueron tomadas como marcos que permitían situar las políticas de salud en el conjunto de Europa, pero también fue planteada una problematización sobre las necesidades y problemas de salud en Cataluña a partir de la producción del saber experto de las sociedades científicas y de las organizaciones profesionales.

En el Plan de Salud concreto de Cataluña del período 2006-2010 se definieron cinco ejes en torno a los cuales giraron los objetivos operativos (Departament de Salut, 2006): (1) el primer eje, la *intersectorialidad*, suponía tratar *la salud* como un todo, implicando diversos escenarios de la vida cotidiana y atendiendo la conexión entre ellos para mejorar la situación de salud de la población; (2) el segundo eje ponía especial énfasis en las actuaciones en la *comunidad* y sobre sus condiciones para prevenir posibles enfermedades y mejorar o promover hábitos saludables en el conjunto de la población; (3) el tercer eje hacía referencia a la eficacia y a la rentabilidad de los servicios sanitarios (relación costo-beneficio) *orientados a atender necesidades de salud* de diversos colectivos específicos; y finalmente (4) el cuarto y (5) quinto eje tomaron, respectivamente, a los *profesionales* y a los *ciudadanos* como agentes fuertemente implicados en las acciones de la salud.

Si bien los cinco ejes fueron claramente definidos y delimitados teóricamente, desde una vertiente práctica determinar las fronteras entre unos y otros se volvió una tarea

imposible, haciendo necesario considerar la inextricabilidad entre todos y cada uno de ellos<sup>59</sup>.

Finalmente, en Plan de salud 2011-2015 propone tres ejes dirigidos a adaptar al Sistema Sanitario Catalán a las exigencias y necesidades de salud. Entendidas como tales (a) el aumento del envejecimiento de la población y los hábitos de vida poco saludables asociados a problemas de salud crónicos de elevada prevalencia e incidencia (cáncer, enfermedades isquémicas, diabetes, etc.); (b) la *saturación* del sistema sanitario; (c) la escasa coordinación entre la atención primaria y la atención especializada; y (d) la existencia de una fuerte variabilidad en la provisión de servicios de alta especialización (Departament de Salut, 2012a, Pág. 42). Además, agregan, la existencia de nuevos tratamientos y tecnologías “*que generan tensiones financieras*” (Departament de salut, 2015). A partir de estas consideraciones establecen 3 ejes estratégicos (Departament de Salut, 2012b), estos ejes son:

- “Programas de salud: más salud para todos y mejor calidad”, si bien el Eje 1, refiere a la mejora de la salud y la calidad de vida, sus objetivos se orientan especialmente a actuar sobre la enfermedad a lo largo de su proceso (desde la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico, el tratamiento, las medidas de emergencia, la cronificación o las curas paliativas) mediante la implementación de los planes directores de salud, el despliegue del Plan Interdepartamental de Salud Pública y la promoción de políticas de calidad clínica.
- “Transformar el modelo asistencial: Más calidad, accesibilidad y seguridad en las intervenciones sanitarias”. En este eje se plantea reorganizar el sistema asistencial centrado en la atención de enfermedades crónicas y en el que la atención primaria debería tener una mayor capacidad resolutoria y de acceso a las áreas especializadas, al mismo tiempo que debería trabajar de forma coordinada con la Salud Pública y Comunitaria. Además, la reforma asistencial

---

<sup>59</sup> Una ilustración del carácter intrincado de las relaciones entre los ejes lo constituye la campaña “Salut als Barris” (Sierra y Plasència, 2008), que tenía como objetivo actuar en entornos urbanos vulnerables reduciendo las desigualdades sociales mediante una intervención multidisciplinar y situada. Aunque se trataba de un programa restringido al primer eje (“compromiso intersectorial en la salud”), a quienes lo estaban implementando les pareció impensable realizar las actuaciones previstas a nivel sanitario sin incorporar el eje dos (“acciones comunitarias para la salud”). En congruencia con esta apreciación, el Plan de salud 2006-2010 priorizó los barrios que se encontraban dentro del programa “Salut als Barris” en la implementación comunitaria de programas de prevención y de promoción de la salud (programa de salud en la escuela, promoción de la actividad física y la alimentación, prevención del consumo de estupefacientes, deshabitación del tabaco, etc.). Asimismo, el tercer eje (“atención sanitaria, sociosanitaria y de Salud Pública orientada a las necesidades de salud”) se vio reflejado en el programa “Salut als Barris” mediante la implementación de programas de salud materno-infantil y de atención a la salud afectiva, sexual y reproductiva, de programas de salud bucodental y de prevención de deterioro cognitivo en los mayores. Finalmente, el cuarto eje (“participación activa de los profesionales de salud”) y el quinto eje (“implementación de los GTS y participación ciudadana”) se incorporaron de forma transversal en las políticas de salud (Departament de Salut, 2006).

plantea una definición de un modelo uniforme de emergencias y una mejora de la calidad y del acceso equitativo a la atención especializada de alta complejidad.

- “Modernizar la organización: más sólido y sostenible”: Aquí la gobernanza adquiere especial protagonismo al proponer la coordinación y la adaptación de las estrategias de salud en el ámbito local mediante la participación de los agentes y los recursos locales; la gestión de los servicios a partir de un modelo centrado en los resultados y promoviendo el trabajo en red con los proveedores de salud; la incorporación sistemática del conocimiento profesional y clínico en la planificación en salud y, finalmente, el fomento del dialogo con el paciente y su familia como medida de transparencia, conocimiento de necesidades específicas y responsabilización mutua en el problema de salud.

En comparación con el Plan de salud 2006-2010, que hacía especial referencia a aspectos de mejora del bienestar y la calidad de vida mediante la coordinación y el trabajo comunitario, intersectorial y transversal, el Plan de salud de Cataluña 2011-2015 pone especial énfasis a las propuestas de planificación orientadas al abordaje de la enfermedad que, si bien incorpora a la salud pública (destacando el Plan Interdepartamental de Salud Pública) hace especial mención a la prevención de la enfermedad y se centra especialmente la asistencia sanitaria y en la gestión. Asimismo, en el Plan de Salud 2011-2015 se volvió explícito lo que fue gestándose en los planes anteriores, en especial en el Plan de salud 2006-2010, la implementación de un modelo de gobernanza como estrategia de mejora de la eficiencia sistema de salud. .

#### **2.4. Los fundamentos legislativos y las acciones gubernamentales como pilares del modelo de la Salud Pública en Cataluña**

La reforma normativa e institucional de la Salud Pública de Cataluña es el núcleo en torno y a partir del cual se organiza la investigación que se desarrolla en esta Tesis de Doctorado. Para su establecimiento, se han tomado como antecedentes legislativos (1) la Ley General de Sanidad<sup>60</sup>, (2) la Ley d'Ordenació Sanitària de Catalunya y (3) la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>61</sup>.

La primera (1986) incorporó la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como una prioridad del Sistema Nacional de Salud. La segunda (1990), siguiendo principios de *“universalización, integración de los servicios, simplificación,* 60 Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.

61 Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

*racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria*<sup>62</sup> introdujo herramientas de gestión y organización de los servicios sanitarios como elementos esenciales para consolidar el sistema sanitario catalán y dio paso a la creación del Servei Català de Salut (actual CatSalut<sup>63</sup>) como responsable de garantizar la prestación de los servicios de salud. Y, por último, la tercera (2003) estableció los principios sobre los que sustentar las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones sanitarias públicas como estrategia para garantizar la equidad, la calidad y la participación social e incluyó, entre las prestaciones del sistema de salud, la cartera de servicios de Salud Pública.

Además, en el año 2003, se aprobó en Cataluña la Llei de Protecció de la Salut que fue especialmente relevante dado que constituyó la base para la ordenación de las y los profesionales y para la creación de estructuras de trabajo específico en Salud Pública. Esta ley se centra en la actualización y consolidación de estructuras de trabajo sobre un área específica de la Salud Pública como es la protección de la salud. Es decir, la prevención de los efectos negativos que el medio puede tener sobre la salud y el bienestar de la población (Ley Llei 7/2003, de 25 d'abril, de Protecció de la Salut). Con esta ley se inició el proceso de reforma de la Salud Pública de Cataluña; se creó la Agència de Protecció de la Salut y se abrieron las puertas para la consiguiente creación de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT).

En octubre del 2009 fue aprobada la Llei de Salut Pública de Catalunya, que define la Salud Pública como *“el conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia de la Salud Pública. La Salud Pública también debe entenderse como la salud de la población, y depende, en gran parte, de factores estructurales y ambientales, como por ejemplo la educación o la seguridad, pero también de factores ligados a los estilos de vida, como el consumo de tabaco, la actividad física o la alimentación”* (Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de Salut Pública. Pág. 81070). Esta ley resalta la visión integral de la Salud Pública, incluyendo de esta manera la protección, la promoción, la prevención y la vigilancia de la salud como elementos claves para garantizar la salud de la población e integrando las estrategias de salud, el trabajo sobre los determinantes de salud, el área de la salud laboral, ambiental y de seguridad alimentaria como parte de una visión compleja de la Salud Pública. Asimismo, conserva

62 Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenaió Sanitària de Catalunya. Pág. 3661.

63 El Servei Català de la Salut integra todas las entidades y servicios sanitarios públicos y de cobertura pública.

una perspectiva descentralizadora de la gestión en salud, manteniendo un modelo de gobernanza en el que las regiones sanitarias y los gobiernos territoriales y/o municipios tienen un papel importante en la gestión de la salud de la población.

La Llei de Salut Pública de Catalunya también propone la priorización del trabajo transversal sobre los determinantes de salud mediante acciones de protección, de promoción de estilos de vida saludables, de disminución de desigualdades y de coordinación con otros recursos territoriales<sup>64</sup>.

La participación *“especialmente la del ámbito local, tanto en el nivel institucional como el organizativo, intersectorial, profesional y comunitario”* (Llei 18/2009, del 22 d’octubre, de Salut Pública. Pág. 81072) es un componente notoriamente destacado, dado que se considera indispensable para la realización de acciones de la Agència de Salut Pública de Catalunya, resaltando su importancia en el ámbito local. A través de la participación se abre la posibilidad de producir un modelo de gobernanza en Salud Pública mediante el fomento de la coordinación y la negociación de las prioridades y las estrategias del Gobierno de Cataluña con los ayuntamientos y entes locales.

La ley de Salud Pública dio lugar a la creación de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) que integraba las funciones de la Agència de Protecció de la Salut (APS) y de la Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA). Fue constituida como una entidad de la Generalitat de Catalunya, adscrita al Departament de Salut, con personalidad jurídica propia, autonomía administrativa, financiera y con capacidad para actuar. Su objetivo era la prestación de servicios incluidos en la Cartera de servicios de Salud Pública (Federació de Municipis de Catalunya, 2009). Asimismo, la Agència de Salut Pública de Catalunya planteaba su trabajo a nivel central, dirigiendo y planificando productos y servicios en Salud Pública y a nivel regional, creando una estructura que aplicaba los lineamientos centrales y ejercía de autoridad sanitaria, coordinando actuaciones territoriales y vinculando la ASPCAT con el territorio.

Finalmente, otras funciones de la ASPCAT, importantes para la construcción de los problemas de Salud, fueron la valoración de necesidades de Salud, la vigilancia epidemiológica de los problemas, el establecimiento de los mecanismos de alerta de riesgos y la aportación de información para la planificación, la gestión y la evaluación. En este marco, la *“evidencia científica”* y el análisis del riesgo fueron consideradas la base del diseño de las políticas en Salud Pública.

---

<sup>64</sup> El programa *“Salut als Barris”* constituye un ejemplo al ocuparse, entre otros propósitos, de la mejora de la infraestructura urbanística, de la educación y de la protección y la asistencia en salud. Siguiendo el modelo de gobernanza se fomenta el trabajo conjunto entre instituciones gubernamentales de diversos ámbitos y niveles y también instituciones no gubernamentales.



Durante el proceso de constitución de la Agència de Salut Pública de Catalunya se implementaron proyectos piloto que tenían como meta<sup>65</sup> generar actuaciones de Salud Pública mediante estrategias intersectoriales, transversales y participativas, que obedecían a la necesidad de coordinar y negociar acciones y prioridades en salud con los agentes del territorio y de gestionar recursos compartidos. Es decir, se estaban gestando las bases para la creación de un modelo de gobernanza en Salud Pública.

Uno de los proyectos piloto fue el Proyecto Demostrativo de la ASPCAT en la comarca de La Garrotxa, que desarrollaba específicamente el proyecto de Educación y Promoción de la Salud en Infantes y Jóvenes. Este proyecto tenía propósitos diferenciados. Por una parte, a nivel de la ASPCAT, se planteaban los objetivos<sup>66</sup> de (a) crear una estructura para realizar intervenciones en Salud Pública en el Territorio; (b) establecer vínculos entre la estructura territorial, la regional y la central para gestionar la operativización de las líneas estratégicas propuestas dentro del Gobierno Territorial de Salud (GTS) y (c) valorar la eficacia de esta nueva organización para poder generalizarla a otros GTS. Por otra parte, se trabajó sobre la promoción de la Salud en relación con un ámbito más concreto de intervención: la educación y promoción de la Salud de los niños y los jóvenes de la comarca de La Garrotxa. Por este motivo, más allá de los objetivos orientados desde la ASPCAT, el proyecto específico tenía, en sí mismo, unos objetivos concretos ligados al territorio. Concretamente, estos objetivos eran (a) diseñar un plan transversal para la educación y la promoción de la salud en niños y jóvenes de La Garrotxa; (b) implicar a los agentes y a las entidades de La Garrotxa en la realización del plan; (c) estructurar y desarrollar las actuaciones del plan transversal mediante acciones en el ámbito educativo, sanitario y comunitario; (d) transmitir y comprometer a los centros educativos en los valores de la educación para la salud; y (e) extender a la sociedad general los contenidos de promoción y prevención de la salud llevados a cabo dentro la escuela.

Para el despliegue del Proyecto se tomó como principio básico la participación de entidades y agentes diversos siguiendo el modelo de gobernanza presentado por el Departament de Salut. Este modelo ponía de especial relieve el trabajo articulado desde el nivel central, regional y territorial, contando con la participación de entidades territoriales como el ayuntamiento, la escuela y el consorcio de Salud, entre otras. Asimismo, fue planteado un trabajo transversal con agentes de diversas disciplinas de salud y de educación. Todas estas relaciones y articulaciones fueron realizadas destacando la necesidad de que cada organización y área, en la búsqueda de

65 Extraídos del material utilizado en las presentaciones del Proyecto, no publicado.

66 Extraídos del material utilizado en las presentaciones del Proyecto, no publicado.

colaboración y de complementariedad de actuaciones, de ideas y de recursos, mantuviese su autonomía organizativa.

Además, los objetivos del proyecto piloto específico en el territorio implicaron un trabajo de salud coordinado con el ámbito escolar. En este sentido, el trabajo en la comarca de La Garrotxa adquirió unas características específicas para construir un programa sobre la Salud Pública en el ámbito educativo. Se agregaron al marco general de Salud Pública, que permitió el despliegue de proyectos de la ASPCAT en el territorio, estrategias de salud inscritas en el contexto escolar<sup>67</sup>.

Los programas de Salud Escolar (1980/1993) tenían como meta el desarrollo de tareas de prevención y promoción de la salud por parte de personal sanitario en el entorno escolar. En ellos se contemplaba la realización de exámenes de salud, la administración de vacunas y el control del cumplimiento del calendario de vacunaciones y también la educación y el asesoramiento en salud (DECRET de 17 de març de 1980, d'aprovació i aplicació del Programa de Salut Escolar y DECRET 155/1993, d'1 de juny, d'actualització del Programa de salut escolar).

Salvador Salvador Llivina y Suelves Joanxich (2008) sostienen que fue en el año 1990 cuando, con el desarrollo de la Ley Orgánica del Sistema Educativo (LOGSE, 1990), se estableció por primera vez la promoción y educación para la salud como un tema transversal presente en todas las áreas del currículo escolar. A esta ley le siguió la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2007) que remarcó la importancia de la educación en valores y competencias para el desarrollo de las libertades, las responsabilidades, el ejercicio de la ciudadanía, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad y la justicia. En el caso de la salud, se centraba en el desarrollo de saberes y aptitudes orientadas a la adopción de estilos de vida saludables e incluía dentro del currículo temas vinculados con la salud, la actividad física, la autonomía y el vínculo con las personas y el medio.

*“La escuela tiene, pues, la responsabilidad de integrar la PES en sus proyectos, y esto significa sobre todo promocionar el valor de la Salud entre todos los grupos que integran la comunidad escolar, a lo largo de todo el periodo de formación, de modo que se faciliten comportamientos saludables, y se promueva la capacidad de decisión y elección personal de estilos de vida saludables desde la autonomía y el asentamiento de actitudes positivas duraderas para el cuidado de la salud.” (Salvador Llivina y Suelves Joanxich, 2008. Pág. 35)*

En los currícula de la LOE se planteaba como elementos indispensables a trabajar en las asignaturas tradicionales, las áreas transversales vinculadas con la salud tales como

---

<sup>67</sup> Destacan como antecedentes de Proyecto de Salud y Educación de Infantes y Adolescentes de La Garrotxa, los programas de salud escolar, el programa de Educación para la salud, el programa de Salud y escuela y los currícula de la LOE.

el conocimiento y el cuidado del cuerpo, la identificación y gestión de las emociones y los sentimientos, el respeto a las diferencias, la actividad física, la sexualidad y la reproducción, la alimentación y los análisis críticos sobre los hábitos sociales vinculados a la salud, el consumo y el cuidado de los seres vivos y del medio ambiente (Salvador Llivina y Suelves Joanxich, 2008).

A partir del marco normativo de los currícula LOGSE y LOE, es pertinente destacar dos programas de educación y promoción de la salud integrados de forma transversal en el ámbito escolar: (a) el programa de Educación para la Salud en la Escuela<sup>68</sup> (DECRET 79/1990 de 20 de març, d'aprovació i aplicació del Programa l'educació per a la salut a l'escola) y (b) el programa de Salud y Escuela (Corominas, P, Prats i Coll, R., & Coll, M., 2008) que continua con el planteamiento anterior pero centrando el trabajo en la salud de los adolescentes, mediante actividades de promoción de la salud, de prevención de riesgos y de atención precoz de problemas de salud desde los centros, garantizando la confidencialidad de la información e intentando generar relaciones de proximidad con los jóvenes. Así mismo, también se potenciaba el trabajo en red de centros docentes y agentes sanitario en la promoción y prevención de la salud en temas de salud mental.

#### ***2.4.1. Las revisiones y actualizaciones normativas como factor de resonancia hacia el modelo de gobernanza***

En el año 2011 se aprobó la Ley General de Salud Pública (Ley 33/2011) cuyos contenidos no presentan discrepancias con el modelo de Salud Pública que promueve la Llei de Salut Pública de Catalunya aprobada en 2009. En su redacción se le otorga relevancia al constructo de (1) *salud en todas las políticas*, mediante el que se entiende que las intervenciones de Salud Pública trascienden el ámbito sanitario ampliándose a diversas esferas de la vida cotidiana a fin de crear entornos saludables; a la noción de (2) *equidad* en relación con las desigualdades sociales en salud que presupone que, para garantizar la equidad en salud, las acciones en Salud Pública deben tener en cuenta los determinantes sociales de la salud; y al constructo (3) *eficacia de las políticas y acciones de salud pública*, fundamentado en la necesidad de evaluar el proceso de desarrollo y los resultados de las intervenciones de salud y en el establecimiento de actuaciones en materia de salud de forma proporcional a su magnitud, su eficiencia y su sostenibilidad<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Su meta era integrar la educación para la salud en la escuela, fomentar conductas saludables y prevenir conductas de riesgo en toda la comunidad educativa, establecer vínculos institucionales entre el sistema sanitario y educativo, y controlar las condiciones ambientales para generar un entorno escolar saludable.

<sup>69</sup> Los componentes que he mencionado corresponden, respectivamente, a los principios de (1) salud en todas las políticas, (2) de equidad, (3) de pertinencia y (4) de evaluación. Además de estos principios, la

Asimismo, se desplegó el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) que se propició con la aprobación de la Llei de Salut Pública de Catalunya (Llei 18/2009, de 22 d'octubre) y que constituye el instrumento que vincula las diversas instituciones y sectores para el desarrollo de políticas de salud.

El PINSAP justifica su existencia en la necesidad de extender las actuaciones de salud a ámbitos que se escapan de las funciones del Departament de Salut y propone coordinar diversos departamentos de la Generalitat de Catalunya, instituciones, entidades y el nivel local con la finalidad de operar sobre los determinantes de la salud que requieren de una intervención integral y combinada. Es, pues, un instrumento de gobernanza que tiene como finalidad hacer presente a *la salud en todas las políticas*.

Recientemente, en el desarrollo de la Salud Pública se han producido cambios institucionales de relevancia que tienen implicaciones importantes. Estos cambios son, principalmente, la desaparición de la figura jurídica de la Agència de Salut Pública de Catalunya y transformaciones en los vínculos de relación entre el ámbito local y las instituciones autonómicas de Salud Pública.

El 5 de agosto de 2014 se firmó el Decret 119/2014 de Reestructuració del Departament de Salut, que reconfigura el modelo organizativo de las instituciones de Salud Pública del Gobierno autonómico de Cataluña. Con este decreto desaparece la figura de la Agència de Salut Pública de Catalunya (que solo queda como marca de representación de las acciones de Salud Pública), siendo la *Secretaria de Salut Pública* quien agrega a sus funciones de definición y planificación de las políticas y estrategias de Salud Pública, las tareas detentadas por la ASPCAT.

Asimismo, con el Decret 119/2014 de Reestructuració del Departament de Salut, se creó la *Secretaria de Participació Social i Local en Salut*, la cual contrajo las funciones de relación con los órganos de participación local y ciudadanía con la autonomía en materia de salud. Finalmente, un elemento relevante es la desaparición de los servicios territoriales del Departament de Salut, cuyas funciones de representación del Departament de Salut en el Territorio son asumidas por las regiones sanitarias.

Con todo, la vigencia de la Llei de Salut Pública de Catalunya, la aprobación de la Ley de General Salud Pública del Estado Español, la creación de la *Secretaria de Participació Social i Local en Salut* y el despliegue del PINSAP, son muestras de un

Ley de Salud Pública contempla el principio de precaución (la limitación o prohibición de actividades que puedan generar problemas en la salud de la población); de transparencia (referido a la comunicación de información de forma comprensible para la ciudadanía); de integralidad (el desarrollo de las intervenciones de Salud Pública de forma coherente en el marco del sistema sanitario) y de seguridad (requerimiento de la constatación previa de seguridad en salud del despliegue de las intervenciones de Salud Pública).

modelo de Salud Pública que mantiene su expansión desde una lógica de gobernanza, extendiendo la presencia de la salud más allá del ámbito puramente sanitario, y destacando la importancia de la integración de diversos agentes en el gobierno de la población en materia de salud.

A lo largo de este capítulo, espero haber esbozado el proceso mediante el cual la salud se vuelve objeto de gobierno de la población. En este proceso, las acciones de gobierno orientadas a producir salud y prevenir la enfermedad trascienden el ámbito sanitario para instalarse en diversas esferas de la vida cotidiana de las personas.

Asimismo, espero haber evidenciado que el interés por el gobierno de las personas, fundamentado en la salud y la enfermedad, lleva asociada; por una parte, a una extensa y variable producción de saberes y tecnologías que construyen a la salud como un concepto múltiple y complejo. Y por otra parte, a una gran diversidad de instancias que producen tales saberes y tecnologías, y dirigen intervenciones de salud.

Ante este escenario, las acciones de gobierno producidas desde áreas propiamente de salud y desde las instituciones gubernamentales, se conciben insuficientes. Es por ello que, tal y como se presentó en el capítulo, se plantea necesario coordinar agentes e instituciones con la finalidad de dar respuesta las necesidades de salud en toda su complejidad. Se crea pues, un escenario privilegiado para el despliegue de la gobernanza como estrategia de gobierno, cuyo fin se justifica en mejorar la eficiencia de las intervenciones de salud pública<sup>70</sup>.

Dado que la gobernanza se vuelve una pieza fundamental para comprender el desarrollo de las acciones de gobierno en Salud Pública actuales, profundizaré sobre esta temática en el capítulo 4: *“Transversalidad, intersectorialidad y gobernanza: bases e instrumentos de la Salud Pública”*. Así pues, mientras que este capítulo proporciona un marco interpretativo para comprender los discursos actuales de la Salud Pública y las prácticas de gobierno que de ellos se despliegan, construyendo el modelo actual de Salud Pública. El capítulo 4 aborda específicamente, cómo la necesidad de coordinación y flexibilización organizativa se materializa en estrategias concretas, donde la gobernanza es concebida una pieza clave para dar respuesta a las necesidades de gobierno.

---

<sup>70</sup>Muestra de ello son los últimos organismos planteados en Cataluña con el objetivo de abrir la participación en la definición de necesidades y la ejecución de intervenciones sobre la salud pública, a instancias gubernamentales ajenas al Departament de Salut y también, a instancias y agentes no gubernamentales (Por ejemplo: los Gobiernos Territoriales de Salud, el Plan interdepartamental de Salud Pública y la *Secretaria de Participació Social i Local en Salut*).



***CAPÍTULO 3:***  
***LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: REVISIÓN Y***  
***CUESTIONAMIENTO DE UN PROCESO***





### **3.1. Introducción: tres niveles de intervención en Promoción de la Salud**

En este capítulo presento las teorías habitualmente utilizadas para dar respuesta a los planteamientos de Promoción de la Salud. Destaco el abordaje de la promoción de la salud bajo tres niveles de intervención: los intrapersonales, los interpersonales y los comunitarios. El nivel intrapersonal centra las intervenciones en el sujeto que realiza la acción; el nivel interpersonal se focaliza en el tratamiento de la influencia de los grupos sobre las personas; mientras que el nivel comunitario abarca a grandes grupos o toda la población. De este último, reviso el trabajo sobre los determinantes sociales de la salud dado que, actualmente, recibe un especial interés en la intervención y abre las políticas públicas de salud a una conciencia crítica sobre las condiciones de ser de las personas que posibilitan, o no, ciertas prácticas saludables. Luego del abordaje de cada nivel de intervención, repaso sintéticamente la propuesta de integración de los tres niveles mencionados de la perspectiva ecológica.

Finalmente, presento las propuestas que analizan a la Promoción de la Salud desde un enfoque completamente diferente a los anteriormente citados. Estas propuestas, problematizan a la Promoción de la Salud como dispositivo de gobierno e interrogan sobre los discursos y funciones del Bienestar, el componente distintivo de esta área de intervención en Salud Pública.

### **3.2. La persona y su entorno como ejes de intervención**

Los conceptos teóricos en el ámbito de la Promoción de la Salud permiten configurar objetos de intervención, a la vez que proveen de herramientas para el despliegue de líneas de acción sobre ellos. La teoría habilita para conformar de forma específica un determinado fenómeno susceptible a ser abordado desde la Salud Pública y, al mismo tiempo, definir una situación base y diseñar estrategias de intervención coherentes con ese marco teórico. Tal y como afirma el *National Cancer Institute* (2005):

*“la teoría provee de un mapa de ruta para estudiar problemas, desarrollar intervenciones apropiadas y evaluar sus éxitos”* (National Cancer Institute, 2005. Pág. 9. [Traducción propia])

Tal y como examino a continuación, existen diversos abordajes teóricos de la Promoción de la Salud: unos se centran en los cambios de las prácticas sociales

haciendo mayor hincapié en las personas como “individuos” y otros se centran en espacios de interrelación social a nivel "micro" (como, por ejemplo, las familias o los grupos de amigos) y/o a nivel más "macro" (como, por ejemplo, los barrios, las instituciones, etc.). La variabilidad de teorías obedece a la caracterización de la Promoción de la Salud según una gran diversidad de ámbitos, de temas, de personas y de momentos.

Se distinguen 3 niveles de influencia desde donde se dirigen las intervenciones de Promoción de la Salud (National Cancer Institute, 2005):

1. Intrapersonal o individual: referido al interior de la persona (actitudes, creencias, conocimientos, etc.), aunque el entorno puede influir (modelándolos, cambiándolos, etc.) sobre los diferentes componentes psicológicos.
2. Interpersonal: entendido como los grupos de relación próximos (familias, amigos/as, compañeras/os, etc.).
3. Comunitario: referido al que afecta a las relaciones intra e interpersonales. McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz (1988) diferencian entre:
  - a. Institucionales y organizacionales: referido a las reglas, políticas y estructuras que promueven conductas.
  - b. Comunitarios<sup>71</sup>: referido a las redes sociales y normas, a nivel general, que producen marcos de acción del tejido social.
  - c. Políticas públicas: referido a las a las políticas y leyes que regulan o dan soporte a actuaciones vinculadas con la salud. Estas leyes y políticas pueden ser de nivel local, autonómico, estatal o internacional y relacionarse con la protección, la promoción, la asistencia, la vigilancia epidemiológica, etc.

### **3.2.1. Los tres niveles de influencia de la intervención en clave teórica**

Las teorías actuales sobre los niveles intrapersonales e interpersonales suelen estar centradas en perspectivas cognitivo-conductuales, en especial las vinculadas con Psicología social tradicional. La mayoría de estas teorías entienden el nivel

---

<sup>71</sup> McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz (1988) identifican 5 factores de influencia sobre la salud: intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarios y políticas públicas. Estos 3 últimos, se suelen agrupar dentro de la categoría “ nivel comunitario” dado que las perspectivas comunitarias son las que incluyen a todos estos niveles como elementos estrechamente interrelacionados: “ *dirigirse al nivel comunitario requiere tener en consideración factores institucionales y políticas públicas, así como también las redes sociales y normas*” (National Cancer Institute, 2005. Pág. 11 [Traducción propia])

interpersonal (los grupos) como fuente de influencia personal. Asimismo, todas ellas comparten las siguientes premisas:

1. La conducta está mediada por las cogniciones: lo que las personas piensan y saben afecta sus acciones.
2. El conocimiento es necesario para cambiar una conducta, pero no es suficiente.
3. Las percepciones, motivaciones, habilidades y el entorno social son importantes para entender la conducta y realizar cambios.

Tanto los niveles de influencia intrapersonales como los interpersonales se clasifican dentro de los modelos sociocognitivos (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998). La diferenciación entre ambos niveles se basa en el acento conferido a la persona y a su entorno próximo como fuente de influencia (que refieren al nivel intrapersonal y al nivel interpersonal respectivamente).

Las teorías del nivel comunitario integran dimensiones sociales, culturales, políticas y económicas que permiten interpretar la situación de salud y promocionar cambios de hábitos. Con todo, estas teorías mantienen la perspectiva de la Psicología Social Psicológica, que plantea una relación entre el sujeto y el contexto social como entidades separadas, donde lo social modela lo personal. Desde esta óptica, los componentes sociales, políticos y económicos se transforman en agregados que complementan y ayudan al cambio de comportamiento mediante cambios en el entorno a nivel social y estructural.

### **3.2.2. Nivel intrapersonal o individual**

El nivel intrapersonal o individual representa el estrato de desagregación elemental en la Promoción de la Salud. Partiendo de la concepción contemporánea del individuo, en la que los procesos cognitivos y el aprendizaje conductual son aspectos indispensables para comprender las acciones, el abordaje sobre los aspectos intrapersonales se vuelve esencial para cambiar los *hábitos* de las personas. Tomado como área de saber de referencia en Promoción de la Salud, el nivel intrapersonal incluye diversas temáticas de estudio en Psicología tales como los conocimientos, las creencias, las actitudes, las motivaciones, el autoconcepto, las experiencias, las capacidades, las habilidades, etc.

En este nivel destacan las siguientes elaboraciones teóricas: el Modelo de las creencias en salud (*The Health Belief Model* –HBM); la Teoría transteórica; el Modelo del

proceso de adopción de precaución (*Precaution Adoption Process Model*) y las teorías de la autorregulación.

### **3.2.2.1. El Modelo de las creencias en salud (*The Health Belief Model – HBM*)**

El modelo de las creencias en salud trata de explicar la relación entre las cogniciones (creencias) y sus implicaciones en las conductas relacionadas con los problemas de salud (la prevención de una enfermedad, los hábitos saludables, el tratamiento, etc.). El foco central del modelo es la motivación y suele ser utilizada para el diseño de intervenciones de cambio de comportamientos relacionados con el tratamiento de problemas de salud vinculados a la toma de decisiones<sup>72</sup> (como, por ejemplo, los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual).

Según el modelo, la probabilidad de que una persona realice una conducta saludable depende directamente de la amenaza percibida de contraer una enfermedad y su relación con el balance coste/beneficio del comportamiento que la previene (Soto Mas, et al. 1997).

El modelo plantea 6 factores que influyen la toma de decisiones (National Cancer Institute, 2005 Pág. 13):

1. Percepción de susceptibilidad: es la creencia relativa a poder ser afectada/o por un problema de salud.
2. Percepción de severidad: referida a las ideas sobre el impacto del problema sobre la calidad de vida o la integridad física, psicológica o mental<sup>73</sup>.
3. Percepción de beneficios: es la consecuencia positiva (a nivel psicológico, social o físico) atribuida al comportamiento realizado. Se logra relacionando la toma de decisión saludable y la reducción de probabilidades de contraer el problema de salud.
4. Percepción de Barreras: referida a aquellos elementos que suponen una dificultad o un coste para realizar el comportamiento (esfuerzos, economía, etc.). .

<sup>72</sup> El Modelo lo propusieron, en 1950, un grupo de Psicólogos/as Sociales del Servicio de Salud Pública de EEUU con la finalidad dar una explicación a la toma de decisiones que, en un principio, parecen ser contrarias a las esperadas en relación con el cuidado de la salud, tales como la escasa participación en programas de prevención primaria y de cribado.

<sup>73</sup> La combinación de la percepción de susceptibilidad con la percepción de severidad conforman la percepción de amenaza del problema en salud.

5. Señal para la acción: relativa al conjunto de factores que activan, desencadenan o promueven el comportamiento esperado. Estos factores pueden ser internos (como la aparición de síntomas) o externos (como las campañas de salud).
6. Auto-eficacia: la confianza de las personas en su capacidad para poder realizar el comportamiento.

Según este modelo, la mayor percepción de la severidad del problema de salud y la susceptibilidad de sufrirlo, la percepción de pocas barreras, de beneficios elevados y de confianza en la capacidad personal de concretar la conducta, sumado a la promoción de la toma de decisiones por parte de diferentes vías de comunicación, serían elementos que facilitarían la toma de decisiones en la dirección saludable (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998 y Center for Promoting Ideas – USA, 2011) .

El Modelo de las creencias en salud toma en consideración la influencia de elementos sociodemográficos o psicosociales. No obstante, esta influencia se encuentra en un segundo nivel, mediada por las cogniciones y percepciones, que actuarían como determinantes del comportamiento.

### **3.2.2.2. La Teoría transteórica**

La Teoría transteórica<sup>74</sup> o modelo de etapas de cambio, se basa en la consideración de que los cambios en las conductas no son un evento, sino un proceso que implica 5 etapas. Estas etapas son comunes en los procesos de cambio de conducta, pero adquieren diferentes características según el tipo de conducta a cambiar (por ejemplo, el cambio del hábito tabáquico difiere en sus etapas en los cambios en la realización de ejercicios).

Asimismo, el modelo descrito por la Teoría no es lineal ya que, la progresión lineal, es un proceso posible pero no común en los procesos de cambio de comportamiento, puesto que las personas tendrían una cierta tendencia a volver a etapas anteriores antes de hacer efectivo un cambio de hábito. Dado que esta teoría asume que *“la recaída es la norma más que la excepción* se dice que el modelo de etapas de cambio sigue *un patrón de espiral de cambio* (Prochaska y Norcross, 1994 Pág.6). Es por ello que se afirma que, el retorno a etapas previas, podría generar desánimo entre quienes están en el proceso de cambio, pero también podría generar un aprendizaje de los errores para

---

<sup>74</sup> Se desarrolló a partir de estudios comparativos sobre la deshabituación del consumo de tabaco (Prochaska y DiClemente, 1983).

los próximos intentos de modificación de la conducta. Las etapas que describe la Teoría transteórica son:

- **Pre-contemplación:** definida por la resistencia a reconocer un problema o un intento de cambio. Es un momento en el cual no hay intención de hacer efectivo ningún cambio de la conducta en un futuro próximo (en un periodo máximo de 6 meses). Según Prochaska y Norcross (1994), la mayoría de las personas que se ubican en esta etapa no son conscientes de la existencia de un problema o le restan importancia. En ciertos casos, acuden a especialistas o dicen querer realizar un cambio por sentirse coaccionados/as por personas del entorno y, por tanto, al acabar la presión la posible orientación al cambio desaparece. En otros casos, sí se plantea un deseo de cambio, aunque no una intención clara de producirlo en un futuro próximo. Las estrategias de intervención en esta etapa se dirigen a provocar un aumento de la percepción de la necesidad de cambio, y a proporcionar información sobre el peligro del problema de salud y la mejora que el cambio de hábitos podría generar.
- **Contemplación:** el rasgo característico de esta etapa es el conocimiento de la meta que se pretende conseguir, pero no encontrarse preparado para iniciar el cambio: Es decir, la persona es consciente del problema y tiene previsto realizar un cambio de la conducta en los próximos 6 meses, pero aun no ha adquirido un compromiso del paso a la acción. Otras características de esta etapa son la evaluación de los beneficios y de las dificultades que generaría dejar la conducta previa, el esfuerzo en el cambio y las consecuencias posibles del cambio de conducta. Puesto que ya hay percepción del riesgo y una predisposición al cambio, el objetivo de intervención en esta etapa es aumentar la motivación de la persona.
- **Preparación:** constituye el momento en que la persona tiene la intención de realizar un cambio en el próximo mes y ha orientado alguna conducta en el sentido de prepararse para la acción. No obstante, aunque las personas que se encuentran en esta etapa suelen realizar cambios de comportamiento orientados a la meta final, estos no alcanzan a ser completos<sup>75</sup>. En este caso, las acciones de intervención se orientan a ayudar a la planificación de la conducta saludable y al establecimiento de objetivos a corto plazo (como, por ejemplo, caminar para ir a trabajar, subir las escaleras, etc.).
- **Acción:** comprende el momento en el que la persona cambia sus conductas o el entorno con el objetivo de solucionar el problema. Requiere de un compromiso

---

<sup>75</sup> Por ejemplo, la reducción, no el cese, del consumo de tabaco, la reducción del consumo de alcohol o el tener la intención de comenzar a desenvolver hábitos saludables en la realización de ejercicio físico, mediante la búsqueda de gimnasios, de posibles cambios de horarios, etc.

por parte de la persona y de un gasto de energía (Prochaska y Norcross, 1994) orientado a superar continuamente las posibles situaciones que podría generar el problema. Si bien en esta etapa la persona ya está realizando la conducta saludable, esta aun no se ha consolidado como un hábito o estilo de vida (el cambio se ha producido en un período inferior a 6 meses). Las intervenciones orientadas para esta etapa integran el soporte de la persona mediante estrategias de motivación, las solución de problemas, el soporte social, etc.

- **Mantenimiento:** etapa en la que el cambio se consolida y se mantiene en el tiempo (más de 6 meses). Es decir, la conducta se consolida en la persona y se integra como una actividad dentro de la normalidad de las actividades cotidianas. En esta línea, la persona dirige sus esfuerzos a prevenir la recaída y mantener los resultados de cambio de conducta. Las estrategias orientadas para esta etapa son fomentar la motivación, recordar los beneficios de la actuación, facilitar situaciones para el estabilizar el cambio de la conducta, etc.

### **3.2.2.3. El Modelo del proceso de adopción de precaución (*Precaution Adoption Process Model*)**

El Modelo del proceso de adopción de precaución (National Cancer Institute, 2005) tiene similitudes con la Teoría transteórica pero, aunque esta última suele ser utilizada para el desarrollo de intervenciones con personas que tienen grandes reticencias para el cambio (como, por ejemplo, dejar de fumar), es menos útil para hacer frente a riesgos de nuevos descubrimientos o de nuevas propuestas de prevención de un problema de salud. Esta es la razón principal que, para el abordaje de nuevos problemas de salud, se propusiese este Modelo.

La vertebración del Modelo se organiza en torno a 7 etapas que van desde la falta de conciencia hasta la adopción y el mantenimiento de la conducta saludable. Concretamente (Glik, et al. 2014):

1. La primera etapa implica un desconocimiento del peligro o del problema de salud (por ejemplo, la utilización de jeringas y la transmisión del SIDA).
2. La segunda etapa se refiere al conocimiento de la existencia del problema, pero sin que este se convierta en un elemento de preocupación para la persona.
3. La tercera etapa constituye el momento en que la persona se plantea la decisión de actuar, o no, en relación al problema.

4. La cuarta etapa<sup>76</sup> es la referida al momento en que la persona decide, finalmente, no actuar.
5. La quinta etapa se refiere a la decisión afirmativa de la persona de realizar la acción.
6. La sexta etapa es la acción propiamente dicha.
7. La séptima es el mantenimiento de la conducta.

El Modelo sostiene que las personas pasan por cada etapa sin saltarse ninguna de ellas. Es posible volver atrás en las últimas etapas (como en el caso de la toma de decisión de actuar o no actuar), pero no se puede volver a la situación inicial puesto que, el conocimiento del problema no se puede “desaprender”. Las estrategias fundamentadas en este Modelo suelen tener en cuenta las primeras fases, previas a la toma de decisiones de actuar o no hacerlo (National Cancer Institute, 2005).

#### **3.2.2.4. Las teorías de la autorregulación**

Las teorías de la autorregulación afirman que la dimensión más importante en la determinación de la acción es la intención de ejecutar la conducta o, dicho de un modo más preciso, “*la decisión o propósito firme de realizar la conducta en un futuro próximo inmediato*” (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998. Pág. 169). Asimismo, la realización de la conducta se ve, a su vez, influenciada por las *actitudes hacia ella* y por *las normas subjetivas*. Según el modelo, las primeras, son juicios personales (positivos o negativos) sobre la conducta y están determinadas por las creencias relativas a esta y por la evaluación de sus posibles consecuencias<sup>77</sup>. En cuanto a las segundas, las normas subjetivas enmarcan las percepciones en relación a la aprobación o desaprobación de la conducta por parte del grupo de referencia<sup>78</sup>. Además, según este modelo, las normas subjetivas están determinadas por creencias normativas (“*es normal consumir porros pero no cocaína*”) y por motivaciones para cumplir la norma (“*si consumo porros seré*

<sup>76</sup> La cuarta y quinta etapa puede decirse que están a un mismo nivel, aunque en direcciones opuestas.

<sup>77</sup> Por ejemplo, la creencia en torno a la realización de ejercicio saludable aumenta la esperanza y la calidad de vida y también su posible consecuencia: si hago ejercicio aumentaré las probabilidades de vivir más y mejor.

<sup>78</sup> Por ejemplo, la persona percibe que los padres no aprueban el consumo de drogas pero, en el grupo de amigos, es un signo de libertad y de identidad grupal.



*aceptada/o por el grupo, pero si consumo cocaína seré vista/o como una/o adicta/o”)*  
(Moreno Jiménez, et al. 2005 y Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998.).

Entre las teorías de autorregulación, las más representativas son las teorías de la conducta planificada y la Teoría de la Acción Razonada<sup>79</sup>. La diferencia entre ambas es que la primera añade a los dos constructos mencionados de actitudes hacia la conducta y de la norma subjetiva, un tercero: el *control conductual percibido*, que se refiere al grado de dominio que la persona cree tener sobre la conducta (si se considera capaz, o no, de realizarla y las dificultades que puede tener para ello); es más probable que las personas intenten una conducta si creen que están capacitadas para realizarla (National Cancer Institute. 2005 y Rodríguez-Kuri, et al. 2007) .

Estas teorías asumen que factores como la cultura y el entorno no explican de forma independiente la probabilidad de que una persona actúe de una cierta manera sino que influyen en la conducta a través de los elementos que describe el modelo.

### **3.2.3. Nivel interpersonal: la Teoría cognitiva social**

Las teorías de nivel interpersonal toman en mayor consideración los aspectos sociales, y los incorporan como factores que pueden facilitar o dificultar el desarrollo de conductas saludables. Asumen que las personas son sujetos sociales y, como tales, son influidas por el entorno social. Estas teorías insisten especialmente en trabajar con grupos de relación próximos, como la familia, las/os amigas/os, las/os compañeras/os, etc..

La Teoría cognitiva social es la que tiene mayor peso en el desarrollo de modelos interpersonales sobre la conducta en salud. Describe procesos en que los factores personales y los contextuales se influyen mutuamente de forma dinámica (National Cancer Institute, 2005). Es decir, esta teoría asume que los cambios que generan las personas repercuten en su entorno y, al mismo tiempo, el entorno promueve o dificulta la realización de una práctica saludable.

---

<sup>79</sup> Surgida como una teoría general para la explicación y la predicción de conductas (Fishbein, 1967 y Ajzen y Fishbein, 1980, en Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998), posteriormente fue utilizada en el Área de la Promoción de la Salud.

Entre los planteamientos de la Psicología Social cognitivista, la Teoría de la Autoeficacia de Bandura ha sido especialmente decisiva en el despliegue de estrategias interventivas en Promoción de la Salud. Según esta teoría, el pensamiento regula la motivación y las conductas de las personas. Para explicarlo, distingue tres tipos de expectativas (Olivari Medina y Urra Medina, 2007): (a) las *expectativas de la situación*, referidas a las creencias sobre la influencia de elementos del entorno, ajenos a la acción personal, sobre ciertas condiciones o situaciones; (b) las *expectativas de resultados*, relativas a la atribución de ciertas consecuencias en la realización de la conducta personal y (c) las *expectativas de eficacia*<sup>80</sup> (o autoeficacia) relacionadas con la confianza que la persona tiene sobre su propia capacidad o habilidad para desarrollar una acción y para afrontar las dificultades. Además, se añade otro componente al modelo: *las metas*. Es decir, los objetivos del comportamiento (por ejemplo, hacer ejercicio 2 veces por semana).

La Teoría concluye que las expectativas y las metas son los elementos primordiales que influyen en la posibilidad de que una persona quiera realizar un cambio en sus conductas vinculadas con la salud (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998). En especial, el concepto de autoeficiencia fue extensamente utilizado en el área de la salud para explicar e incidir sobre la elección de actividades, sobre el esfuerzo puesto en ellas y sobre la persistencia. Aplicado a temas como las enfermedades crónicas, el consumo de drogas, las conductas sexuales de riesgo, el ejercicio físico, la pérdida de peso, el tabaquismo, etc. (Olivari y Urra, 2007), quienes se adscriben a esta teoría, afirman que las expectativas de autoeficiencia elevada tienen mayores posibilidades de dar inicio a conductas saludables, de buscar tratamientos, y de esperar que produzcan resultados positivos sobre la salud. Además, la autoeficiencia modularía las respuestas emocionales sobre la conducta (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998). En este sentido, según esta teoría, las personas con una autoeficiencia positiva tienen mayores probabilidades de valorar positivamente su salud, estar menos depresivos y recuperarse de forma más rápida de las enfermedades.

No obstante, más allá de la relevancia de la percepción positiva de la eficiencia personal para realizar acciones y adquirir hábitos saludables, es importante la capacidad “real” para ejecutarlas. Es decir, la competencia o habilidad personal<sup>81</sup>. Por ello, el aprendizaje de competencias se vuelve especialmente significativo para que la persona asuma

---

<sup>80</sup> La noción de expectativa resulta variable en el tiempo y vinculada a situaciones específicas. Las expectativas se reelaboran constantemente a partir de la integración de información procedente de diversas fuentes tales como la experiencia personal, el aprendizaje social (observación del comportamiento de los otros), la percepción del estado fisiológico del organismo y la persuasión verbal (Villamarín Cid y Álvarez Moleiro, 1998).

<sup>81</sup> Por ello, las intervenciones de información y formación en salud se orientarían a dotar a las personas de competencias, conocimientos y/o habilidades para el desarrollo efectivo de una conducta.

hábitos saludables. Ahora bien, siguiendo la Teoría cognitiva social<sup>82</sup>, la teoría de la autoeficacia asume que la persona puede adquirir competencias mediante aprendizaje directo (a través, por ejemplo, de charlas formativas, de asesoramiento personal, etc.) y mediante aprendizaje indirecto, en el que otras personas sirven de modelo para aprender a actuar y prever los resultados de la acción (actuando como reforzadores o inhibidores de la conducta).

Los planteamientos relativos a las expectativas y el aprendizaje son ejemplos de las premisas subyacentes a los modelos sociocognitivos, que entienden los procesos sociales como el conjunto de sistemas individuales de procesamiento de la información que interaccionan y se influyen unos a otros. Desde este marco conceptual, el foco de atención son los procesos cognitivos<sup>83</sup> (entendidos como el procesamiento e integración de la información en la mente) que median en las conductas a través de la influencia informacional del medio.

El constructo procesamiento de la información sitúa la mente en el centro del análisis de la información interna y externa. La información es transmitida y llega a la mente mediante el sistema sensorial. Desde esta perspectiva, se sostiene la existencia de una realidad externa, que todas las personas nos representamos de forma más o menos fidedigna<sup>84</sup>.

En este sentido, quienes construyen su área de saber a partir de teorías de la mente, se orientan a dotar a las personas de recursos para el correcto procesamiento de la información, externa e interna, que le permita evaluar las circunstancias de forma objetiva y desarrollar respuestas coherentes con tal evaluación. Desde este prisma, las expectativas, el *locus* de control, las atribuciones, la autoeficiencia, etc. son recursos cognitivos de los que cada persona dispondría y que conformarían la base para procesamiento de la información, mientras que el entorno se vuelve una fuente de información.

---

82 Esta Teoría asume los postulados sobre el aprendizaje social de Bandura, que afirman que el conocimiento no surge solo de la experiencia directa, sino que mediante la observación de las prácticas de otras personas se aprenden hábitos más o menos saludables (National Cancer Institute, 2005).

83 *“La teoría cognitivista señala como su objeto de estudio a la mente definida como cognición. La cognición es el procesamiento de información definida como computación simbólica, es decir, manipulación de símbolos basada en reglas. Los símbolos son unidades de información que se corresponden con estados del mundo real (Varela, 1988), por ello se les llama representaciones”* (Sisto, 2006. Pág. 84)

84 Quienes sustentan esta idea asumen que, mediante el procesamiento correcto de la información que llega a nuestra mente, podemos eliminar los elementos que generan confusión y dificultan el conocimiento de las cosas tal cual son, siendo el pensamiento lógico el que permite representar la realidad verdaderamente tal cual es (Rorty, 1989). Considerando esta visión, la persona mediante la cognición sería capaz de discernir entre las cosas reales y los sesgos personales y culturales, pudiendo así conocer la realidad independientemente de sí misma y de su sociedad.

### **3.2.4. Nivel comunitario**

El comunitario es el nivel que influye sobre las actuaciones individuales e intrapersonales. Los modelos de nivel comunitario analizan las dinámicas dentro del tejido social, los procesos de cambio y las estrategias para movilizar organizaciones y colectivos, con el objetivo de generar condiciones que faciliten y promuevan sujetos saludables. En este sentido, las estrategias de promoción de la salud a nivel comunitario (leyes, mejora urbana, etc.) sirven como soporte al cambio de la conducta establecido a nivel individual.

A continuación, presento los marcos conceptuales más destacados del nivel comunitario y me detengo en los determinantes sociales de la salud, por ser un área de intervención de especial relevancia en la actualidad.

#### **3.2.4.1. La Teoría de la difusión de innovaciones**

La Teoría de la difusión de innovaciones tiene como objeto expandir las intervenciones consideradas efectivas al mayor número de personas posibles, para alcanzar el mayor impacto en la salud poblacional (se refiere tanto a programas de promoción de la salud, como de protección, cribado o asistencia). Con este propósito, la Teoría se orienta a analizar cómo diferentes ideas, prácticas sociales o productos nuevos se diseminan de una comunidad a otra o de una organización, grupo social o colectivo a otro.

Según la propuesta de esta Teoría, para que una difusión de información sea efectiva, se hace relevante la implementación de estrategias de comunicación diversas, como la utilización de los medios de comunicación (televisión, radio, prensa escrita, etc.) y el recurso a las relaciones interpersonales (entre compañeros/as, familias, vecinos/as, etc.). La razón estriba en que, a mayor variabilidad de formas de comunicación (informales y/o formales), aumenta la probabilidad de que la novedad sea adoptada por un mayor número de personas, instituciones o políticos/as (National Cancer Institute, 2005)

Rogers, (1995) se refiere a la *Tasa de adopción* para describir la velocidad y la extensión con la que una innovación es adoptada por la comunidad. Es decir, el número de personas que incorporan una innovación en un periodo de tiempo concreto. La percepción de los atributos de la innovación es uno de los factores esenciales para explicarla. El autor destaca 5 atributos: (1) la *ventaja relativa* de la intervención: su

capacidad para mostrarse superior en relación a otras similares; (2) *la compatibilidad*: referida a la adecuación de la innovación según el lugar y la población a la que se pretende difundir; (3) *la complejidad*: relativa a la dificultad de implementar la intervención (mientras más sencilla sea de realizar, más fácil será su difusión); (4) *la "Trialability"* (capacidad probatoria): relacionada con la posibilidad de producir evidencia que pruebe la eficacia de la innovación y (5) *la observabilidad*: referida a la capacidad que tiene la acción para generar resultados observables.

Asimismo, Rogers, (1995) agrega que existen otras variables que pueden influir en la diseminación de una innovación tales como (1) *el tipo de innovación-decisión* (a mayor número de personas implicadas en la innovación, más lento es el proceso); (2) *los canales de comunicación* (la identificación del canal de comunicación adecuado al mensaje y a los/as receptores/as); (3) *la naturaleza del sistema social* (normas, redes de comunicación, etc.); y (4) *los esfuerzos para extender el cambio de los agentes de promoción*.

#### **3.2.4.2. La Teoría de la comunicación**

El principal elemento de análisis de la Teoría de la comunicación en relación con la Promoción de la Salud es cómo los procesos de comunicación pueden generar cambios en las prácticas en relación con su salud. Para ello, este modelo analiza la fuente, el mensaje, el canal de comunicación, la audiencia y los efectos del mensaje sobre las conductas, las creencias y las ideas de las personas.

Concretamente, la Teoría asume la importante influencia de los medios de comunicación sobre la audiencia (entendida como la población general, los grupos diana a quienes va dirigido el mensaje) y también sobre las y los políticas/os y técnicos/as que desarrollan estrategias de intervención y políticas públicas<sup>85</sup>. En este sentido, el concepto de *efectos de los medios de comunicación* (National Cancer Institute, 2005) remite a las consecuencias que tiene la diseminación de ideas, de imágenes y de valores a través de los medios de comunicación.

Distintos estudios han identificado diferentes variables implicadas en la influencia que los medios de comunicación pueden tener sobre su audiencia. Algunas de estas variables son: (a) *las características de la fuente*: su credibilidad, su identificación y su

---

<sup>85</sup> En el estudio sobre los efectos de los medios de comunicación, no solo se analiza cómo estos influyen sobre los conocimientos, las actitudes y las conductas de la audiencia, sino también cómo la propia audiencia afecta a los medios. Es decir, se plantea que, además de la influencia de los medios sobre la audiencia, el contenido transmitido a través de ellos refleja las necesidades, las preferencias y los intereses de la audiencia, puesto que la audiencia es considerada activa en la solicitud y utilización de la información de salud de los medios (National Cancer Institute, 2005).

convicción en la difusión del mensaje y su autoridad para sancionar el cumplimiento, o no, de la acción, ejercerá una mayor capacidad de influencia; (b) *las características de la propia audiencia*: su apertura al cambio, sus formas de procesamiento de la información, etc.; (c) *las características de mensaje*, tales como la complejidad del problema de salud, su importancia, la relación entre la conducta que se espera y los efectos sobre el problema, etc.; (d) *el tiempo de exposición del mensaje*: cuanto mayor sea, mayor será su influencia y (e) *la variabilidad de canales de comunicación*: a mayor diversidad de canales, mayor influencia.

El principio que sostiene la Teoría es que los medios de comunicación no imponen el contenido del pensamiento, pero orientan la atención hacia determinados temas y guían el enfoque que podamos tener sobre ellos (National Cancer Institute, 2005). Por ejemplo, en el caso de la planificación familiar, pueden orientar la atención a los embarazos adolescentes y focalizar su entendimiento a partir de su relación con la falta de planificación, la reestructuración de las relaciones familiares, sociales, formativas y/o laborales de las personas implicadas; la generación de parejas inestables, de conflictos psicológicos, de abortos y de dificultades en el acceso al mercado laboral y/o la formación (Rohlf, Valls, y Pérez, 2005, en Borrell y Benach, Coords. 2005).

### **3.2.4.3. La organización Comunitaria y otros modelos participativos**

Existen enfoques que enfatizan la definición de necesidades y la solución de problemas que son impulsados desde o con la comunidad. Las perspectivas de organización comunitaria se focalizan en el procedimiento mediante el cual las comunidades adquieren relevancia durante el proceso de identificación y delimitación de problemas, de movilización de recursos y de desarrollo e implementación de estrategias con objetivos compartidos por la comunidad.

Se pueden encontrar en las perspectivas diferentes niveles de participación, que van desde una participación meramente instrumental (para movilizar recursos o hacer que la comunidad interiorice un discurso experto en salud) hasta una participación basada en la conciencia crítica de la comunidad respecto de su capacidad de movilización y de fortalecimiento de las redes comunitarias.

Los diferentes enfoques de las perspectivas de organización comunitaria en Promoción de la Salud se inspiran en la idea de ciudadanía democrática, y se orientan a potenciar las redes comunitarias y las capacidades de las personas como ciudadanos/as activos/as (National Cancer Institute, 2005). Asimismo, estos enfoques suelen enfatizar la intervención de la Promoción de la Salud en cuanto al apoyo y potenciación de la

participación, puesto que pueden ayudar a las personas y colectividades a adoptar un rol activo sobre su propia salud (Bunton y Macdonald, 1992).

*“el reto de ser comunidades activamente participativas es un rol primordial para la promoción de la salud. El empoderamiento es un valor que se persigue de propio derecho, como un signo de salud individual y social. También es esencial asegurar que los individuos y las comunidades estén capacitadas para realizar elecciones saludables y trabajar proactivamente para mejorar la Salud Pública en general”* (Tones, 1996. En McNeish, 1999. Pág. 13 [Traducción propia]).

La participación y el empoderamiento son elementos continuamente citados en la Promoción de la Salud desde un enfoque comunitario (McNeish, 1999). Ambos conceptos están fuertemente ligados y, en ciertos casos, se utilizan indiferentemente para dar nombre al proceso mediante el cual las comunidades asumen su propia capacidad de reflexionar y gestionar cambios sobre sí mismas mediante la activación de recursos de la red comunitaria y la implicación colectiva. Sin embargo, es necesario aclarar que son conceptos diferenciados.

Mediante el concepto de participación se hace referencia a un proceso en que la sociedad, la comunidad o el colectivo actúan conjuntamente para la toma de decisiones y la consecución de objetivos comunes (pudiendo ser el ámbito de participación una consulta concreta o un programa o, tratarse de una dimensión más general y estructural, como la creación de órganos participativos o asambleas populares). Dicho con otras palabras, los procesos participativos están orientados a fortalecer la posibilidad de que las personas de un colectivo o comunidad se involucren en procesos de salud, tanto en lo que refiere a la identificación del problema, a su posible solución, a movilización de recursos y a la intervención. El empoderamiento describe un proceso sociopolítico que trasciende la participación (De León, 1999), ya que implica la generación de cambios en las relaciones de poder y en las relaciones entre personas de la comunidad y también ajenas a ella, en que la comunidad aumenta la capacidad reflexiva y su marco de posibilidades de ser permite actuar en consecuencia, reorganizarse y reinventarse. En este sentido, se puede decir que la participación puede facilitar el empoderamiento comunitario, pero no necesariamente.

#### *3.2.4.3. 1. Enfoques sobre la participación de la salud, como medio y como fin*

Los enfoques participativos orientan las intervenciones en salud teniendo en cuenta la toma de decisiones y la utilización de recursos colectivos para alcanzar objetivos comunes en salud. Asimismo, destacan la importancia que tiene visibilizar, potenciar y utilizar las posibilidades de la comunidad (redes sociales, recursos internos y tradición

de participación, etc.) para proponer demandas y dar respuesta a las necesidades que en ella se generan. En este sentido, desde los enfoques participativos surge el concepto de “*capacidad comunitaria*” utilizado para describir las cualidades de la comunidad que le permiten identificar, movilizarse y abordar problemas sociales (National Cancer Institute. 2005).

No obstante, McNeish (1999) establece una distinción entre las estrategias de participación en promoción de la salud según dos prismas: los enfoques que consideran la participación de la salud como un medio, o un proceso para la consecución de unos resultados y los que la consideran como un fin, o un resultado, en sí mismo positivo, en salud).

La principal premisa de los modelos sobre la participación como proceso para obtener resultados en salud, se basa en que las personas que participan tienen mayor probabilidad de hacer propios los conceptos manejados en el proceso participativo. Es decir, la participación se vuelve un método para que las personas interioricen conceptos y sean más receptivas a aceptar los planes y mensajes difundidos:

*“La participación significa (...) en el sentido más amplio, sensibilizar a las personas y así aumentar su receptibilidad y su habilidad para responder en el desarrollo de programas y potenciar iniciativas locales”.* (Oakley, 1989 en McNeish, 1999. Pág. 14. [Traducción propia]).

McNeish (1999) apunta que el peligro de considerar la participación únicamente como un medio es que, si bien el proceso de desarrollo puede ser participativo, los resultados esperados suelen ser definidos previamente por los/las expertos/as.

Por el contrario, las concepciones de la participación como resultado propio en salud se sustentan en las visiones holísticas y asumen que, implicar a las propias personas afectadas en la definición de sus necesidades, hace las intervenciones más complejas, ricas y efectivas que las diseñadas a partir de criterios únicamente profesionales (Gillies, 1998). Por ello, trabajar entre las personas, construyendo colectivamente el concepto de salud y las formas de abordarlo permite consensuar objetivos colectivos, acordes con las necesidades e intereses de los agentes implicados, aportando miradas diversas y complejas y haciendo la intervención más efectiva que trabajando a partir de unos criterios previamente establecidos. Finalmente, este enfoque, remarca que los procesos participativos facilitan el acceso a recursos sociales y el establecimiento de redes comunitarias que afectan positivamente a la salud y al bienestar de las personas.

#### **3.2.4.4. Los determinantes sociales de la salud**



Los determinantes sociales de la salud es, en la actualidad, un área de mucho peso en la Promoción de la Salud a nivel comunitario. Este área se centra en la intervención con colectivos en situación de vulnerabilidad social y se orienta a corregir la brecha de desigualdad existente<sup>86</sup>.

El planteamiento de los determinantes sociales de la salud es relevante en la medida en que coloca la Promoción de la Salud fuera del territorio individual, centrado en las cogniciones, para dar relevancia también a los elementos estructurales en los que la persona está inmersa. Es decir, se refiere explícitamente al componente social como indisociable del estado de salud de cada persona. En este sentido, mediante el concepto de determinantes sociales se asume que la organización social establece ejes de distribución de las personas según su categorización social, económica, política e ideológica. O dicho de otro modo, las diferentes posiciones en estos ejes hacen que las personas tengan experiencias y vivencias determinadas por el propio marco de estratificación social.

*“La distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.”* (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2009. Pág. 1)

Desde el prisma de los determinantes sociales, los estilos de vida tienen repercusiones sobre la salud de las personas, pero están influidos por las condiciones sociales en las cuales son producidos. En este sentido, hay que entender que las personas no se sitúan en una misma área base desde donde desarrollan sus prácticas de salud, sino que las condiciones de vida, de empleo, de vivienda, de escolarización, etc. determinan las prácticas. A su vez, estas condiciones más próximas a la persona estarían determinadas por un aspecto "macro" de relación (políticas de empleo, ideologías, sistema de mercado, etc.) (Wilkinson y Marmot, 2003). Es decir, ejes estructurales, políticos, sociales, económicos e ideológicos que generan desigualdades en salud, puesto que la ubicación de las personas en estos ejes es la que determinaría sus posibilidades de ser y actuar en relación a su salud.

---

86 Si bien suele ser liderada por áreas de Promoción de la Salud, la perspectiva de los determinantes sociales trasciende, puesto que implica un trabajo también con la Asistencia Sanitaria, la Protección, la Vigilancia y otras áreas que superan los límites de actuación de instituciones sanitarias, como son el empleo, la economía, los servicios sociales, el urbanismo, etc.

En la misma línea argumentativa, Borrell y Artazcoz (2008) apuntan que las desigualdades sociales en salud remiten a las distintas oportunidades y recursos vinculados con esta, que se traducen en diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos por su posición dentro del sistema social, según su categorización social, económica, ideológica y/o demográfica (clase social, género, territorio, etnia, etc.). Tales desigualdades, por una parte, causan una mayor susceptibilidad en los colectivos en posiciones menos favorecidas al alcanzar tasas más altas de mortalidad y morbilidad y, por otra parte, las políticas de salud suelen beneficiar más rápidamente a poblaciones con recursos, teniendo como consecuencia un aumento en las desigualdades sociales. Por este motivo, quienes se centran en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud plantean como necesario focalizar actuaciones facilitando el acceso a la salud de los colectivos en situaciones de desigualdad.

Asimismo, Borrell y Benach (2005) afirman que las desigualdades en salud no se distribuyen en la población de forma compartimentada. Es decir, no existen límites que establezcan un punto a partir del cual un colectivo tiene mayor riesgo de sufrir peor salud y condiciones de vida menos saludables, sino que las desigualdades en la salud se distribuyen en forma de gradiente social que afecta a toda la población.

A continuación presento el modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, que es ampliamente utilizado en Europa. Este modelo distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios de la salud (Borrell y Artazcoz, 2008).

Los determinantes estructurales son aquellos componentes de nivel "macro" y "meso" que condicionan las posiciones sociales y el marco de posibilidad de las personas. Están compuestos por dos dimensiones: el contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica.

(1) *El "contexto socioeconómico y político"* hace referencia a los componentes ideológicos y políticos de la organización social. Se distingue entre: (a) la tradición política de la organización gubernamental (sistema de gobierno, niveles de corrupción o transparencia, rol de los grupos de resistencia u oposición dentro del sistema, etc.); (b) las políticas macroeconómicas (como, por ejemplo, la regulación del mercado neoliberal); (c) las políticas sociales (en relación al mercado laboral, el Estado de bienestar y la distribución de riquezas y vivienda) y (d) las políticas públicas (tales como educación y asistencia sanitaria).

(2) *La posición socioeconómica*: a partir del marco socioeconómico y político, la sociedad se organiza según su posición respecto de determinados ejes de categorización dentro de la estructura social. Es en este sentido que “los ejes de desigualdad” (Borrell, y Artazcoz, 2008. Pág 466) se vinculan con las relaciones de poder establecidas entre los grupos a partir de las posiciones que ocupan en el entramado social, mediante discursos y prácticas institucionales que legitiman la superioridad de ciertas posiciones, reproducen la desigualdad y determinan las oportunidades de tener buena salud. Se distinguen como relevantes el género, clase social y etnia<sup>87</sup>.

Los determinantes intermedios de la salud son aquellos componentes que, a partir de los factores estructurales, generan condiciones específicas que se traducen en las desigualdades en salud. Se trata tanto de (a) las condiciones materiales específicas de las personas, como la vivienda, el poder adquisitivo, la educación y el empleo; (b) las circunstancias psicosociales, entendidas como las condiciones del entorno social que predisponen las conductas y cogniciones (como el apoyo social y el estrés); (c) los factores conductuales y biológicos, tales como los estilos de vida (consumo de alcohol, de drogas, alimentación deficiente, falta de ejercicio físico, etc.); y (d) el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria (ciertas políticas pueden fomentar la equidad del acceso y calidad a los servicios sanitarios o aumentar la brecha entre los colectivos más favorecidos y los que se encuentran en situación de vulnerabilidad).

La intervención sobre los determinantes sociales de la salud<sup>88</sup> implica tratar todos los niveles de interrelación (estructurales e intermedios) para conseguir cambios efectivos en la salud poblacional. Las intervenciones sobre los niveles estructurales se orientan a generar cambios a nivel ideológico, social, político y económico. Es decir, conllevan cambios en la cultura política (sistema de gobierno, participación ciudadana, etc.); en las políticas sociales generales del aumento del bienestar poblacional y de reducción de las desigualdades (educación y salud de calidad y accesible, vivienda digna, etc.); en las políticas de mercado (redistribución de la riqueza, salarios mínimos, etc.) y en las políticas de empleo (regulación de las jornadas laborales, derechos de las trabajadoras y los trabajadores, políticas de conciliación, etc.).

---

<sup>87</sup> Las clases sociales más privilegiadas, el género masculino, y las personas blancas, serían las mejores posicionadas en la distribución de posibilidades de salud dentro la estructura social actual (Borrell y Artazcoz, 2008).

<sup>88</sup> Desde el prisma de los determinantes de salud se sostiene que la Asistencia en Salud es necesaria y complementaria a la Salud Pública para prolongar y mejorar la vida de quienes enferman. No obstante, el abordaje sobre los determinantes sociales es una estrategia indispensable para evitar la enfermedad y mejorar la calidad de vida poblacional y conseguir así una efectiva ganancia en salud poblacional.

Por su parte, la intervención en niveles intermedios se dirige a mejorar la situación más próxima de las personas en relación con sus condiciones materiales, ambientales, psicosociales y respecto a los hábitos que tienen repercusiones en su salud. Esto implica el desarrollo de estrategias políticas de mejora del entorno (urbano, transporte público, zonas verdes, etc.) y de intervenciones orientadas a producir cambios de hábitos *“que deben tener en cuenta que estos comportamientos no son elecciones individuales sino están condicionados socialmente”* (Borrell y Artazcoz, 2008. Pág. 468). Desde una consideración de lo social como componente externo que influye o modela a la persona, se desarrollan estrategias de intervención sobre comportamientos, a través de acciones educativas, de influencia social (presión social, comunicación, etc.) o normativa (aumento de tasas, control precios de alimentos, normativa sobre la información nutricional de los alimentos) así como también acciones para favorecer la accesibilidad equitativa al sistema sanitario.

Dado que acometer los determinantes estructurales implica una problematización y el cambio de las estructuras sociales, políticas y económicas existentes, en muchos casos, las intervenciones sobre las desigualdades sociales en salud suelen acotarse a aspectos limitados de las políticas sociales y económicas y centrarse en los determinantes sociales intermedios. Por ello, aunque se reconozca que las desigualdades sociales en salud están vinculadas con una estructura social que genera inequidades, a menudo centrar la intervención en los aspectos materiales y relacionales más próximos de las personas que sufren desigualdades en salud, puede reproducir las relaciones de poder existentes y, por lo tanto, no cambiar la raíz de las inequidades en salud. Por el contrario, pueden tener un efecto perverso, actuando como un remiendo momentáneo de situaciones urgentes y, al mismo tiempo, postergando el cuestionamiento de la estructura social que los genera.

### **3.2.5. La Perspectiva ecológica: la integración de diferentes modelos y niveles en Promoción de la Salud**

La Perspectiva ecológica es el enfoque general que aglutina las teorías de la promoción de la salud con la finalidad de integrar en un marco amplio de interdependencia las acciones específicas de los niveles personal, grupal y comunitario. Hablar de interdependencia implica reconocer que todos los niveles se influyen mutuamente, que las conductas individuales son formadas y moduladas por el medio social al mismo tiempo que el medio social es conformado por las conductas personales (National

Cancer Institute, 2005). Es decir, desde la Perspectiva ecológica cada uno de los niveles de influencia (intrapersonal, interpersonal y comunitario) pueden afectar a la toma de decisiones o a los hábitos más o menos saludables<sup>89</sup>.

Aunque la Perspectiva ecológica plantee como clave la idea de causa recíproca (National Cancer Institute, 2005), que implica la influencia de las personas en su entorno (en especial, en el más próximo) y la influencia del entorno sobre las personas, esta influencia procede desde el exterior de la persona. Es decir, el eje central de cambio es la persona aunque los aspectos políticos, económicos, sociales e históricos son considerados los factores que intervienen modificando la conducta y los que pueden afectar la toma de decisiones<sup>90</sup>.

En este sentido, Crosby y Noar (2010) remarcan que, en muchos casos, si bien es aceptada la importancia de trabajar sobre diferentes niveles de influencia para incidir en el cambio de conductas, muchas intervenciones suelen centrarse en un nivel individual. Los autores lejos de pretender una intervención sobre “todo el espectro ecológico” (que, según su apreciación, supondría un enfoque demasiado complejo para ser llevado a cabo en la práctica), proponen tener en cuenta los límites de los tratamientos conductuales en Salud Pública a partir de la consideración de otros elementos que puedan interferir en las prácticas como, por ejemplo, las políticas de control del medio que impactan en las prácticas personales<sup>91</sup>.

Ahora bien, siguiendo a Rose (1989 en Sisto, 2006), relegar “lo social” a un nivel “regulador” de la conducta tiene implicaciones en el entendimiento de los problemas de salud que, en última instancia, se acaban situando en las mentes y se reflejan en conductas específicas. Es decir, al poner el centro en el sujeto, los aspectos sociales, políticos e ideológicos son desplazados a un segundo nivel de importancia, no como constitutivos de la salud, sino como “moduladores”. En este sentido, la persona sería la última responsable de cuidar de su propia salud y administrar sus acciones:

*“nuestros seres son definidos, contruidos y gobernados en términos psicológicos, constantemente sujetos a técnicas psicológicamente inspiradas de autoinspección y autoexaminación. Y los problemas de*

---

89 Por ejemplo la decisión de no vacunarse puede estar modelada por factores personales (como el miedo o la creencia de que no es bueno para la salud), por factores interpersonales (como la presión de grupos anti-vacunas), o por factores comunitarios y estructurales (por ejemplo, situaciones de vulnerabilidad social y económica, por no estar en el calendario de vacunaciones como obligatoria, etc.).

90 Lejos de aproximarse a un enfoque discursivo que sostenga la indisociabilidad y construcción mutua de sujeto y sociedad mediante las prácticas sociales, las perspectivas planteadas se acercan a las perspectivas clásicas que defienden la relación entre persona y sociedad como entes independientes.

91 Se trata de acciones que tienen un objetivo común (por ejemplo, la reducción del consumo de tabaco) pero a las que se aplican enfoques de intervención distintos (tales como el aumento de las tasas sobre el alcohol y el tabaco).

*definir y vivir una buena vida han sido trasladados desde el plano ético al plano psicológico” (Rose, 1989 Pág. 13 en Sisto, 2006. Pág. 99).*

Asimismo, la comprensión de los problemas sociales de salud, limitando la problematización sobre los componentes políticos, sociales y económicos que los determinan, lleva a pensarlos como cuestiones *apolíticas y atemporales*, dimensiones que tiene implicaciones en el mantenimiento del *status quo*, limitando la visión reflexiva de los discursos que crean el concepto de *sociedad saludable*. Ello debido a que, en primer lugar, las intervenciones se orientan a crear sujetos sanos y funcionales para la sociedad en la que se encuentran; en segundo lugar, porque establecen áreas de saber y posiciones privilegiadas que buscan y acceden a *la realidad* de aquello que se considera sano o insano y, por último, en tercer lugar, porque crean universales en salud, los cuales invisibilizan o restringen otras formas de ser y hacer “salud” por no adecuarse al modelo hegemónico.

*“El conocimiento y las técnicas psicológicas soportan relaciones de poder (...) Su rol es mucho más que la legitimación del poder. Ellos forjan nuevos alineamientos entre las racionalidades y técnicas del poder y los valores y ética de las sociedades democráticas” (Rose, 1989. Pág. 4 en Sisto, 2006. Pág. 99).*

### **3.3. Problematización de la Promoción de la Salud**

Diversos autores y autoras han roto con la lógica de análisis de la Promoción de la Salud defendida desde los modelos clásicos, presentados en páginas anteriores, para problematizarla como un dispositivo de gobierno, al mismo tiempo que se interrogan sobre su concepto distintivo: el Bienestar.

#### ***3.3.1. La Promoción de la Salud como política de regulación y de construcción de sujetos***

El discurso de Promoción de la Salud, cuyo vigor se ha ido incrementando en los últimos 30 años (Catford, 2004)<sup>92</sup>, destaca la importancia de pensar la salud como un proceso que tiene que ser producido y reproducido en todos los espacios y momentos de la vida de las personas. En este sentido, el modelo defendido desde la Promoción de la Salud hace que esta trascienda los ámbitos puramente sanitarios para calar en cada espacio de vida de las personas (Llorca, et al. 2010).

Esta perspectiva de la salud es una de las condiciones de posibilidad para el desarrollo de las “sociedades saludables”, un proyecto de sociedad donde la salud se hace presente en cada espacio de relación (Kickbusch, 2007<sup>a</sup> y Kickbusch, 2007b). Es decir, sociedades que se responsabilizan de desplegar estrategias de gobierno orientadas a mejorar la salud de su población mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo de políticas que incidan sobre el entorno, entendido como factor que puede potenciar o perjudicar la salud (empleo, vivienda, educación, etc.).

Se despliega, pues, un modelo de comunidad basado en el desarrollo de diversas tecnologías de saber e intervención en Promoción de la Salud, donde nada se escapa a las políticas de salud y donde todos los ámbitos de existencia y relación son susceptibles de ser tratados bajo el discurso de la salud. En este sentido, las sociedades saludables son la expresión de una forma específica del biopoder<sup>93</sup> (Greco, 2009a), entendido como el ejercicio de poder fundamentado en la salud y la vida como principio de gobierno y en la Promoción de la Salud como una estrategia biopolítica que genera

---

<sup>92</sup> En los últimos 30 años se han ido desarrollando diferentes estrategias de intervención, han surgido profesiones, agentes, instituciones e investigaciones que han potenciado su presencia en todo el mundo. No obstante, el proceso de expansión de la Promoción de la Salud depende de que se incorpore en los discursos oficiales y en las prácticas institucionales de forma más conservadora pero, teniendo como consecuencia, la puesta en peligro de su capacidad de innovar (Catford, 2004 y Greco, 2009a).

<sup>93</sup> Para una ampliación de la noción de biopoder, véase el apartado 2.3.1.3 “Las definiciones de la Salud en sus alternativas a la concepción hegemónica” (Pág. 84)

saberes, especialistas e intervenciones sobre modelos de vida, de salud y de relaciones esperables, legítimas y eficaces (Rabinow y Rose, 2003).

Sin embargo, el auge de los modelos actuales de salud, y la promoción no se escapan a ello, sino que se enmarcan en un contexto neoliberal y una lógica de gobierno donde:

- (a) la economía es el elemento que atraviesa todas las áreas de la sociedad. Bajo esta lógica, las relaciones sociales, las prácticas y las instituciones pueden ser evaluadas a través del criterio de eficiencia económica (Greco, 2009a), y
- (b) la individualidad<sup>94</sup> es el camino obligado para la construcción de la identidad personal (Cronin, 2000) y de la sociedad.

Dentro de este proceso, la Promoción de la Salud adquiere especial relevancia dado que incorpora acciones e intervenciones sobre el gobierno de la subjetividad, en aras de crear sujetos libres y reflexivos que sean capaces de cuidar y mejorar su propia salud a partir de cada elección que realicen en las diferentes esferas de relación (familia, amigos, empleo, ocio, etc.). Para ello, desde las diversas instituciones de gobierno, se despliegan intervenciones orientadas a generar saberes, valores, voluntades y prácticas con los que las personas se gobiernen a sí mismas de forma coherente y provechosa en relación al sistema en el que se encuentran insertos (Rose, 1990 y Papalini, 2007). Así pues, las estrategias de gobierno penetran a nivel micropolítico, y se plasman en los objetos y en las prácticas cotidianas (Papalini, 2013).

*“El gobierno trabaja “a distancia” sobre estas elecciones, forjando una simetría entre los intentos de los individuos de hacer una vida provechosa para sí mismos, y los valores políticos de consumo, beneficio, eficiencia y orden social. Es decir que el gobierno contemporáneo opera a través de una infiltración delicada y minuciosa de las ambiciones de regulación en el interior mismo de nuestra existencia y de nuestra experiencia como sujetos” (Rose, 1990 Pág.9).*

Las acciones de Promoción de la Salud proporcionan diversas tecnologías del yo que son, parafraseando a Rose (1990. Pág. 9), formas en que las personas están capacitadas para actuar sobre sí mismas (sobre sus cuerpos, pensamientos, emociones y conductas) mediante el despliegue de saberes, criterios, estrategias, etc. con el fin de alcanzar la autorrealización, la salud, el saber y la felicidad.

---

<sup>94</sup> La construcción de la subjetividad se convierte en un elemento clave para el mantenimiento y el progreso del sistema capitalista, que requiere de sujetos, autónomos y responsables que se piensen a sí mismos como una empresa. Es decir, en las sociedades neoliberales se construyen ciertas subjetividades que sirven para la re-producción del mismo sistema y, para ello, cada persona se inscribe en unas lógicas de ser que la hacen mantener, reproducir y hacer crecer el capital humano, tanto en relación a su capacidad de producir (como máquinas de sí mismos) como también en su capacidad de consumir (Foucault, 1978-1979 Greco, 2009a).



A partir del conocimiento de criterios sobre la salud, la persona aprende qué significa una alimentación saludable, el sexo seguro, la salud mental, etc. Estos criterios le permiten valorar sus prácticas y su estado de salud y actuar de forma más o menos coherente con ellos para conseguir su propia mejora. Es decir, mediante las tecnologías del yo, entendidas como formas en que las personas se piensan y actúan dentro de ciertos juegos de verdad y poder (Rose, O'Malley y Valverde, 2006), las personas se crean a sí mismas como sujetos libres que buscan la autorrealización.

[Foucault describe las Tecnologías del Yo como] *“aquellas técnicas que permiten a los individuos efectuar un cierto número de operaciones en sus propios cuerpos, en sus almas, en sus pensamientos, en sus conductas, y ello de un modo tal que los transforme a sí mismos, que los modifique, con el fin de alcanzar un cierto estado de perfección, o de felicidad, o de pureza, o de poder sobrenatural, etc., etc. Permítaseme que llame a ese tipo de técnicas, las técnicas o tecnologías de uno mismo [the self]”*.(Foucault, 1990 Pág.16)

Se produce la “revolución del bienestar” (Greco, 2009a) en la que la salud se vuelve un problema de reflexión consciente y de determinación de las propias prácticas, la mayoría a partir de estilos de vida y de la toma de decisiones personales sobre opciones de consumo y relación.

En este marco, la elección es un elemento esencial para comprender la salud en un contexto neoliberal. A partir de ella, la salud no se concibe como una experiencia simplemente vivida, sino como un proceso sobre el que la persona puede incidir, mejorándolo o empeorándolo a partir de las acciones y condiciones que ella misma haya escogido. Estas nociones tienen implicaciones en la construcción de la propia persona y sobre sus responsabilidades en salud puesto que, si se elige, la buena salud se vuelve muestra de la agencia, de la reflexividad, de la adaptabilidad y de la virtud de la persona (Greco, M. 2009a).

*“una salud que puede ser escogida representa un valor muy diferente, con diferentes connotaciones morales y culturales, que una salud que simplemente es disfrutada, que simplemente está allí. Esta se vuelve un signo visible de elecciones buenas y responsables, apuntaladas por actitudes buenas; se vuelve signo de iniciativa, adaptabilidad, balance y fuerza de voluntad. Para el individuo neoliberal que la elige, la salud ha llegado a representar un testigo objetivo de su capacidad de funcionar como un agente libre, racional y moral”* (Greco, M. 2009a Pág. 19 [Traducción propia]).

Asimismo, con la consideración de la persona como consumidora, se promueve el desarrollo nuevas y diversas áreas de experticia vinculadas con la salud y con la vida social, al mismo tiempo que se fomenta la habilidad personal para la toma de decisiones (Rose, 1999 y Cronin, 2000 y Sointu, 2005).

En efecto, para asegurar el ejercicio de la toma de decisiones, las y los profesionales tuteladas/os por el saber experto, instruyen a las personas sobre qué significa ser saludable y las asesoran sobre las estrategias para conseguir serlo. Simultáneamente, se desarrolla un mercado para que los individuos, en calidad de consumidores, seleccionen productos y servicios de salud (Sointu, 2005). Ahora bien, la persona es llamada a expresar su libertad a partir de la toma de decisiones sobre las opciones disponibles. Sin embargo, no todas las opciones son consideradas igualmente buenas. Por el contrario, aquellas que se escapan de la lógica del sistema neoliberal son planteadas como irracionales y cuyas consecuencias son asumidas de forma personal. Desde esta misma lógica, la Promoción de la Salud sustenta sus normas en discursos producidos por el saber experto (en especial el biomédico) e informa, en nombre de la promoción de la agencia individual, sobre las opciones disponibles y las decisiones acertadas para constituir nuestra propia salud o prevenir la enfermedad.

Precisamente, la libertad personal que defiende el discurso neoliberal y las disciplinas de intervención surgidas dentro de este (como es la Promoción de la Salud), se erige en una libertad obligatoria y específica (Rose, O'Malley y Valverde, 2006).

Es obligatoria porque se nos exige ser libres (Rose, 1990, 1997, 1999) dado que la libertad es objeto de derecho y de gobierno y, al mismo tiempo, es un estado incuestionable de las personas en el sistema neoliberal. Es específica, puesto que los discursos y las tecnologías de gobierno crean marcos de posibilidad a partir de los cuales las personas ejercen su libertad. De esta manera, estamos obligados constantemente a hacer elecciones, pero las opciones son siempre limitadas a un rango, más o menos amplio, de posibilidades. Tal y como argumenta Greco (2009a), el principio liberal de la elección tiene un precio en la responsabilidad personal sobre los riesgos sociales que, cada vez más y en nombre de la libertad, se suele ubicar en las mismas personas.

Ante el escenario presentado, la “corriente foucaultiana” (Greco 2009a) reconoce el potencial transformador de las nuevas tecnologías. Este potencial no solo guarda relación con la capacidad para intervenir y alterar formas de la vida biológica, sino también en la medida que pueden alterar nuestras formas de pensar y nuestra vida política. Asimismo, advierte sobre la necesidad de problematizar los discursos que reducen el significado de la libertad al ejercicio de elegir entre un rango de opciones limitadas y predefinidas por el saber experto. Esta “corriente” propone como desafío imaginar otras formas de ser, ajenas de los discursos hegemónicos y darles fuerza y visibilidad para favorecer la discusión sobre ellas como versiones posibles de la realidad. Por ello, Greco (2009a) manifiesta que la salud es un valor vago, subjetivo e

indeterminado, aunque ello no tiene que suponer un obstáculo en la construcción de políticas efectivas. Por el contrario, propone que es este carácter indeterminado de la salud aquello que las políticas de salud deben proteger, dado que hacen posible nuevos mundos de salud.

### **3.3.2. El bienestar como elemento a promover**

Con el despliegue de las sociedades saludables y en el marco de la llamada “revolución del bienestar” (Greco, 2009a), el fomento de éste se ha convertido en un objetivo esencial de las políticas públicas de salud y ha cristalizado como el fundamento de las acciones de Promoción de la Salud. Este énfasis en el fomento de los aspectos positivos de la existencia humana, nos obliga a preguntarnos qué significa el bienestar y cómo alcanzarlo (Taylor, 2011).

Entendiendo las personas como sujetos capaces de dirigir su vida de forma autónoma y activa (Beck-Gernsheim, 2000) y comprendiendo el entorno como un marco que permite o limita la toma de decisiones libres, el bienestar suele presentarse como producto de las acciones racionales de las personas sobre sí mismas, integradas en la vida social.

Los posicionamientos neoliberales enfocan el bienestar pensándolo desde una perspectiva cognitiva, afectiva y material, como producto de las reflexiones personales y de las emociones sobre la experiencia y las circunstancias sociales. Concretamente, el bienestar se vuelve sinónimo de autoeficacia (Seigrist, 2003) o lo que es lo mismo, una experiencia positiva de uno mismo, que deriva de las valoraciones favorables de la competencia y capacidad para lograr ciertas metas, en un entorno social que le provee de oportunidades para ello .

Bajo esta mirada, el bienestar se constituye como una virtud que todo el mundo puede y debe anhelar (Taylor, 2011 y Edwards y Imrie, 2008). Es, pues, un estado ansiado que puede ser alcanzado mediante prácticas personales específicas. En efecto, a partir de la premisa de que las personas quieren ser saludables y buscan libre y autónomamente orientaciones para promover su propio bienestar (Sointu, 2005), se despliegan discursos y actuaciones que lo construyen desde la individualidad y proponen saberes y herramientas que hagan a la persona capaz de tomar decisiones orientadas a alcanzar su autorrealización. Es decir, actuar para sentirse más felices y estar mejor.

Las nociones actuales del bienestar como ideales que las personas aspiran alcanzar y a partir de los cuales se autoevalúan, constituyen un “dispositivo de la felicidad”<sup>95</sup> caracterizado por separar a la persona de su mundo, tratando sus deseos y sentimientos como cuestiones personales (internas y subjetivas) y por imponer una mirada del sujeto neoliberal que limita el campo de posibilidades de la persona hacia formas específicas de subjetividades y prácticas que lo constituyen como su propia empresa de autorrealización (Greco y Stenner, 2013). Consecuentemente, la noción del bienestar tiene una naturaleza normativa, dado que propone marcos de posibilidad de ser acordes con un modelo específico de sujeto libre, autoeficiente y feliz.

Precisamente, en un contexto donde el bienestar es autoeficacia y deriva de una autoevaluación positiva sobre la capacidad para alcanzar las expectativas propuestas (Taylor, 2011), las ideas contemporáneas del bienestar vinculan la satisfacción personal con ciertos discursos hegemónicos sobre las prácticas ideales de ser (saludable, trabajador, estar en forma, participar en la sociedad civil, etc.) que generan estados emocionales positivos (Edwards y Imrie, 2008 en Taylor, 2011). La tarea de las políticas de gobierno es capacitar y crear las condiciones para que las personas alcancen el ideal de autorrealización que promueve el discurso del bienestar, y a reducir aquellas prácticas y sentimientos que sean considerados como negativos para las personas y que contradigan las opciones de ser que hegemónicamente se fomentan (Mol, 2008, y Taylor, 2011). De este modo, la configuración de la persona a partir de la agencia y de la responsabilidad, deriva hacia el surgimiento de nuevos modelos de regulación de la experiencia bajo la premisa de que la búsqueda del bienestar es el objetivo último de la persona.

Finalmente, las miradas sobre la autoeficiencia destacan la autonomía individual como principal valor del bienestar y plantean los beneficios y servicios del Estado de bienestar como una muestra de dependencia hacia el Estado y una falta de agencia (Taylor, 2011). En este sentido, la comprensión actual del bienestar suele contraponer el concepto de “*Wellbeing*” con el de “*Welfare*”, en el que el primero se refiere a la capacitación de las personas para alcanzar su desarrollo personal y el segundo al sistema de protección social contra los riesgos. Como resultado de la contraposición de ambos conceptos, el bienestar personal (“*Wellbeing*”) reemplazó al Estado de bienestar (“*Welfare*”) como elemento central del desarrollo y de las políticas sociales donde “*la*

---

<sup>95</sup> Un dispositivo es un conjunto heterogéneo de elementos (discursos, instituciones, decisiones, normas, regulaciones, proposiciones filosóficas, morales y humanitarias, etc.) que tiene una función social e históricamente situada, de responder a una necesidad urgente. Tales elementos no tienen un significado y una propuesta inmanente sino que, por el contrario, adquieren su función mediante su inscripción en el sistema de relaciones donde se sitúa. Es decir, la utilidad y propósitos de los dispositivos son eventuales, constituyen signos de ciertas relaciones de poder, donde el posicionamiento hegemónico impone su versión de las cosas y pueden, por tanto, re-interpretarse, cambiar y adaptarse (Greco y Stenner, 2013).

*capacidad de construir se vuelve más importante que la protección social” (Wood y Newman, 2005 Pág. 1 En Taylor, 2011 Pág. 778 [Traducción Propia]).*

En este sentido, con el argumento de la protección social como acciones de gobierno orientadas a subsanar los aspectos negativos de la existencia, quienes defienden el desplazamiento hacia una mirada personal del bienestar, plantean que la ventaja de entender el concepto de bienestar actual como “*Wellbeing*” es que permite centrar la atención en aspectos positivos de las políticas sociales (Dean, 2010).

En contraposición a esta mirada dicotómica y cuasiexcluyente del bienestar como “*Wellbeing*” y como “*Welfare*”, Taylor (2011) afirma que el bienestar personal es también el producto de condiciones sociales que posibilitan las experiencias positivas de uno mismo y propone una lectura del “*Wellbeing*” a partir de las relaciones interpersonales situadas social e históricamente. En este sentido el bienestar es un proceso relacional y no un resultado personal y es también un concepto dinámico, dado que los estados de bienestar y malestar se están produciendo continuamente en relación con procesos sociales, políticos, económicos y culturales. Por este motivo, Taylor (2011) sugiere que el “*Wellbeing*” mantiene una relación de interdependencia con el “*Welfare*”. Es decir, la provisión de los servicios del bienestar social es una condición para el desarrollo del bienestar individual. Parafraseando a Taylor (2011), el bienestar personal no se puede abstraer de la consideración de que las relaciones sociales y las provisiones del Estado de bienestar juegan un rol esencial en la constitución de las subjetividades personales e interpersonales.

En el capítulo presentado he querido exponer, en primer lugar, los fundamentos teóricos tradicionalmente utilizados en el diseño de intervenciones de Promoción de la Salud. Para ello, he expuesto tres niveles de intervención que, lejos de presentarse como excluyentes, se integran bajo la perspectiva ecológica: el nivel intrapersonal, el nivel interpersonal, y el nivel comunitario. El recorrido por el interior de cada uno de estos niveles proporciona, a la persona lectora herramientas conceptuales para comprender las intervenciones de Promoción de la Salud generales y, especialmente, proporciona claves de lectura para entender las bases de las diferentes intervenciones que describen las y los profesionales de salud entrevistadas/os en la presente Tesis.

En segundo lugar, he presentado las propuestas de un enfoque radicalmente diferente que problematiza a la promoción de la salud y al bienestar. Este segundo bloque proporciona las herramientas para comprender a la promoción de la salud como parte de un dispositivo de gobierno del modelo neoliberal, que despliega sus intervenciones a partir de la consideración de la existencia de sujetos que, de forma autónoma, buscan su propio bienestar mediante la toma de decisiones libre y racional. Un elemento esencial, de este posicionamiento es que visualiza la necesidad de inscribir los discursos de salud en las prácticas personales, mediante la adquisición de saberes y la promoción del anhelo de ser saludables (según el discurso hegemónico). Es decir, la libertad personal se vuelve el instrumento privilegiado de un gobierno fundamentado en la salud y requiere de una estrategia que permita crear y modelar las libertades. En este contexto, la gobernanza se convierte en la estrategia predilecta puesto que promete converger intervenciones, entornos, deseos y relaciones, acorde con estos planteamientos.

A continuación presento el último capítulo teórico (capítulo 4: “*Transversalidad, intersectorialidad y gobernanza conceptos para la Salud Pública*”) que aborda las lógicas que fundamentan al modelo de salud basado en estrategias de coordinación y participación de diversos agentes e instancias, con el objetivo de mejorar las tecnologías de gobiernos neoliberales.

***CAPÍTULO 4:***  
***TRANSVERSALIDAD, INTERSECTORIALIDAD Y***  
***GOBERNANZA: BASES E INSTRUMENTOS DE LA SALUD***  
***PÚBLICA***





#### **4.1. Introducción: un nuevo discurso sobre los problemas sociales en una sociedad emergente**

La llamada Segunda Modernidad, caracterizada por una creciente interpretación de los fenómenos y procesos a partir de su dinamismo, complejidad e interrelación; sumada a un aumento de la presencia de tecnologías sociales e intervenciones públicas de un Estado descentralizado y fraccionado en áreas funcionales de intervención; y acompañada también de una transnacionalización de la políticas públicas (Kenis y Schneider, 1991), dibujan la emergencia de la sociedad en red. Es decir, una sociedad caracterizada por una amplia diversidad de conexiones y encuentros fugaces (aunque reactivables) entre agentes, colectivos, y organizaciones (Boltanski y Chiapello, 1999)

Esta diversidad, interconexión y dinamismo constante (características de las sociedades neoliberales avanzadas), hace que las estructuras tradicionales de gobierno (estáticas, especializadas y compartimentadas) se vuelvan insuficientes para abordar los fenómenos y los procesos sociales (Kooiman, 2005). En este contexto, el nuevo paradigma caracterizado por la búsqueda de coordinación de redes de agentes, se vuelve una alternativa necesaria para garantizar el gobierno de la población (Real Dato, 2002).

La comprensión de la Salud Pública desde el paradigma de la complejidad lleva a entender la salud y la enfermedad como fenómenos que se manifiestan en todos los espacios de relación y, al mismo tiempo, a reconocer la existencia de diversos agentes no estatales (empresas, organizaciones no gubernamentales, grupos de afectados, etc.) que despliegan sus tecnologías de gobierno e influyen sobre la mejora de la Salud Pública. Tal comprensión requiere de nuevas formas de organización institucional y de estrategias para definir y tratar los problemas de Salud Pública y garantizar, así, el gobierno de las personas.

El requerimiento se concreta, pues, en cambios institucionales y relacionales que flexibilizan las estructuras verticales de las instituciones (1) en el interior de cada compartimento institucional<sup>96</sup> (transversalidad); (2) entre ámbitos o sectores institucionales distintos (intersectorialidad) y (3) desdibujando los límites entre lo público y lo privado a partir del establecimiento de vínculos entre el Estado, la sociedad civil, las organizaciones profesionales, las empresas, etc. (gobernanza).

---

<sup>96</sup> Por lo que se refiere a la investigación que desarrollo en esta Tesis de Doctorado, el Departament de Salut.

Es a partir de esos cambios institucionales y relacionales que se articula el nuevo discurso de los problemas sociales de Salud Pública y es, también, a través de ellas que se negocian, se confrontan y se legitiman ciertas versiones sobre los problemas de salud, repartiéndose responsabilidades y diseñándose intervenciones.

Es en este proceso que la gobernanza adquiere un especial interés, puesto que permite integrar las estrategias de la transversalidad y de la intersectorialidad y enfatizar la importancia de difuminar la distinción entre lo público y lo privado. Mediante esta acentuación, se produce un cambio sustancial en las políticas públicas, flexibilizando las relaciones institucionales y sociales con las miras puestas en mejorar las tecnologías neoliberales avanzadas de gobierno de las personas (Ibañez, 2012).

#### **4.2. La transversalidad: trabajo conjunto y metas compartidas para la innovación organizacional**

La existencia de una sociedad cada vez más dinámica e interrelacionada convive con la presencia de instituciones que mantienen una estructura jerarquizada y que se organizan en base a la especialización de saberes y áreas de intervención.

En este escenario surgió la transversalidad<sup>97</sup> como herramienta de trabajo que toma como base la organización institucional existente (tradicionalmente sectorializada y compartimentada en departamentos, áreas, etc.), interrelacionando sus partes con la finalidad de tratar la realidad desde una visión múltiple (Kooiman, 2005). Este acercamiento tiene el propósito de comprender y generar nuevos puntos de vista sobre los fenómenos teniendo en cuenta los diferentes elementos que los determinan para intervenir sobre ellos de forma eficiente. Fenómenos que las estructuras organizativas existentes (sectorializadas) no podrían resolver más allá de una parcialidad (Serra, 2004).

Concretamente, en las acciones de gobierno, la transversalidad se hace presente con la finalidad de abordar problemas sociales según dos situaciones (Fundació CIDOS, 2008):

---

<sup>97</sup> Serra (2004) ubica en Suecia en la década de los 90, el surgimiento de la transversalidad como estrategia para articular diferentes ámbitos organizativos en las políticas de igualdad de género. Sin embargo, el concepto ha trascendido el ámbito de actuación inicial y se ha extendido a diferentes ámbitos en el seno de las organizaciones.

- Las políticas públicas que no dependen de una sola parte de la estructura vertical, sino que implican a toda la organización o a gran parte de ella (como es la participación ciudadana o la igualdad de género).
- La necesidad de tener una visión integral de determinados segmentos de la población considerados prioritarios (por ejemplo, los jóvenes o la gente mayor).

Siguiendo la propuesta de Gavidia Catalán (2001), podemos entender la transversalidad a partir de los dos significados de la palabra transversal: “*el de cruzar y el de enhebrar*” (Gavidia Catalán, 2001. Pág. 509). Cada uno de ellos tiene consecuencias en el diseño de acciones y relaciones interdepartamentales.

El primer significado, *cruzar*, hace referencia a extender atravesando o pasando de una parte a otra, lo que implica la creación de elementos de actuación que recorren sectores de saber y ámbitos de intervención y tratan desde diversas disciplinas un objeto común<sup>98</sup>. El segundo significado, *enhebrar*, se refiere a la transversalidad como elemento que engarza disciplinas, sectores o áreas del saber. Es decir, el tema transversal no atraviesa, sino que se transforma en el núcleo mediante el que se articulan el resto de disciplinas. Esta idea es controvertida en entornos en los que existen estructuras y áreas de saber claramente definidas y con unos objetivos específicos. En efecto, llevar esta concepción a su extremo podría implicar la disolución de las estructuras y de los sectores verticales existentes, aspecto que contradice la visión tradicional de la transversalidad como herramienta complementaria en las organizaciones verticales (Gavidia y Rodes, 1996). Por ello, en el ámbito institucional, el concepto de transversalidad suele denotar su primera acepción, *cruzar*, extender atravesando o pasando de una parte a otra.

La acepción mayoritariamente aceptada entiende la transversalidad como una metodología de trabajo de una organización que sirve para coordinar diferentes departamentos o áreas, con el objetivo de impactar de forma coherente en una meta compartida. La meta implica a toda la organización en un trabajo conjunto desde diferentes áreas de saber y desde distintas especializaciones, pero manteniendo cada una de sus estructuras sectoriales iniciales. En este sentido, la transversalidad contribuye, en cierta medida, a garantizar el mantenimiento de las instituciones

---

<sup>98</sup> Por ejemplo, en las escuelas el tratamiento de la alimentación saludable de forma transversal *cruzaría* diversas disciplinas y ámbitos escolares (desde las ciencias naturales –orientadas al conocimiento de la nutrición y el cuerpo humano–, pasando por la educación física –que vincula la alimentación con el ejercicio– e incluyendo las ciencias sociales –mediante la vinculación de la cultura con los alimentos) y, asimismo, se incorporarían las actuaciones dentro de la dinámica cotidiana de la escuela (los alimentos servidos en el comedor y los productos de las máquinas expendedoras ofrecerían opciones saludables en la misma línea de valores y de promoción de hábitos específicos). De este modo, la política de intervención en salud transmitiría unos valores determinados y traspasaría diferentes ámbitos y disciplinas en la escuela.

existentes y, al mismo tiempo, permite generar nuevas ideas y caminos durante su proceso de desarrollo y en la ejecución de sus acciones derivadas.

El elemento innovador de puesta en común de ideas y la creación de nuevos objetivos y puntos de vista, es una de las características más notorias que suelen definir la transversalidad (Serra, 2004). Precisamente, la transversalidad introduce líneas de trabajo no asignadas ni asignables a sectores-compartimentos específicos de la organización<sup>99</sup>. En este sentido, trabajar en temáticas de salud de forma transversal implica que los sectores de salud coordinen y pongan en común metas y dinámicas de actuación para crear un objetivos de salud compartido, donde cada una de las áreas de intervención formen una pieza indispensable para darles respuesta de manera coherente y complementaria a las acciones de las otras áreas, sin perder cada una de ellas sus objetivos y características específicas.

#### **4.2.1. Órganos y actuaciones en las políticas de transversalidad**

Es pertinente diferenciar las estructuras organizativas transversales de la práctica transversal. La práctica o actuación transversal es la que se produce en la intervención directa sobre una temática (por ejemplo, el tratamiento de la salud en la escuela), mientras que los órganos o estructuras organizativas transversales son sistemas de organización que planifican y articulan actuaciones, integrando diversas áreas de saber e intervención con la finalidad de dirigir acciones específicas en un territorio o situación concreta (Serra, 2004).

Los órganos transversales no suelen participar en las actuaciones del día a día, pero realizan un seguimiento de las acciones, con el objetivo de garantizar la coherencia de las estrategias transversales con las situaciones concretas. En este sentido, los órganos transversales se diferencian de los verticales porque, estos últimos, se especializan en un espacio particular de actuación y conocimiento, mientras que los transversales son sistemas de relación y saber que aportan una visión específica a partir de un análisis conjunto entre las diferentes áreas implicadas con la situación. Es decir, plantean objetivos comunes, diseñan estrategias compartidas y disponen de mecanismos de implementación y evaluación del trabajo transversal (Serra, 2004).

---

<sup>99</sup> Esta característica diferencia la transversalidad de la coordinación interdepartamental, puesto que esta última no genera nuevas visiones ni objetivos diferentes de los objetivos específicos de los sectores organizativos (Serra, 2004).

Las actuaciones transversales tienen especial relevancia porque, en primer lugar, contribuyen a visibilizar unas temáticas específicas que, sin su intervención, pasarían desapercibidas: Es decir, hacen hincapié y focalizan las intervenciones, articulando las acciones sobre el tema transversal. En segundo lugar, el hecho de visibilizar y priorizar temas concretos de forma transversal permite cuestionar las prácticas y discursos que, en torno a ellos, se llevaban a cabo, permitiendo reconstruir cada problema y aportar nuevas estrategias de intervención sobre él. Y, finalmente, permiten también identificar los ámbitos en los que el tema transversal, o partes de él, no era trabajado desde ningún área o, por el contrario, donde las actuaciones desde diversos sectores se solapaban.

No obstante, Serra (2004) destaca que si bien las políticas de transversalidad surgen a partir de una necesidad de actuación en la complejidad social sobre un tema o colectivo específico, haciéndolo más visible en el trabajo conjunto de una organización, el objetivo final de una estrategia transversal es desaparecer. Es decir, el tratamiento del tema transversal tiene como objetivo que se incorpore en la dinámica del hacer cotidiano. La finalidad es, pues, incorporarlos al hacer y pensar de las instituciones y personas, de tal manera que no sea necesario diseñar estrategias explícitas para que estén presentes.

#### ***4.2.2. Transversalidad en la educación para la Salud<sup>100</sup>***

La institución educativa, caracterizada por impartir conocimientos troncales en disciplinas diferenciadas, incorpora la transversalidad como una herramienta para abordar cuestiones de relevancia social que no se circunscriben a ninguna disciplina específica, pero que se relacionan con muchas de ellas. Es a partir de esta herramienta que diversas temáticas de Salud se incluyen en el currículo escolar.

A continuación presento brevemente los diferentes modelos y sentidos que adquiere la transversalidad en el ámbito escolar y su vinculación con la educación para la Salud.

---

100 Si bien uno de los propósitos de esta Tesis de Doctorado es analizar la construcción de los problemas sociales de la Salud Pública, el trabajo de campo se ha realizado en el marco de un proyecto de educación y promoción de la salud para infantes y jóvenes en el ámbito escolar. Por este motivo, resulta relevante revisar el concepto la transversalidad en el ámbito escolar y conocer así cómo son tratados los temas de salud en la escuela.

#### **4.2.2.1. Modelos de transversalidad en el ámbito educativo**

La incorporación de la transversalidad en ámbito escolar como estrategia para el tratamiento de cuestiones que preocupan a la sociedad, se vuelve necesaria debido a la existencia de una organización escolar vertical que necesita tratar nuevos fenómenos no atribuibles a una u otra disciplina. Es decir, se opta por mantener la estructura tradicional de la escuela incorporando una estrategia transversal para minimizar los límites de la estructura educativa tradicional en el tratamiento de la complejidad de problemas sociales actuales (Bolívar, 1996).

En efecto, en una organización compartimentada por áreas tradicionales de saber cómo es el sistema educativo, la transversalidad fue incorporada como una herramienta para proveer discursos y orientar conductas sobre una cuestión de relevancia social que no tiene cabida en una materia concreta dentro del currículo académico (Muñoz de Lacalle, 1997). En este sentido, los contenidos transversales tratan problemas sociales de especial interés ya que no se circunscriben a una determinada disciplina, sino que se relacionan con muchas de ellas dado su “*carácter globalizador*” (Gadivía, 2001. Pág. 509). La pretensión es la formación generalizada de sujetos en una mirada y en comportamiento específico acorde con estos contenidos, prescindiendo de que estén circunscritos a una determinada disciplina.

Ahora bien, los temas transversales, en contraposición a los propios de las disciplinas tradicionales se presentan como parte de un currículo no académico y, por tanto, no son centrales en las asignaturas escolares (Bolívar, 1996). En este sentido, aunque traten temáticas relativamente estables y de importancia social (educación cívica, para la paz, la igualdad, el ambiente, la salud, el consumo, etc.), suelen tener un estatus diferente a los verticales. Esto es debido a que, por una parte, son flexibles, varían según los problemas y las necesidades sociales planteadas en un momento y lugar específico. Y, por otra parte, se suelen plantear orientaciones didácticas o directrices mínimas para su tratamiento, generando como consecuencia implementaciones y presencias desiguales según los intereses particulares del equipo docente y de la institución educativa. Asimismo, en contraste con las asignaturas verticales, los contenidos transversales quedan como un catálogo donde elegir dentro de una gran variedad de propuestas según la escuela y el territorio, ya que se trata de contenidos que no son fácilmente integrables en todo el currículo y en los espacios de saber escolar.

Finalmente, la incorporación de un “tema transversal” no se traduce inequívocamente a la incorporación de metodología transversal para el tratamiento de sus contenidos. Por el contrario, a lo largo de los años, los temas transversales han sido introducidos en la escuela de forma divergente y su evolución ha variado según los centros escolares (Gavidia y Rodes, 1996).

En este sentido, Gavidia (2000) distingue diferentes operaciones para la incorporación de los temas transversales en los contenidos de las asignaturas del ámbito escolar:

- *Introduciendo nuevos temas en disciplinas específicas*, aunque omitiendo la transversalidad como herramienta de coordinación y puesta en común de ideas y valores desde diversas disciplinas hacia una meta compartida. Se trata de que los temas “transversales” sean incorporados de forma sectorial en las disciplinas, agregándolos a sus contenido de manera formal y haciendo especial hincapié en elementos conceptuales específicamente vinculados con una parte de la temática que se relacionaba con la asignatura<sup>101</sup>.
- *Tomando en consideración los temas transversales durante todo del curso* e introduciendo a lo largo del temario reflexiones y conclusiones vinculadas con el tema transversal en diferentes disciplinas. (aunque no siempre estas reflexiones están claramente vinculadas con las unidades del temario por lo que, en algunos casos, pueden forzar la conexión del tema transversal con el tema específico de la unidad trabajada<sup>102</sup>).
- *Incorporando la perspectiva de la transversalidad para el abordaje de temas comunes*, de modo que cada disciplina puede proporcionar su visión específica respecto de cada temática compartida. De esta manera se proporciona la idea de complejidad e interrelación de los fenómenos, dando claves al alumnado sobre su comprensión desde una red más amplia y contextualizada de conocimientos. Mediante esta forma de abordar la transversalidad, se da entrada al trabajo en equipo en el diseño de la estrategia transversal y en la puesta en común de metas generales sobre la temática a tratar así como, también, de los objetivos específicos de cada área de saber.

<sup>101</sup> Algunas cuestiones pasan a ser integradas como parte de la asignatura y son tratadas de forma específica en un momento del temario. Por ejemplo, si la alimentación se trata desde las ciencias naturales, se enfoca desde las funciones del órgano digestivo y de las propiedades nutritivas de los alimentos; la igualdad de género se incorpora en la asignatura de Educación para la ciudadanía o en materias similares; la comunicación se subsume en la asignatura de Lengua y literatura; etc.

<sup>102</sup> La intención de vincular todos los temas de la asignatura con el tema transversal puede, por una parte, hacer perder especificidad a la asignatura, dado que podría llevar a relegar las unidades educativas al único tema transversal. Por otra parte, puede llevar a considerar que el tema transversal solo incumbe a la disciplina que la asignatura ha tratado, teniendo efectos contraproducentes porque orienta a pensar la cuestión desde un solo prisma o posicionamiento del saber, aspecto que reduce la complejidad de los fenómenos (Gavidia, 2000)

#### **4.2.2.2. La transversalidad y la educación en valores**

Bolívar (1996) diferencia dos sentidos de la transversalidad en la escuela. El primero, asume la incorporación de temas transversales como un ejercicio para intervenir sobre problemas sociales actuales o futuros. Es decir, la función de los temas transversales es mejorar o prevenir problemas sociales, creando sujetos que incorporen ciertas prácticas sociales acordes con un modelo específico de sociedad y evitando hábitos o conductas insanas, incívicas, inmorales, etc. Se trata, pues, de incorporar en el alumnado *“dimensiones valorativas o actitudinales de las que estamos faltos socialmente”* Bolívar, 1996. Pág. 31).

El segundo sentido de la transversalidad se corresponde con la inclusión de la escuela en entornos sociales más amplios proporcionando, por una parte, claves para comprender los fenómenos sociales de forma más compleja y reflexiva y, por otra, dotando de ejemplos prácticos para facilitar la comprensión de conceptos y la aplicabilidad de los contenidos escolares. Es decir, *“en lugar de organizar el currículum para que recoja los problemas sociales, se trata de ir hacia una escuela integrada en el medio”* (Bolívar, 1996 Pág. 32).

Con todo, la inclusión de temas transversales en el ámbito escolar en España suele obedecer al primer sentido que he mencionado. Es decir, los temas transversales suelen introducir de manera explícita la necesidad de incorporar hábitos, valores y actitudes en las personas para orientar las prácticas colectivas con la finalidad de crear una sociedad que minimice los problemas que su propio desarrollo pueda generar<sup>103</sup>. Así pues, la presencia de temas transversales de forma explícita en el currículum responde a la “necesidad” creada por la sociedad de educar a infantes y jóvenes más allá del ámbito profesional (vinculado a los contenidos de las asignaturas).

En este sentido, la escuela adquiere la responsabilidad de formar sujetos que respondan a los problemas sociales que preocupan a la sociedad (Gadivía, V., 2000), donde la transversalidad se vuelve una estrategia primordial para dar respuesta a los nuevos retos sociales. Asumir esta responsabilidad supone tener que enfrentarse a una institución familiar cambiante y a la convivencia con otros espacios de poder que pueden construir discursos divergentes (como, por ejemplo, los medios de comunicación) (Bolívar, 1996 y Tedesco, 1996).

---

<sup>103</sup> El Ministerio de Educación y Cultura recoge como temáticas transversales la educación ambiental, la educación para la paz, el consumo, la igualdad, la seguridad vial y la salud (Bolívar, 1996).



Concretamente, en el Área de la educación y promoción de la salud, el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte junto al Ministerio de Sanidad y Consumo han desarrollado un documento guía para los centros educativos llamado “*Ganar Salud en la Escuela. Guía para conseguirlo*” (Salvador Llivina y Suelves Joanxich, 2008). En este documento se describe la incorporación transversal de contenidos de promoción de la salud en el entorno escolar mediante los siguientes argumentos:

- *Orientación al rendimiento académico*: la consecución de los niveles adecuados de salud tiene una relación estrecha con la consecución de buenos resultados educativos, incluidos los académicos. En este sentido, la promoción de la salud en el ámbito escolar permite, no solo mejorar la salud del alumnado y profesorado, sino que también, mejora el ambiente escolar y “*optimiza procesos de gestión y resultados educativos*” (Salvador Llivina y Suelves Joanxich, 2008. Pág. 12).
- *Fundamentación en la etapa biológica de crecimiento evolutivo*: la infancia y la adolescencia son momentos evolutivos destacados en los que las personas interiorizan los “*principales hábitos de la vida*” (Salvador Llivina y Suelves Joanxich, 2008. Pág. 12).
- *Centramiento en la disponibilidad de la población*: la obligatoriedad de permanecer en el sistema educativo de 4 a 16 años, permite el acceso prácticamente universal a esta población.
- *Fundamentación en el saber experto del profesional docente*: el profesorado son agentes idóneos en la transmisión de contenidos<sup>104</sup>.

Como se puede comprobar a partir del documento guía, se identifican las y los agentes “transmisores de saberes” (profesorado) y las personas, fácilmente disponibles para la acción de las políticas públicas (alumnado), que están en un momento del desarrollo flexible y clave para la interiorización de ciertos hábitos, actitudes y/o valores considerados correctos para el desarrollo personal y el del conjunto de la sociedad<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Basado, principalmente, en la Teoría de las creencias en salud y en la Teoría del aprendizaje social, ambas abordadas en el Capítulo 3: “*La Promoción de la Salud: revisión y cuestionamiento de un proceso*”

<sup>105</sup> El reconocimiento del personal docente como transmisor de valores es una creencia relativamente nueva. Bolívar (1996) sitúa en el año 1995, con la aprobación LOPEG, (Ley Orgánica de la Participación, Evaluación y el Gobierno de los centros docentes. Ley 9/1995, de 20 de noviembre) el reconocimiento legal sobre la conveniencia de implantar proyectos educativos escolares en las instituciones públicas, donde los valores y metas específicas doten de autonomía e identidad a cada centro.

### **4.3. La intersectorialidad: la convergencia y la interacción organizacional como vectores de la innovación en intervención**

Las políticas públicas actuales se construyen en un marco de elevada especialización sectorial. Pero aunque la especialización sectorial sirve para profundizar sobre una parte de saber, los compartimentos específicos no permiten abordar los problemas en su complejidad y dinamismo. Por ejemplo, ¿cómo considerar el problema de las drogas desde el sector especializado sin incorporar saberes e intervenciones de sectores como el de juventud, asistencia en salud, salud pública, educación, seguridad, justicia, bienestar, etc.? En efecto, la intervención sobre los problemas sociales complejos requiere plantear un trabajo coordinado entre los diferentes sectores con el objetivo de realizar actuaciones conjuntas para conseguir una meta común. Este trabajo, desde dónde diversos sectores específicos entran en relación, se define como intersectorialidad (Ramos Rodríguez, 2001).

Cabe puntualizar que existen diversas acepciones de la noción de intersectorialidad, según la interpretación que se haga del concepto sector. Me detendré en dos. En la primera, la intersectorialidad puede ser comprendida como las relaciones que se establecen entre sectores públicos y privados (como el empresarial, las ONGs, etc.). En la segunda, como la coordinación entre diversos sectores especializados de las instituciones, habitualmente gubernamentales (salud, educación urbanismo, etc.) (Cunill Grau, 2014). La primera acepción se centra en la búsqueda de optimización de recursos públicos a partir de la incorporación de sectores no gubernamentales, mientras que la segunda destaca la importancia de intervenir sobre problemas sociales complejos a partir de los múltiples elementos que los determinan, mediante la integración de diversos sectores implicados en él (Cunill Grau, 2014).

Me centraré en la segunda acepción dada la relevancia que se le otorga al sector como área de especialización en el saber-intervención<sup>106</sup>.

En el ámbito de la Salud, el punto de inflexión que ha puesto en evidencia la necesidad de un tratamiento intersectorial ha sido la atención prestada a los determinantes de salud, que ha llevado a un replanteamiento del concepto médico-asistencial sobre la salud de la población. Así, por ejemplo, el modelo explicativo de Lalonde (1974) sobre los determinantes de salud, que incorpora en el sistema asistencial los estilos de vida, el ambiente y la biología como elementos indispensables para conocer y actuar sobre los problemas de salud, marca el inicio en la apertura de la construcción de la salud más

---

106 En el próximo apartado examino la noción de gobernanza, donde trato la integración de instituciones y agentes con diferentes orígenes e intereses en el diseño y ejecución de políticas de Salud Pública.

allá de la asistencia sanitaria. Concretamente, junto con las intervenciones asistenciales sobre sujetos enfermos, se destacó la importancia de intervenir en el medio ambiente, en las condiciones sociales, y en los estilos de vida para mejorar el estado de salud de la población. Este entendimiento multicausal de los problemas de salud, derivó hacia la integración de diversos sectores de especialización para darles respuesta de forma completa y eficaz.

Con el aumento de la importancia del modelo multicausal de los determinantes de la salud para explicar el proceso de salud y enfermedad, la intersectorialidad se convirtió en un camino obligado. En este sentido, la frase “salud de todas las políticas” (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen y Leppo, 2006), tan comúnmente difundida por los organismos de salud de Cataluña y España, implica romper los límites de la problematización sobre la salud y sobre su intervención desde los organismos puramente sanitarios para pasar a representar una responsabilidad e incumbencia colectiva. Es decir, supone integrar sectores de educación, medios de comunicación, seguridad, servicios sociales, urbanismo, trabajo, etc. De esta manera, el concepto de “salud en todas las políticas” incorpora la salud en todas las acciones. Dicho con otras palabras, todas nuestras prácticas pueden ser pertinentes en las políticas de salud y todos los sectores pueden estar trabajando para dar respuesta a los problemas de salud.

No obstante, es pertinente destacar que la intersectorialidad trasciende la mera puesta en común y el simple consenso de ideas para dar respuesta a los problemas complejos de salud insertos en estructuras complejas de intervención. Por el contrario, la intersectorialidad implica la convergencia e interacción de redes complejas que, por una parte, requieren de la innovación de contenidos a partir de los diferentes posicionamientos de las múltiples disciplinas y, por otra parte, tienen una finalidad ejecutiva consistente en el diseño de políticas públicas (Ruelas Barajas, 2012)

*“El propósito final de la intersectorialidad es, por consiguiente, la definición de políticas públicas. (...) para lograr la verdadera intersectorialidad no basta con la mera convergencia de estructuras ni tampoco es suficiente la convergencia de los conocimientos comunes, en donde los profesionales simplemente se complementan. Lo que se requiere es generar la innovación entre las múltiples disciplinas; sólo así la intersectorialidad tiene sentido y adquiere sustento”. (Ruelas Barajas, 2012. Pág. 95)*

La noción de *interdisciplina* también juega un importante papel en este contexto. La interdisciplina implica el intercambio y la creación conjunta de ideas en la interacción entre diversos ámbitos del saber (Nirenberg, 2005). Significa llegar a un acuerdo, a una visión conjunta sobre determinados fenómenos para intervenir sobre ellos de forma más eficaz. En este sentido, se admite que no existe una disciplina que posea el “saber”

sobre un problema. Más bien se reconoce que no hay una verdad absoluta, sino que todas son relativas a un momento y a una situación político-histórica, lo que implica relativizar la propia posición desde donde se habla. De esta manera, el ejercicio interdisciplinario supone una apertura al cuestionamiento y a la resignificación del saber, y también de las posiciones de poder sobre un problema.

El conocimiento interdisciplinario comporta no limitarse a sumar parcelas de saber (entendiendo que cada disciplina por separado es una mera simplificación del fenómeno), sino interrelacionarlas. Se trata de un trabajo continuo y flexible en el que se ponen en juego la indefinición del problema y la incertidumbre respecto a él, lo que lleva a su problematización, al surgimiento de tensiones y al establecimiento de negociaciones para redefinirlo desde la complejidad. Este proceso, incluida la redefinición desde la complejidad, implica ir más allá de una conceptualización teórica, y supone formar nuevos dispositivos y lógicas de intervención que integren un trabajo acorde con la visión interdisciplinaria de los fenómenos (Nirenberg, 2005 y Ruelas Ruelas Barajas, 2012).

Sin embargo, las diferentes instituciones que convergen en el trabajo intersectorial no parten de posiciones de saber-poder equitativas y su actuación dentro del abordaje intersectorial puede ser dispar. En este sentido, cada institución dentro de su ámbito de saber principal tiende a presidir la delimitación teórico-conceptual de los problemas y de su intervención (Ramos Rodríguez, 2001). Mientras más demarcado y reconocido sea el sector en el saber sobre un fenómeno, más poder tiene en la delimitación, en la dirección y en la intervención sobre el problema. En el ámbito de la salud, las instituciones sanitarias suelen ser definidas como referentes de autoridad en la construcción de los problemas de salud de la población, en su priorización y en la participación de otros sectores en ella.

Asimismo, en relación con su finalidad ejecutiva (dirigida a generar políticas públicas), la intersectorialidad implica el trabajo de *planificación y gestión compartida* entre diversos tipos de organizaciones públicas y la sociedad (Nirenberg, 2005). Esta colaboración entre instituciones conlleva a un trabajo conjunto en escenarios diversos, con variedad de disciplinas y posiciones, y mediante una metodología de trabajo compartida para crear nuevas formas de entender los problemas sociales, y actuar sobre ellos. En definitiva, a través de la intersectorialidad se generan nuevas realidades y se actúa sobre ellas a partir de la puesta en común y de la discusión de los conocimientos previos y de las experiencias de cada uno de los agentes implicados en la gestión del problema (Poggiese, 1997 en Nirenberg, 2005).

Es en la gestión compartida donde las responsabilidades se distribuyen, y la participación de diversos sectores de la sociedad toma especial relevancia en la formulación y priorización de propuestas sobre las políticas de salud, y en cómo llevarlas a cabo y evaluar los resultados. De hecho, la gestión compartida va más allá de una consulta o de un trabajo puntual sobre las necesidades de un colectivo ya que implica la *asunción de responsabilidades* y el empoderamiento de diversos sectores de la sociedad en las actuaciones sobre la salud de la población (Poggiese, 1997 en Nirenberg, 2005).

Este proceso de trabajo colectivo implica la existencia de puntos de vista diversos y, en algunos casos, contrapuestos. En este sentido, en el proceso de construcción de un problema social desde la intersectorialidad, se pueden generar tensiones, alianzas y oposiciones sobre las formas de entender los fenómenos. En su desarrollo se van reelaborando discursos con el objetivo de adoptar un punto de vista compartido, donde las diversas posiciones se van alejando de su visión particular para construir una nueva formulación comúnmente aceptada por el grupo.

El trabajo intersectorial es también un trabajo de lucha por el poder entre posiciones y puntos de vista, donde los participantes ponen en juego su posición y están, en mayor o menor medida, abiertos al cuestionamiento y a la negociación de significados para llegar a un acuerdo colectivo. En el proceso de construcción de los problemas sociales se negocian, pues, realidades y verdades sobre estos, por lo que el alcanzar un punto de vista común implica ceder posiciones e incorporar las perspectivas de otras/os, con lo que se confiere complejidad a la problematización del fenómeno. El resultado del proceso de reconstrucción es la estabilización de una visión del problema que emerge como verdad consensuada. Como contrapartida, se corre el peligro de invisibilizar alternativas al problema, dado que mediante la negociación se homogenizan posiciones y se elimina diversidad.

Las estrategias de trabajo intersectorial implican un *trabajo en red* (Nirenberg, 2005), que conlleva la horizontalidad de las posiciones, evitando relaciones jerárquicas. El trabajo en red supone un sistema abierto que puede ser reorganizado o modificado según las exigencias del momento. Es decir, no existe un único pilar desde donde se organiza el trabajo, sino que se crean puntos de encuentro comunes y dinámicos.

En este sentido, la característica de apertura y dinamismo de las relaciones de trabajo en red escapan a la lógica de organización vertical y al establecimiento de normas estrictas que regulen su funcionamiento. Se trata de un proceso más dinámico que requiere elementos que permitan dotarlo de una continuidad y coherencia en el tiempo. Por este motivo, se vuelve necesaria la presencia de factores que unan y articulen el

trabajo intersectorial (Nirenberg, 2005) como es, por ejemplo, el ejercicio de comunicación constante y horizontal entre cada uno de los agentes e instituciones implicadas en el proceso intersectorial. En efecto, el flujo y manejo de información transparente y accesible es un componente esencial para garantizar la equidad de las posiciones entre quienes se incluyen en el proceso de trabajo conjunto de definición intersectorial de problemas.

Finalmente, Blejmar, Nirenberg y Perrone (1998) plantean la necesidad de un *liderazgo transformador*. Es decir, una asignación de roles entre diversos agentes que, en un momento determinado, impulsan, producen o consolidan cambios sociales según las necesidades del grupo<sup>107</sup>.

#### **4.4. La gobernanza: el “buen gobierno” en Salud**

En los apartados precedentes he presentado dos conceptos íntimamente relacionados con la necesidad de abordar la Salud desde su complejidad. Ambos conceptos implican una propuesta sobre la Salud que trasciende de los compartimentos específicos de saber experto para integrarlos en una red de propuestas, saberes e intervenciones con el fin de actuar de forma holística sobre los problemas de Salud y sus determinantes.

En esta sección presento la última pieza del engranaje que permite acabar de perfilar la comprensión de las políticas de Salud y avanzar en el despliegue de su complejidad. Se trata de la gobernanza. Este es un modelo de gobierno que, además de permitir la subsunción de la transversalidad y de la intersectorialidad en Salud, agrega la importancia de articular, coordinar y negociar acciones con agentes e instituciones públicas y privadas de diversas áreas que pueden intervenir en el proceso de salud y enfermedad.

A través de los próximos apartados describo el nacimiento del concepto de gobernanza y su despliegue en el discurso neoliberal y cómo sirve de herramienta para sortear los problemas de gobernabilidad que el propio sistema produce y los nuevos sentidos que actualmente va adquiriendo. Asimismo, expongo el rol adjudicado al Estado en esta nueva forma de gobierno y el carácter procedimental de la gobernanza que la libera de cuestionamientos de base ideológica sobre el sistema social. Finalmente, presento las propuestas sobre la gobernanza en el ámbito de la Salud.

---

<sup>107</sup> Sería el caso, por ejemplo, del rol de líder. Se trata de un rol dinámico que no pertenece a una persona sino que, por el contrario, es una relación que establecen agentes con el grupo de trabajo a fin de impulsar una determinada práctica o dotarla de continuidad. El rol, al ser una relación, puede cambiar según la situación y momento del grupo.

#### **4.4.1. Nuevos escenarios para nuevas tecnologías de gobierno**

La noción actual de gobernanza se produjo en el interior del sistema neoliberal (Aguilar, 2010) en el contexto de la crítica al intervencionismo atribuido al Estado de bienestar, al que se considera responsable de dirigir y de proporcionar confort a la población mediante la acción de sus instituciones. Asimismo, se acusa y advierte sobre la *“arrogancia del gobierno extralimitado y sobrecargado”* (Rose y Miller, 1992, Pág. 198) para afrontar los retos, cada vez más complejos y diversos, de las sociedades postmodernas.

Precisamente, la gobernanza toma su fuerza a partir de la configuración de unas sociedades complejas e interconectadas que dibujan un nuevo escenario social. La crítica al Estado de bienestar se establece mediante tres elementos básicos: (a) los límites de la sostenibilidad y las consecuencias del intervencionismo del aparato público; (b) la diversificación de espacios y agentes profesionales que intervienen en la población, y (c) la producción de un nuevo sujeto, cada vez más crítico y activo en la búsqueda de su autorrealización.

Por lo que respecta al primer elemento, se produjo una crítica a los costes económicos de la política del Estado de bienestar, a la que se atribuyó la responsabilidad sobre el endeudamiento del Estado como consecuencia de una presunta fuerte presión fiscal (Vázquez García, 2009) y de una sobrecarga de sus funciones. A los límites de su sostenibilidad, se agregaron críticas sobre el gobierno del Estado de bienestar en relación a las consecuencias de su intervencionismo. Por ejemplo, se criticó que las medidas orientadas a reducir la pobreza incrementaran, en ciertos casos, la desigualdad y que la utilización de servicios sociales se distribuyera de forma desigual según clases sociales (los colectivos más favorecidos hacían un mayor uso de los recursos que poblaciones vulnerables). Al mismo tiempo se argumentaba que el sistema social del Estado de bienestar destruyó otras formas de ayuda social como la comunidad y la familia, y que fomentaba la dependencia en lugar de la responsabilidad social y personal y la autonomía personal (Rose, 1997). En este extremo, el sector neoconservador planteaba que el Estado de bienestar, mediante sus políticas de intervención social, interfería sobre la *“autoridad familiar y proveían una vida fácil, renuente ante el esfuerzo y el sacrificio, entregada al cultivo hedonista del yo y corrosiva para las jerarquías y valores tradicionales”* (Vázquez García, 2009 Pág. 22).

En cuanto al segundo elemento, en el marco de la intervención social se diversificaron las especializaciones de la figura experta dando lugar a diferentes áreas profesionales e instituciones que construyen verdades e intervienen sobre ciertas parcelas de la vida

social (Rose, 1997). Asimismo, los grupos de interés ganaron poder y comenzaron a ejercer influencia y presión sobre las decisiones de gobierno. Sin embargo, las acciones de las diversas instituciones, áreas y agentes podían desarrollarse de forma independiente y desencadenar intervenciones diversas y potencialmente contradictorias. Por supuesto, al aumento de áreas profesionales, de movimientos y de organizaciones no gubernamentales dirigidas a tratar problemas sociales específicos, cuyas dinámicas de actuación e intereses son particulares, hay que agregar la liberalización del mercado y la existencia de empresas e instituciones internacionales que hacen que el Estado pierda independencia y poder en la elaboración y ejecución de políticas de gobierno, teniendo que negociarlas con agentes implicados en la economía a escala internacional (Closa Montero, 2003).

Como consecuencia de todo ello se produjo una problematización sobre la existencia de diferentes agencias y niveles de gobierno y la necesidad de interacción constante entre agentes públicos y privados que actuaban, a menudo, de forma independiente sobre los problemas sociales, teniendo cada uno de ellos un manejo específico de información, de intereses y de recursos. La conclusión final que se sacó fue que ante este modelo de gobierno descentralizado, el gobierno tradicional, con su ejercicio de control vertical de las acciones de su población, había perdido sentido y había creado la necesidad de coordinar diferentes espacios de actuación sobre la población (Aguilar, 2010).

Finalmente, en relación con el tercer elemento, las personas como objetos de intervención se vieron obligadas a repensarse a sí mismas mediante los propósitos de búsqueda de la autorrealización, de la salud y de la felicidad. Apoyándose en esta tríada presente en la cotidianidad (promovida por las políticas públicas, los medios de comunicación, las estrategias de mercado, etc.), las personas comenzaron a narrar sus problemas desde el reclamo de derechos y a organizarse en asociaciones para conseguir sus metas de salud y bienestar. A través del cuestionamiento del saber experto y estatal, exigieron formar parte del proceso de decisión de las intervenciones que afectaban a sus vidas particulares (Rose, 1997).

Los tres elementos que he revisado condujeron a que intelectuales y gobernantes asumieran un aumento de las demandas sociales hacia el Estado y una reducción del poder y de los recursos de éste para darles respuesta (Closa Montero, 2003). Esta situación tuvo como resultado un re-planteamiento de las estrategias de gobierno hacia una mayor interlocución entre agentes e instituciones para responder a las demandas que el Estado, unilateralmente, no podía resolver. De este modo, como consecuencia de la complejidad social (globalización, flexibilización, desarrollo de nuevas tecnologías, diferenciación funcional, acciones de gobierno, liberalización de los mercados, etc.)



emergió la preocupación por la gobernabilidad de la población. Es decir, la estrecha interrelación entre lo social, lo político y lo económico hizo imposible tratar los problemas de cada ámbito de forma aislada (Kooiman, 2005) y se hizo necesario, entonces, comenzar a tratarlos de forma multilateral.

El nuevo escenario, que implica un cuestionamiento del modelo del Estado de bienestar (también surgido en el contexto liberal<sup>108</sup>), no se tradujo en un cambio radical a las lógicas liberales, sino que produjo una intensificación de las mismas hacia un mayor escepticismo respecto a la capacidad del Estado para gobernar y hacia un aumento de la capacidad del mercado para influir sobre la actividad económica, social y política. Asimismo, la persona adquirió un rol más activo en la construcción de su propia subjetividad, en su devenir como empresaria de sí misma, que consume y produce con un nuevo fin: la búsqueda de su propio bienestar y del bienestar de su entorno próximo.

*“los mercados remplazan a la planificación como reguladores de la actividad económica. Estos aspectos del gobierno que el Estado de bienestar construyó como responsabilidades políticas son, en la medida de lo posible, transformadas en formas de mercantilizadas y reguladas de acuerdo con los principios del mercado (...) La expendeduría activa reemplaza a la pasividad y la dependencia de la responsabilidad solidaria y se alienta a las personas a esforzarse para optimizar su propia calidad de vida y la de sus familias” (Rose y Miller, 1992, Pág 198 [Traducción Propia])*

En coherencia con ello, el neoliberalismo y, posteriormente, el neoliberalismo avanzado, crearon un nuevo orden social caracterizado por (a) un saber experto cada vez más opaco; (b) la emergencia de un discurso económico y de gestión como forma de control sobre el saber de las ciencias humanas y sociales; (c) la construcción de las personas como sujeto de gobierno a partir de la administración de su libertad y (d) la integración de las múltiples y diversas tecnologías sociales (Rose, 1997 e Ibáñez, 2012):

(a) La opacidad del saber experto como medio de legitimación (Ibáñez, 2012).

A lo largo del desarrollo del liberalismo el saber experto ha sido una pieza clave para el gobierno, dado que los conocimientos generados por las ciencias (especialmente las ciencias humanas y sociales), fueron transferidos al quehacer político como objetos y fórmulas de acción para garantizar el buen gobierno (Rose, 1997). Sin embargo, su importancia como dispositivo de gobierno no se fundamenta únicamente en su autoridad sobre producción de saberes pretendidamente objetivos, sino en las

---

<sup>108</sup> “Las gubermentalidades liberales enfatizaban los límites de lo político y acentuaban el rol de un amplio abanico de actores no políticos y formas de autoridad –médicos, organizaciones religiosas, filántropos y reformadores sociales– en el gobierno de los hábitos de la gente. Las estrategias de gobierno social habían empezado con el argumento de que tales técnicas eran insuficientes para conjurar las amenazas, por un lado del mercado desregulado, el individualismo y también la anatomía que portaba desde su comienzo, por otro de la revolución socialista con todos los peligros que conllevaba” (Rose, O’Malley y Valverde, 2006. Pág. 127).

condiciones y las claves para actuar sobre la población. En efecto, su mayor fortaleza como herramienta de gobierno estriba en la legitimidad que detenta para la población gobernada, que asume su discurso como una verdad escasamente proclive al cuestionamiento, que acepta la acción de gobierno que se fundamente en ella y que la aplica al gobierno de sí.

*“Para conseguir gobernar con mayor eficiencia y de forma más duradera, es preciso modificar los resortes de la sumisión y sustituir parcialmente la obediencia basada en el miedo por la obediencia basada en el consentimiento, es decir en el reconocimiento de cierta legitimidad a los gobernantes y sus actos” (Ibáñez, 2012 Pág. 2)*

La legitimidad del saber tecno-científico en la producción de verdades y su aceptación como tales por la población gobernada se fundamenta, precisamente, en la inaccesibilidad del saber experto a la producción y entendimiento por parte de la población a quien el gobierno dirige sus acciones. Dicho sintéticamente, por definición, el saber experto para ser legítimo, debe ser un saber opaco (Ibáñez, 2012).

Con todo, la complejidad social que caracteriza a la sociedad y la opacidad sobre el proceso de producción y entendimiento que legitima al saber experto como hacedor de verdades, repercute sobre que éste sea cada vez más inaccesible para la población general. Es decir, se produce un aumento de la distancia entre los conocimientos de que dispone la población gobernada y la que maneja el gobierno. Esto tiene como consecuencia una pérdida de significación y de legitimidad de las acciones de gobierno (Ibáñez, 2012). En otras palabras, la opacidad que caracteriza al saber experto, que cada vez adquiere mayor complejidad, produce un efecto paradójico: al mismo tiempo que legitima la acción de gobierno fundamentada en él, hace que éste pierda sentido para la población gobernada, disminuyendo la propia legitimidad del gobierno.

(b) El control del saber experto de las ciencias humanas y sociales por un saber experto económico y de gestión (Rose, 1997)

El saber experto de las ciencias humanas y sociales, aunque mantiene una eminente relevancia para el gobierno de la población, es controlado por el poder de los colectivos que manejan los discursos económicos y gestores (Rose, 1997) mediante diversas técnicas como son el control presupuestario, la contabilidad y las auditorías. Es decir, a los regímenes de verdad de las ciencias humanas y sociales se les agregan, como medio de control y de regulación, los regímenes de verdad de la eficiencia y la rentabilidad económica, surgiendo con ello la monitorización, la contabilidad, la gestión y la evaluación como dispositivos de control de las prácticas de saber e intervención.

(c) La construcción de las personas como sujetos de gobierno a partir de la administración de su libertad

En un sistema neoliberal avanzado, la libertad se vuelve objeto de interés en tanto que es útil para el gobierno de las personas. En este sentido, la libertad es producida y adquiere determinadas características con la finalidad de reproducir el modelo hegemónico de quien la gestiona (Ibáñez, 2012). Por ello, al mismo tiempo que se producen las libertades específicas (de elección, de consumo, de expresión, etc.), se crean dispositivos de seguridad que actúan para reprimir cualquier tipo de libertades que cuestionen al modelo que las libertades neoliberales promulgan.

*“gobernar y gestionar en nombre y en base a la libertad permite conseguir que los propios gobernados y los propios trabajadores contribuyan ellos mismos, a hacer funcionar los mecanismos mediante los cuales se les gobierna y se les explota” (Ibáñez, 2012)*

Precisamente, en el sistema neoliberal y neoliberal avanzado la persona pasa a ser pensada como sujeto libre y autónomo que busca activamente la autorrealización, maximizando su calidad de vida y su felicidad mediante la toma de decisiones, y dotando a su vida de sentido mediante el establecimiento de relaciones entre sus experiencias y las situaciones personales a través de su propia toma de decisiones. Es decir, la persona ya no es entendida en relación a su dependencia y obligaciones con la sociedad, sino que es proyectada como sujeto que busca la autorrealización en diversos ambientes y comunidades (familia, escuela, ocio, empleo, etc.). En este sentido, la principal cuestión para el gobierno es encontrar aquellos mecanismos de toma de decisiones mediante los cuales las personas se hacen responsables de sí mismas y de sus grupos de pertenencia (comunidades a quienes deben lealtad), formando un estilo de vida de acuerdo con los discursos hegemónicos (Rose, 1997). Asimismo, al considerar a la persona como sujeto autónomo y libre, el gobierno se centra en el despliegue de tecnologías orientadas a crear y modular capacidades, competencias y voluntades individuales, que se encuentran fuera del control formal de los poderes públicos.

La nueva configuración de las personas como sujetos autónomos, libres y activos que toman decisiones para su autorrealización conduce a una transformación de la seguridad social como principio de solidaridad colectiva y a la gestión personal del riesgo como un deber personal (desempleo, vejez, enfermedad etc.). En este sentido, la persona adquiere la nueva obligación de ser prudente sobre su toma de decisiones y calcular los peligros y riesgos que estas puedan comportar, mientras que el trabajo

social deja de ser un instrumento de cuidado colectivo para convertirse en un ejercicio de consejo experto<sup>109</sup> dirigido a sujetos individuales que toman decisiones libres.

Es decir, la regularización de la conducta se vuelve un deseo individual cuyo objetivo final es la realización y la felicidad.

*“Los individuos tienen que convertirse en «expertos de sí mismos», pasar a establecer una relación de autocuidado, que se basa en la preparación y la información, con sus cuerpos, mentes, formas de conductas y con los miembros de sus propias conductas” (Rose, 1997. Pág. 39)*

(d) La diversificación de las tecnologías de gobierno

En el neoliberalismo y en el neoliberalismo avanzado el Estado pierde la centralidad de gobierno que presentaba en el Estado de bienestar y delega acciones a un amplio abanico de entidades no gubernamentales. Estas entidades actúan de forma más o menos autónoma para regular, planificar, educar, intervenir, etc. sobre ciertos fenómenos sociales, asumiendo así responsabilidades en la provisión de servicios públicos (Rose, 1997).

En el nuevo escenario de *pluralización de las tecnologías sociales* (Rose, 1997), el ejercicio de gobierno se produce a través de la interacción, la negociación y el conflicto de poderes y actores autónomos (empresas, organizaciones, colectivos profesionales, grupos de afectados, etc.). Para ello, se desarrollan medidas pretendidamente objetivas (como el establecimiento de contratos, los indicadores, las evaluaciones, las monitorizaciones, etc.) orientadas al gobierno de la complejidad, reforzando la pretensión de neutralidad política. El desarrollo de tales medidas permiten el gobierno a distancia de las organizaciones que, por una parte, sirven para dirigir las prácticas de las entidades y, al mismo tiempo, por otra parte, las dotan de cierto nivel de autonomía para la toma de decisiones. En este proceso de “*des gubernamentalización*” del Estado hacia una “*des-estatalización del gobierno*” (Rose, 1997 Pág. 35), el sistema neoliberal avanzado destaca la importancia de la participación de la sociedad civil en las acciones de gobierno (a nivel particular y, en especial, de forma organizada). En efecto, esta participación permite, no solo proveer de recursos para la acción sobre una realidad cada vez más compleja y diversa que el Estado por sí mismo no podría responder, sino que tiene un sentido estratégico ya que sirve para modelar los discursos, los deseos, las prácticas y las relaciones de la sociedad civil para hacerlas útiles a las propuestas por el modelo neoliberal (Ibáñez, 2012).

---

<sup>109</sup> Rose (1997) señala como ejemplo la autoayuda, el teléfono de la esperanza, etc.

La búsqueda de eficacia en el gobierno a través de dispositivos de gestión no es inocua sino que obedece a una lógica ideológica específica, donde el mercado se impregna de todas las experiencias y organizaciones sociales, políticas y económicas. En este sentido, no es casualidad que el concepto de gobernanza sea fervientemente promovido por instituciones como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial<sup>110</sup> (Pacheco Pedraza, 2013).

Los cuatro componentes descritos, característicos del sistema neoliberal avanzado, dibujan una vida social que ya no es entendida como en el mundo doméstico (en forma de derechos y deberes en relación a la familia extensa), ni como el mundo industrial en forma de trabajo asalariado inserto en una jerarquía organizacional donde se hace toda la carrera profesional y dónde la vida personal esta total y claramente separada de la vida laboral. Por el contrario, la vida social se compone de una amplia diversidad de conexiones y encuentros temporales entre diversos colectivos e instituciones que se activan, desaparecen y vuelven a producirse en un entramado complejo de distancias sociales, geográficas, profesionales y culturales (Boltanski y Chiapello, 1999). En este contexto emerge la noción de red para hacer inteligibles y gobernables los procesos económicos, sociales y políticos del sistema neoliberal, caracterizado por estructuras poco jerárquicas, flexibles y cuyos límites organizativos son fugaces y modelables.

En este nuevo escenario, la gobernanza se hace presente en los diferentes proyectos<sup>111</sup> de las sociedades neoliberales avanzadas como estrategia de gobierno de una sociedad reticular, a partir de la coordinación entre diversos colectivos, espacios e intereses con el fin de estabilizar sentidos, definir políticas y acciones específicas y gestionar recursos dispersos entre agentes y ámbitos diferentes. Inscribiéndose, además, en proyectos específicos, donde los agentes y las instituciones entran en relación, crean y discuten en torno a una determinada política y acción.

Asimismo, la gobernanza se presenta como una estrategia de consenso, participación y cooperación en aras de garantizar un gobierno más libre y democrático. No obstante, se trata de un dispositivo de gobierno cuyas bases se fundamentan en el discurso

<sup>110</sup> Por ejemplo, en 1989, el Banco Mundial abogó por abrir la participación de la sociedad civil (ONG, sindicatos, movimientos sociales, etc.) para alcanzar una buena dirección de la sociedad (Aguilar, 2010) y, al mismo tiempo, promovió la liberalización y desregulación de los mercados y su apertura a las transacciones internacionales (Graña, 2005).

<sup>111</sup> En un mundo caracterizado por la conexión y el flujo de encuentros que se distribuyen y disuelven sin descanso, los proyectos funcionan como artefactos que permiten producir, estabilizar y acumular saberes, sujetos y objetos específicos (Boltanski y Chiapello 1999). Las sociedades neoliberales, caracterizadas por su constante flujo y asociación entre agentes y espacios, despliegan una multiplicidad de proyectos específicos en los que participan múltiples agentes. Cada uno de estos proyectos tiene un origen y un final concreto, pero adquieren la función principal de estabilizar sentidos y acciones en un mundo reticular, al mismo tiempo que permiten establecer criterios sobre cuáles deben evaluarse: *“Sobre el tejido sin costuras de la red, los proyectos dibujan una multitud de miniespacios de cálculo, dentro de los cuales pueden ser engendrados y justificados los órdenes”* (Boltanski y Chiapello, 1999 Pág 159).

hegemónico del modelo neoliberal y responde a ellas con el fin de garantizar su reproducción y perfeccionamiento (Ibáñez, 2012).

#### **4.4.2. La gobernanza como tecnología de gobierno complejo y múltiple**

Tal y como he expuesto anteriormente, la gobernanza es presentada como la estrategia que permite converger y coordinar intereses, recursos y saberes para el diseño y la ejecución de las políticas públicas (Grau-solés, Íñiguez-rueda y Subirats, 2011). Esta estrategia emerge del reconocimiento de la multiplicidad y de la complejidad de los fenómenos sociales, de la diversidad de áreas e instituciones (públicas y privadas) que intervienen en ellos y de la necesidad de gestionarlas para dar respuestas y actuar de forma eficiente.

En este sentido, el proceso de gobernar según la gobernanza supone un sistema de relación, de negociación y de toma de decisiones en múltiples sentidos, entre el gobierno y diferentes agentes sociales, para plantear y dar respuesta a los problemas sociales propios de la sociedad actual; unos problemas que, como ya he mostrado, son complejos e interdependientes (Aguilar, 2010).

Consecuentemente, la gobernanza implica la integración de un entramado diverso, interdependiente y heterogéneo de actores sociales para definir, negociar y traducir sentidos e intereses específicos en políticas públicas concretas que, al mismo tiempo, se traduzcan en acciones coordinadas y continuas (Kohler-Koch y Eising, 1999 y Grau, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010). Por este motivo, la gobernanza se contrapone a las estructuras de gobierno verticales y sugiere una forma de gobierno horizontal que implica una permeabilidad entre las esferas públicas y privadas para el abordaje de los problemas sociales. Precisamente, quienes promueven este sistema de gestión de las políticas públicas asumen que en la gobernanza el poder ya no viene desde “arriba” sino que se produce de forma horizontal, producto de negociaciones diversas y constantes entre distintos agentes (Moreau Desfarges, 2003 en Graña, 2005) e implica la participación de niveles locales y regionales para el abordaje de los problemas sociales (Graña, 2005).

*“Estas redes se multiplican en el marco postburocrático, permitiendo la evolución de la ciudadanía hacia formas más complejas tendentes a privilegiar la flexibilidad ante reglas rígidas basadas en la autoridad jerárquica; enfatizan la descentralización del poder; negocian antes*

*que seguir rutinas y operan bajo principios de corresponsabilidad social y participación cívica” (Pacheco Pedraza, 2013 Pág. 199)*

La acción de gobierno es pensada, pues, como una acción colectiva resultado de la asociación entre diferentes agentes del sector público y privado, que se hace evidente a través de distintas formas de “*co-regulación, co-dirección, co-gestión, colaboración, corresponsabilidad*” (Aguilar, 2010. Pág. 32) para tratar la heterogeneidad de las cuestiones públicas, en la que variados colectivos pueden influir en la definición de una agenda (Olivo Pérez, et al. 2011).

*“Los problemas sociales son en gran medida el resultado de varios factores interdependientes... y ya no pueden ser considerados como los efectos de un único factor, así como al hecho que el conocimiento técnico y político de los problemas y soluciones está dispersos entre muchos actores” (Kooiman, 1993 Pág. 255 en Aguilar, 2010 Pág. 34)*

En este mismo marco, las nociones de multiplicidad, dinamismo e interdependencia son presentadas como elementos que justifican el despliegue del modelo de gobernanza para desarrollar políticas de salud<sup>112</sup>. Es decir, por una parte, la salud es definida desde la complejidad de los fenómenos que pueden influirla, volviendo necesario trascender los ámbitos puramente sanitarios para prevenir la enfermedad y promover la salud poblacional (reducción de las desigualdades sociales, mejora del entorno urbano, etc.) y, por otra parte, multiplicando y diversificando las instituciones y agentes que trabajan en ellas (instituciones públicas, ONGs, empresas, activistas, etc).

Ambos elementos llevan a justificar que las acciones de salud incluyan instituciones públicas, no solo del área de salud, sino también de educación, deportes, servicios sociales, seguridad, ciudadanía, junto con la presencia de empresas privadas que actúan tanto en áreas sanitarias (como, por ejemplo, la industria farmacéutica) como en áreas no sanitarias (medios de comunicación, restauración, ocio, transporte, etc.). También que se incorporen las organizaciones profesionales del tercer sector (ONGs) que trabajan directamente sobre la mejora de la salud poblacional o sobre aspectos en mayor o menor medida vinculados a ella (derechos humanos, género, inmigración, etc.). y los colectivos sensibilizados y/o afectados por algún problema de salud que se organizan para mejorarla.

De esta manera, el gobierno en salud, siguiendo una lógica neoliberal avanzada, requiere del desarrollo de políticas que exceden al ámbito puramente sanitario y que

---

<sup>112</sup> Las políticas de salud pueden ser definidas como declaraciones de intenciones adoptadas por los gobiernos en nombre de lo público, que tienen como objetivo mejorar la salud y el bienestar de la población (Lee y Mills, 1982 en Kilu Haruna y Awaisu Imurana, 2014 y Ferdousour Rahman y Al Khatlan, 2014). Es decir, consisten en una serie de decisiones gubernamentales sobre qué temáticas y qué estrategias se desarrollaran para mejorar la salud de la población.

implican el despliegue de formulaciones, acciones y alianzas políticas que consigan una gestión efectiva de todas las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de las políticas de salud (Barkat, 1998 en Ferdousour Rahman y Al Khatlan, 2014).

Concretamente, la gobernanza en salud toma este escenario múltiple y complejo de agentes e instituciones para el diseño y la construcción de un modelo de Salud Pública que permita abordarla desde la complejidad, integrando la salud “en todas las políticas” a partir de la puesta en relación, negociación y confrontación de discursos, intereses, responsabilidades y recursos de diferentes entidades, agentes y niveles.

En Cataluña existen dos iniciativas institucionales para promocionar el ejercicio de la gobernanza en el ámbito de la salud. Concretamente, se trata de los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), y el vigente Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP).

Los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), cuyo despliegue se inició en el año 2006 (Decret de Llei 38/2006) y que se extinguieron en 2013 (Decret de Llei 5/2013), fueron un primer intento explícito de generar estructuras de gobernanza territorial en Salud. Con ellos se propuso un gobierno compartido entre el nivel local y el autonómico que integraba tanto a instituciones públicas como profesionales y proveedores de servicios y a la población civil, con la finalidad de adecuar las políticas de Salud a las especificidades del territorio (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2011).

Por lo que se refiere al PINSAP (Plan Interdepartamental de Salud Pública), es un claro ejemplo, en un nivel autonómico, de la puesta en relación de diversos departamentos de la Generalitat de Catalunya (es decir, una plasmación de la intersectorialidad), de diversas áreas institucionales del Departament de Salut (es decir, mediante el motor de la transversalidad), de niveles de desagregación e instituciones públicas no pertenecientes al Departament de Salut (en especial los municipios), de empresas, ONGs y otras instancias. Su existencia se justifica por el impacto que tienen los elementos ajenos al sistema sanitario para la salud (a los que les atribuyen el 80% de las causas de las enfermedades), y por la apropiación de la premisa del modelo de salud de las sociedades saludables (Kickbusch, 2007a y Kickbusch, 2007b) que sostiene que la salud se crea en las prácticas y en los espacios donde las personas desarrollan su cotidianidad (*Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2014*). Esa causa de ello que plantean como necesario hacer presente a la Salud en todas las políticas (WHO, 2012) mediante acciones de coordinación entre agentes e instituciones implicados en cada espacio de relación (donde la gente vive, trabaja, juega, etc.)



*“El Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP) pretende que todos los sectores del Gobierno, de las administraciones públicas catalanas y de la sociedad capitalicen directamente sus influencias respectivas sobre la salud y el bienestar asociado a la salud de la población de Cataluña, para contribuir conjuntamente a la elaboración de políticas públicas saludables y al desarrollo de iniciativas determinadas de promoción y de protección de la salud” (Agencia de Salud Pública de Cataluña. Generalitat de Catalunya, 2014. Pág. 1 [Traducción propia]).*

Con todo, quienes defienden el sistema de gobernanza suelen partir de que existe igualdad de condiciones entre los diversos agentes que interactúan, condición que haría posible establecer relaciones equitativas para negociar, tomar decisiones y actuar de forma conjunta y voluntaria. Sin embargo, esta presunción es, cuando menos, inocente por pretender que los diversos agentes se posicionen de forma equitativa y manejan intereses y valores comunes. Por el contrario, en el proceso colectivo de construcción de sentidos y de definición de acciones que se produce en la gobernanza, cada agente se sitúa en una posición específica del entramado de relaciones de poder y, como resultado del proceso de negociación y confrontación, se legitiman ciertos valores e intereses, teniendo como consecuencia la creación de nuevas normas acordes con las posiciones con mayor capacidad de influencia (Báscolo, 2010).

Es decir, el proceso de toma de decisiones colectivas no sucede de forma abstracta, sino dentro de un marco social, mediante unos principios institucionales, unas motivaciones y unos incentivos. Asimismo, las normas existentes y las relaciones de poder (Flores, 2010) tienen una importancia central para explicar las dinámicas de interacción, la priorización de sentidos, el reparto de responsabilidades y la utilización de recursos. En definitiva, conocer tales elementos es esencial para comprender el curso del proceso de gobernanza.

En este sentido, en el análisis de la gobernanza en Salud se vuelve relevante conocer, por una parte, las reglas formales e informales que guían la toma de decisiones, la forma en que se expresan los conflictos y la manera cómo se resuelven (mediante consenso o a través de otro mecanismo) y, por otra parte, los recursos de poder que cada agente social posee en la toma de decisión y la capacidad de influir (como expresión del poder) sobre aquellos elementos que considera relevantes. Ahora bien, hay que entender el ejercicio de poder desde una perspectiva dinámica, en la que los diferentes agentes implicados en el proceso de gobernanza pueden variar o, lo que es lo mismo, cualquier agente social puede, en un momento determinado, ejercer influencia. Es decir, agentes que previamente no estaban posicionados en áreas de poder, se pueden volver estratégicos en otros momentos del proceso (Flores, 2010).

En este escenario, la referencia a la equidad de posiciones, que también puede entenderse como horizontalidad, subestima el ejercicio de relaciones de poder entre los diversos agentes e instituciones, cada uno de los cuales posee capacidades y recursos dispares para construir versiones de la realidad y actuar sobre ellas (Pacheco Pedraza, 2013). Precisamente, para que el proceso de intercambio, coordinación, cooperación, confrontación y negociación de sentidos y acciones no exceda los límites que quienes se posicionan en espacios hegemónicos, proponen que las posiciones dominantes establecen espacios no opinables. Es decir, no sujetos al proceso de participación y horizontalidad y, también, manejan dispositivos de seguridad que evitan que el proceso tome caminos contraproducentes para el sistema (Ibáñez, 2012).

En este sentido, aunque se intente presentar la relación entre instituciones en forma de redes horizontales y equitativas, las estructuras generadas en la aplicación de estrategias de gobernanza, suelen reproducir y reforzar las estructuras de poder existentes, pero negando su importancia en el proceso de toma de decisiones. El resultado que se obtiene es la denominada *paradoja de la gobernanza*. Es decir, el ejercicio de control centralizado y autoritario de ciertas posiciones de poder, orientado a la consecución de logros del mercado, a la desestructuración del Estado nación, y a la pérdida del espíritu crítico:

*“paradoja de la gobernanza es justo su carácter centralizador, autoritario y desempoderante, acompañado de una fuerte inclinación por el mercado, la destrucción del Estado-nación y el rechazo al análisis de clases”*(Pacheco Pedraza, 2013. Pág. 198)

#### **4.4.3. El Estado como mediador del gobierno neoliberal avanzado**

En la lógica del sistema liberal, el Estado tenía atribuida la función de definir las reglas de juego económico para asegurar su correcto despliegue: creaba regímenes de propiedad, contratos, asociaciones profesionales, regulaciones de la banca, etc. Es decir, ejercitaba un *“intervencionismo social permanente y multiforme”* (Foucault, 1978-1979 Pág. 164) en aras de mantener el sistema social y económico existente. En contraste, el desarrollo del sistema neoliberal tiene como consecuencia un debilitamiento del Estado como autoridad primera en la definición de las políticas públicas que es sustituido por el discurso de la gobernanza como estrategia de gobierno que cambia las relaciones establecidas entre el Estado y la sociedad civil y difumina las

fronteras entre lo público y lo privado (Ibáñez, 2012) para garantizar el gobierno de las personas bajo la lógica del pensamiento del mercado

En efecto, la gobernanza implica un cambio de modelo de Estado hacia una institución pública que requiere de la cooperación de las agencias públicas y privadas, para solucionar los problemas públicos (Raffarin, 2002 en Graña, 2005). La gobernanza se presenta en contraposición a los procesos de gobierno centrados en la gestión vertical de los problemas sociales por parte del Estado, y sirve para designar un modelo mediante el cual diferentes agentes públicos y privados gestionan sus temas comunes, donde los intereses y conflictos son negociados adoptando decisiones compartidas y acciones cooperativas (UN Comision for Global Governance, 1995, en Closa Montero, 2003).

Basándose en la premisa de que el gobierno es un agente legítimo y necesario, pero no suficiente, para gobernar (Aguilar, 2010), las y los promotores de la gobernanza plantean como imperioso integrar las capacidades de acción, los recursos y la mirada de otros actores sociales para el crecimiento económico y social. Desde su óptica, se trata de un “nuevo arte de gobierno” que articula el Estado, con la Sociedad civil y con la empresa privada (Estupiñan, 2014), donde el Estado se vuelve un gestor que formula preguntas, toma decisiones, evalúa y financia políticas (Aguilar, 2010). Es decir, el papel del Estado cambia, ya que no es el que decide ni el que actúa unilateralmente sobre los problemas sociales. Por el contrario, pierde autonomía y centralidad en la delimitación y control de los fenómenos de la comunidad que dirige. En este proceso, predominan dos perspectivas sobre el rol del Estado: quienes defienden una perspectiva multicentrada y quienes destacan al Estado como agente clave (Moriconi, 2009). En el primer caso, se hace referencia a un decaimiento del Estado, por convertirse en solo un agente más en el desarrollo de políticas poblacionales (Omhae, 1995 en Vigil y Fernández, 2012) y, en el segundo caso, se afirma que, a pesar de producirse un vaciamiento y transformación del poder del Estado y una difuminación de su poder entre otros actores locales y externos (Strange, 1996 en Vigil y Fernández, 2012) éste mantiene una posición estratégica en el desarrollo de políticas públicas (Grau, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010).

La perspectiva multicentrada, mediante la adopción del principio de que la sociedad civil activa mejora la representación política y la confianza y cooperación, asume que la gobernanza implica a diversos actores (Estado, sociedad civil, mercado, empresas, etc.) que, aunque se diferencien en sus roles, interactúan en un marco de horizontalidad. De esta manera, el gobierno deja de ser el centro que dirige a la sociedad. Algunas voces dentro de esta perspectiva defienden que los diversos agentes sociales pueden

organizarse, coordinarse y actuar sin necesidad de la participación del Estado. Desde esta óptica, las relaciones entre redes se constituyen de forma autónoma y su presencia se fundamenta, en gran medida, en la determinación de evitar la intervención del Estado, sin descartar la existencia de una *gobernanza sin gobierno* (Moriconi, 2009).

La perspectiva que destaca al Estado como núcleo de la gobernanza asume que, si bien existen diversos actores y es necesario generar espacios que fortalezcan la participación de la sociedad civil, el Estado debe ejercer el liderazgo de los procesos de cooperación, negociación y acción colectiva. En consecuencia, el ejercicio de la gobernanza implica una nueva forma de regir los asuntos públicos, en la que los gobiernos tienen el rol fundamental de vincular, articular y fomentar la participación entre los agentes implicados en él (Pacheco Pedraza, 2013).

Es, en estas condiciones, que el Estado adopta un rol esencial para garantizar el buen gobierno de la sociedad, dado que tiene la función de organizar, gestionar y liderar las redes de interrelación entre la sociedad civil, el sector privado y el gobierno (Grau, Íñiguez-Rueda y Subirats, 2010). En este sentido, el desarrollo de redes no implica una pérdida de poder del Estado en relación al desarrollo de políticas públicas, sino un cambio de forma (Mayntz, 2003), debido a que el proceso de creación de políticas públicas mediante la negociación de diversos agentes sociales se da en un espacio reconocido por el Estado. Es por ello que, bajo el control gubernamental, el sistema de gobernanza propone la definición de las políticas públicas a través del establecimiento de redes que interaccionan de forma coordinada. Esta coordinación, mediante redes negociadas y horizontales, es una alternativa para garantizar la gobernabilidad de las sociedades complejas por parte del Estado (Scharpf, 1993, en Real Dato, 2002).

*“El Estado mantiene el derecho de ratificación legal, el derecho de imponer decisiones autoritarias allí donde los actores sociales no lleguen a alguna conclusión (...) y el derecho de intervenir con una acción legal o ejecutiva en el caso en que un sistema autónomo (...) no satisfaga las expectativas de regulación”*(Mayntz, 2003 pág.31).

Los discursos neoliberales, en nombre de la libertad, crean una racionalidad de gobierno distinta, que lo “libera” de ciertas obligaciones y de la rigidez de las políticas del Estado de bienestar, devolviéndole autonomía a entidades y colectivos que intervienen sobre la población. Sin embargo, el cuestionamiento de la acción del Estado no implica que se abandone la aspiración de gobierno sino que, por el contrario, plantea que nuevas estrategias de gobierno puedan salvar su fracaso. En este sentido, los modelos de gobernanza permiten la utilización de técnicas de “gobierno a distancia” (Rose, O’Malley y Valverde, 2006) mediante diversas estrategias de control y autocontrol institucional tales como los presupuestos, las auditorías, los criterios

estándar, los protocolos, etc. para dirigir y orientar los procesos de despliegue y acción sobre la población.

*“que crean una distancia entre las decisiones de las instituciones políticas formales y otros actores sociales, conciben a esos actores de forma nueva como sujetos de responsabilidad, autonomía y elección, y tratan de actuar sobre ellos sirviéndose de su libertad” (Rose, 1997. Pág. 33).*

En Cataluña, tanto los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) como el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) son un claro ejemplo del rol del gobierno en el liderazgo, la coordinación y el control de los agentes no gubernamentales y gubernamentales. En ambos casos, aunque se prevé y se anima la participación de entidades no gubernamentales, el gobierno (autonómico y local en el caso de los GTS y sólo autonómico en el caso del PINSAP) es situado en un nivel de mayor autoridad para definir criterios y controlar el curso de la toma de decisiones y de la acción pública:

- Los Gobiernos Territoriales de Salud estaban constituidos por 3 áreas: el Consejo de Salud, que era el espacio de participación ciudadana (integrado por ONGs, grupos de presión, empresas, asociaciones de afectadas/os, etc.); la Comisión de Coordinación de Entidades Proveedoras, que proporcionaba los recursos de acción de las políticas públicas y el Consell Rector, constituido por el Gobierno autonómico y local. Este último era el encargado de la gestión y establecía los límites de la participación y negociación de políticas en Salud (Decret de Llei 38/2006).
- En el proceso de elaboración del Plan Interdepartamental de Salud Pública participaron diversos departamentos del gobierno autonómico, las administraciones locales, la sociedad civil, grupos profesionales, empresas, sociedades científicas, etc. Todos ellos bajo la coordinación y dirección del Departament de Salut (Agència de Salut Pública de Catalunya, 2014).

Ahora bien, aunque el gobierno desempeñe habitualmente un rol de liderazgo, dirección y coordinación del proceso relacional que se produce en las acciones de gobernanza, desde las perspectivas críticas se advierte que el modelo de gobernanza en Salud puede reducir el rol y la responsabilidad del gobierno para desarrollar políticas de salud promoviendo, en su lugar, la toma de decisiones por diversos grupos de presión. (Labonté, 2010.).

*“El artículo toca diferentes aspectos relacionados con la gobernanza de sistemas de salud para lograr la equidad (...) advierte que el concepto de gobernanza podría debilitar el papel de gobierno con efectos distorsionadores mientras enfatiza la importancia de dos elementos de buena gobernanza (transparencia y participación) en los sistemas de decisión en salud” (Labonté, 2010. Pág. 62-63)*

Por el contrario, quienes defienden la perspectiva de la gobernanza la vinculan con el empoderamiento de la comunidad y de la ciudadanía, en la medida en que remite a todas las formas de toma de decisiones organizadas cuyos fines se orientan a objetivos colectivos. Las características que definen la “buena gobernanza” desde esta perspectiva son (Labonté, 2010):

- La transparencia relativa a 3 niveles: (1) local, relacionado con el acceso a la información sobre la salud y su vínculo con los determinantes sociales; (2) nacional, referido al acceso a la información sobre las políticas de salud y el vínculo entre lo nacional y lo global que limita o promueve ciertas políticas de salud, y (3) global, asociado a las políticas y los intereses planetarios (como, por ejemplo, la influencia sobre las reformas del sistema de salud vinculadas a los avatares de los mercados financieros mundializados).
- La participación, considerada un elemento clave para garantizar políticas de salud efectivas y también asociada a la mejora de los resultados en salud<sup>113</sup>.

Desde esta perspectiva, asimismo, se agrega que el abordaje de los temas de salud desde la gobernanza puede contribuir a reducir las desigualdades en salud y a mejorarla, haciendo más eficientes y efectivas las políticas públicas orientadas a estos fines. Ello sería posible gracias al establecimiento de relaciones entre la asistencia sanitaria, la salud pública, los servicios sociales y la educación, al poder vincular las políticas sobre los determinantes sociales de la salud con aquellas que fomentan el crecimiento económico y, también, al permitir unificar la variabilidad de saberes sobre las causas de las desigualdades en salud (Fox, 2013).

#### **4.4.4. El discurso gestor como estrategia de legitimación del modelo neoliberal avanzado.**

El surgimiento de la gobernanza dentro del sistema neoliberal y su conexión con ciertas tradiciones discursivas<sup>114</sup> determina, en buena medida, que su objetivo sea relegitimar y

<sup>113</sup> En el Capítulo 3: “La Promoción de la Salud: revisión y cuestionamiento de un proceso” reviso diferentes perspectivas de participación en salud.

<sup>114</sup> Como producto de un marco neoliberal avanzado, el modelo de gobernanza está fuertemente asociado a discursos de mercado que: (a) tienden a responsabilizar al Estado de promover políticas sociales

fortalecer los principios del mercado, mediante la reformulación de la acción de gobierno en términos empresariales de *management* en el ámbito público (Moriconi, 2009). Es decir, como ya he mostrado en apartados anteriores, la gobernanza busca dar respuesta a las nuevas formas de vinculación entre lo público y lo privado y lo público no estatal y establecer reglas de relación entre diversos agentes políticos y sociales acordes con el modelo de mercado existente.

El debate sobre la mejora de la gobernabilidad se centra en aspectos procedimentales cuyo objetivo es consolidar el modelo capitalista y re-legitimar el orden del mercado. En consecuencia, al presentarse como equivalente del “buen gobierno” la gobernanza se vuelve, por una parte, un concepto normativo, y es promocionada para que se extienda de forma generalizada para tratar problemas sociales y económicos (Aguilar, 2010) y, por otra parte, al centrarse en aspectos técnicos de re-organización de agentes para garantizar un “buen gobierno”, el discurso de la gobernanza excluye aspectos ideológicos del debate público y político. Es decir, los discursos sobre la gobernanza dirigen el debate sobre las disfunciones de las instituciones y sus estrategias de gobierno en términos técnico-organizacionales y procedimentales, y evitan, de esta manera, el cuestionamiento de elementos ideológicos que puedan explicar la deslegitimación del modelo de gobierno que el sistema neoliberal busca re-legitimar (como son la flexibilización de la vida laboral, la privatización de servicios públicos, las desigualdades sociales, etc).

Específicamente, el debate en torno a la gobernanza gira en torno a unos tópicos centrales (mejora de la eficacia del sistema democrático e interrelación entre lo público y lo privado y el mercado como lógica de pensamiento, entre otros) que excluye del debate posicionamientos alternativos sobre el gobierno de las personas (Moriconi, 2009). Precisamente, el sustento en los discursos de la eficacia y la primacía de debate técnico y no ideológico (estrategias de participación, cooperación, generación de estructuras horizontales, etc.), estabiliza a la gobernanza como única alternativa de gobierno posible o, lo que es lo mismo, descarta otras que cuestionen el sistema neoliberal, favoreciendo el enaltecimiento del mercado como eje de sentido de la realidad política y social, y presentando la vida bajo la lógica del coste- beneficio.

*“Sin duda, tanto el lenguaje como el comportamiento de las personas y de las organizaciones al interior del sector público, se han transformado en un lenguaje y un comportamiento que es propio de los negocios” (Peters, 2002, Pág.1 en Moriconi, 2009. Pág.147)*

deficitarias y costosas; (b) proponen reducir el gasto y el endeudamiento del Estado mediante métodos empresariales de reducción de costos y maximización de beneficios; (c) plantean, de manera generalizada, programas neoliberales de ajuste estructural; (d) promueven iniciativas ciudadanas orientadas a ganar actores colectivos para impulsar programas de ajuste, transparencia y racionalidad de la gestión pública; y (e) manifiestan una *fe ciega* en el crecimiento económico basado en el modelo neoliberal (Graña, 2005).

Mediante el sustento conceptual y procedimental que he expuesto, el debate en torno a la re-legitimización de la democracia, excluye el componente ideológico sustituyéndolo por el discurso de la *eficacia* (Moriconi, 2009). La gobernanza se presenta, pues, a partir de sus bondades conciliadoras de saberes y optimización de recursos y se inscribe en las prácticas de gobierno como *la estrategia de buen gobierno*. Sin embargo, lejos de ser una mera estrategia de gestión de la complejidad social, política y económica, la gobernanza es un dispositivo esencial de reproducción del modelo neoliberal avanzado que (Ibáñez, 2012):

- Permite el desarrollo de un lenguaje común entre el saber experto y la población a quien se dirige la política de gobierno. Es decir, si bien el saber experto se legitima por su inaccesibilidad en la producción y entendimiento por parte de la población general, el gobierno de las personas en una democracia neoliberal avanzada implica gestionar las libertades haciendo que estas se reconozcan a partir de tales libertades, se elijan opciones y se responsabilicen de las consecuencias de sus actos. No obstante, para que la población dirija su propia vida de forma acorde con las propuestas hechas por el sistema, el saber experto en el que se fundamenta el gobierno, debe ser asumido como propio por la población gobernada. Para conseguirlo, la gobernanza permite acercar el saber experto a la población general y construir puentes de entendimiento entre gobernantes y gobernados para que estos últimos asuman los discursos expertos y los apliquen como propios en la toma de decisiones.
- Posibilita la articulación del saber experto con el saber profano. En efecto, la gobernanza permite agregar al conocimiento pretendidamente objetivo del saber experto, el saber de la población específica a quien dirige su política; un saber subjetivo pero enormemente útil para el gobierno, dado que proporciona las claves para asegurar una intervención más acorde y efectiva sobre los objetos de gobierno.



En este último capítulo teórico, he querido presentar herramientas y estrategias que se despliegan en el sistema social actual (neoliberal avanzado), para garantizar su propia reproducción y perfeccionamiento. Estas se encuentran presentes en los discursos de la Salud Pública.

En él, he presentado los planteamientos sobre la transversalidad y la intersectorialidad como instrumentos que permiten abordar los problemas de Salud Pública interconectando, respectivamente, áreas dentro de la Salud y sectores gubernamentales ajenos a la misma. La finalidad de ambas herramientas es crear definiciones comunes e intervenciones coordinadas para dar respuesta a la complejidad, a partir de la cual se entienden los problemas de salud.

Me detengo especialmente en la gobernanza, dado que esta estrategia de gobierno extiende las propuestas de flexibilización de los límites organizativos del sector público que sugieren la transversalidad y la intersectorialidad hacia la difuminación de las fronteras entre el sector público, el sector privado, el tercer sector y la ciudadanía en general para la toma de decisiones y ejecución de intervenciones en Salud Pública. Sus fundamentos son diversos: la complejidad de los problemas de salud pública, la diversificación de instancias que inciden sobre ellos, los límites de la sostenibilidad de las intervenciones del Estado; y el reconocimiento de una población que exige y debe participar en su propio gobierno.

En resumidas cuentas, el modelo de gobernanza, se presenta como *La estrategia de un buen gobierno neoliberal*; Promete hacer las políticas de Salud Pública más eficientes, impregnando los discursos que promulga la Salud Pública en todos los espacios de relación de las personas y actuando sobre las libertades personales, con la finalidad de crear sociedades (hegemónicamente) más saludables.

Los elementos tratados en este capítulo, permiten contextualizar y comprender las lógicas de gobierno y el establecimiento de alianzas organizativas que se producen en la Salud Pública actual, que analizo en la tercera parte de esta Tesis: “*Arquitectura de la Salud Pública en los discursos y en las prácticas*”.

### **Conceptos clave:**

A lo largo del recorrido teórico he desplegado los fundamentos conceptuales que sirven para comprender a la Salud Pública como problema de gobierno.

He iniciado tal recorrido a partir de la conceptualización de los problemas sociales, como situaciones que se vuelven objeto de gobierno al ser constituidas como colectivamente nocivas, desagradables o mejorables y que requieren del despliegue de la intervención pública solucionarlas. A partir de tal consideración he destacado dos perspectivas esenciales de comprensión de los problemas sociales: las perspectivas clásicas, que entienden a los problemas sociales como cuestiones objetivamente indeseables o conflictivas; y las perspectivas críticas que los entienden como construcciones colectivas e interrogan sobre el proceso a partir del cual estos fueron constituidos como tales.

De la gran diversidad de problemas sociales posibles, me he centrado en los que son objeto de intervención de la Salud Pública, entendida como el despliegue de tecnologías de gobierno orientadas a solucionar situaciones consideradas actual o potencialmente conflictivas para la salud poblacional. Asimismo, he destacado que los problemas de salud poblacional son comprendidos a partir de la diversidad de entornos y prácticas cotidianas, por este motivo, las acciones de gobierno en salud se expanden el ámbito puramente sanitario, hacia múltiples espacios donde estas prácticas son producidas.

Si bien hay diversas áreas de intervención en Salud Pública, profundizo en los fundamentos de la Promoción de la Salud como área de Salud Pública que, a partir de la consideración de las personas como sujetos libres y autónomos que buscan su propio bienestar, despliega sus tecnologías de gobierno orientadas a inscribir el discurso hegemónico de salud en las prácticas cotidianas de las personas y a crear entornos que faciliten tales prácticas.

Finalmente, he presentado a la transversalidad y la intersectorialidad como herramientas organizativas que permiten abordar los problemas de salud a partir del establecimiento de vínculos entre áreas de la misma organización (transversalidad) y entre sectores gubernamentales diversos (intersectorialidad) para dar una respuesta integral a los problemas de Salud Pública, constituidos como complejos.

No obstante, he hecho especial referencia a la gobernanza como estrategia de gobierno que permite subsumir a la transversalidad y la intersectorialidad e integrar en la toma de decisiones y la ejecución de intervenciones de Salud Pública, a otras instancias públicas y privadas. Precisamente, la gobernanza se presenta como estrategia predilecta para negociar y confrontar saberes, y como resultado crear sentidos y

acciones compartidas entre todas las instancias y agentes que han participado del proceso.

A partir de lo expuesto, se establecen las bases para comprender el proceso de producción de la Salud Pública como problema de gobierno bajo el análisis del el despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya, presentados a continuación.



***TERCERA PARTE:***

***ARQUITECTURA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS  
DISCURSOS Y EN LAS PRÁCTICAS***



***CAPÍTULO 5:***  
***MÉTODO Y PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN***





### **5.1. Introducción: desde un concepto general al objeto de estudio**

Los orígenes de esta investigación se remontan al año 2007, cuando me planteé como objeto de análisis la construcción de los problemas sociales y sus efectos en las dinámicas de intervención. Mi interés era conocer el proceso mediante el cual un fenómeno se convierte en un problema susceptible de ser tratado en la arena pública. Si bien no estaba explicitado, la primera idea relativa a la “construcción de los problemas sociales y sus efectos”, llevaba consigo asociada la actuación de los poderes públicos, dado que mi propósito se centraba en conocer aquellos fenómenos delimitados como problemas a los que las instituciones de la Administración dotan de relevancia para intervenir en ellos. Es decir, se practica una intervención porque un fenómeno ha adquirido relevancia tal que moviliza a los poderes públicos para cambiarlo, modularlo o dirigirlo. A su vez, el diseño de intervenciones tienen efectos en la construcción de personas, puesto que orientan el sentido de sus prácticas cotidianas mediante pautas, recomendaciones e instrucciones.

Como es fácil advertir, desarrollar un trabajo sobre la construcción de los problemas sociales abre un gran abanico de posibilidades para dirigir la indagación hacia múltiples ámbitos: vivienda, educación, salud, juventud, género, ciudadanía, etc. Todos ellos, con seguridad, tienen elementos comunes propios del sistema social en el que estamos inmersos (como, por ejemplo, la concepción de individuo o el valor conferido al saber objetivo) pero, también, tienen entidad propia. Es decir, cada uno de ellos se ha ido construyendo en base a construcciones discursivas específicas<sup>115</sup> a partir de los discursos socialmente disponibles (Wetherell y Potter, 1996) que corresponden a su trayectoria histórica donde el mismo área es producida. Sin estas especificidades discursivas el tema en sí mismo no tendría razón de ser, y un análisis que obviara tales consideraciones, no permitiría conocer la idiosincrasia y la complejidad del problema social estudiado.

La pretensión de esta investigación no ha sido en ningún momento indagar sobre la construcción de “todos los problemas sociales”. De haber sido así, me habría centrado en aspectos genéricos y/o compartidos de todos los ámbitos, admitiendo la premisa de que esos aspectos comunes realmente tienen existencia y, cada uno de ellos, se articula de forma similar. Tal enfoque es propio de las miradas objetivistas con pretensiones de abstracción y generalización, que acostumbran a volcarse en el análisis de un objeto de

---

<sup>115</sup> Por ejemplo, en el área de la salud, intervienen los relativos al desarrollo de las ciencias y las tecnologías médicas, los relacionados con los hábitos y el entorno, el valor de la vida y de la muerte, etc.

forma aislada, desatendiendo los discursos particulares y situados que originan y desarrollan la construcción de cada uno de ellos.

Enunciado de forma lapidaria, podría afirmar que centrarme en todos los problemas haría que no estudiase realmente la construcción de ningún problema, puesto que me quedaría en generalidades y ninguna de ellas sería lo suficientemente significativa y/o relevante como para permitir la comprensión profunda de un fenómeno específico. Por el contrario, cada uno de los problemas sociales mantiene su complejidad e idiosincrasia al ser estudiado en su singularidad.

Puede decirse que existen antecedentes de la investigación que ahora presento: mi trabajo de investigación de Máster<sup>116</sup> y mi recorrido profesional. Ambas vertientes orientaron mi interés por la Salud y mi focalización sobre la Salud Pública se debe a razones que espero hayan quedado lo suficientemente evidenciadas mediante el recorrido teórico desarrollado en este trabajo.

Orientar la investigación hacia la construcción de los problemas sociales de Salud Pública no es un propósito que esté desprovisto de dificultades. Una de ellas, y no la menor, es que dentro del perímetro que ocupa la “Salud Pública” también encontramos una gran complejidad de áreas y temas (protección, promoción, vigilancia) y, dentro de cada una de ellas, ámbitos que son susceptibles de ser abordados mediante intervenciones específicas<sup>117</sup>.

Manejarse en esta complejidad comportó el planteamiento de otra decisión: si indagar sobre la Salud Pública a nivel global o centrarme en una de sus áreas o abordar un ámbito específico de alguna de ellas. La incógnita quedó formulada mediante la pregunta: ¿cuál es al límite de concreción del objeto de estudio? En mi caso, la respuesta hizo que este límite quedase situado en el tratamiento de la Salud Pública a nivel global y, más específicamente, su articulación con una de sus áreas: la Promoción de la Salud.

Aunque confío en haber dejado claramente delineadas y argumentadas en la primera y segunda parte de esta investigación los motivos de las diferentes decisiones adoptadas, es posible sintetizar las razones que han acabado definiendo los vectores de esta indagación. En cuanto a enfocar el estudio de la Salud Pública a nivel global, considero que esta dispone de un repertorio de discursos, instancias institucionales, dispositivos de conocimiento, ideológicos, legales y, también, heterogeneidad de profesionales,

116 “Análisis de la construcción de la enfermedad de una paciente con fibromialgia”. Máster Oficial en Investigación en Psicología Social (2006-2007).

117. En el caso de la Promoción de la Salud, por ejemplo, mediante acciones y programas de educación sexual, alimentación, ejercicio físico, envejecimiento, drogas, alcohol, determinantes sociales, etc.

entre otros elementos, que le confieren una singularidad y entidad propia que, por sí misma, mantiene el sentido de las políticas públicas de salud. De forma simplificada, en la medida en que la Salud Pública es definida como “*El conjunto organizado de actuaciones de los poderes públicos y de la sociedad mediante la movilización de recursos humanos y materiales para proteger y promover la salud de las personas, prevenir la enfermedad y cuidar la vigilancia de la Salud Pública*” (Llei 18/2009, del 22 d’Octubre, de Salut Pública. Pág 81070), se puede entrever una finalidad común a todas las áreas que la componen, la de generar sociedades saludables y menos enfermas. Para alcanzar esta finalidad, cada una de las áreas específicas que integran la Salud Pública va construyendo saberes y desarrollando intervenciones que deberían converger hacia esta meta común. La indagación sobre los discursos que sustentan este fin común, sus funciones y sus efectos, se vuelve el primer objeto de interrogación en esta tesis. De ahí, la pertinencia de estudiar la “Salud Pública” a nivel global.

No obstante, pese a compartir objetos y finalidades comunes, en el despliegue de intervenciones específicas, cada área de Salud Pública configura una trayectoria particular, a partir de la cual se manejan sentidos específicos de la intervención. Específicamente, la Protección de la Salud evalúa y gestiona los riesgos de las condiciones materiales del medio; la Vigilancia Epidemiológica hace un seguimiento y controla aquellos elementos que puedan producir enfermedades o perturbar la salud, y la Promoción de la Salud<sup>118</sup> está dirigida a incidir sobre las personas y su entorno para generar prácticas saludables. Me detengo sobre esta última área, la Promoción de la Salud, para profundizar en aquellos discursos y prácticas que construyen a las personas y su entorno objeto de intervención y los efectos de tales construcciones.

A partir del interés en elucidar la construcción de los problemas sociales de Salud Pública mediante el análisis de los discursos de Salud Pública a nivel general y los discursos de la Promoción de la Salud a nivel particular, el trabajo de campo requería de un escenario donde ambos componentes se articulasen en la configuración de sentidos de intervención. Justamente, en Cataluña se estaba gestando un nuevo modelo de Salud Pública, que destacaba la relevancia de la multiplicidad de elementos que condicionan la salud, planteaba la necesidad de integrar agentes gubernamentales del Área de Salud junto con otras áreas gubernamentales (Educación, Urbanismo, Deportes, etc.) y se proponía abrir la participación en el desarrollo de intervenciones a instituciones no gubernamentales (ONGs, empresas, consorcios, etc.). En el marco de esta gestación, [← este proceso,] se iniciaron un conjunto de “proyectos demostrativos”

---

<sup>118</sup>La prevención de la enfermedad se orienta a incidir sobre las prácticas y entornos que generan alteraciones de salud o inducen factores de riesgo. Como se muestra en el capítulo de resultados, suele presentarse como área íntimamente vinculada con la Promoción de la Salud. Para profundizar sobre este tema véase, particularmente, la Categoría 2: “*La definición de los problemas de Salud Pública como noción invertida de la salud y el bienestar.*” del Eje V.

que tenían la finalidad de introducir el modelo de Salud Pública propuesto por la Comunidad Autónoma de Cataluña en el Territorio, sentando las bases de lo que sería la futura Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) y, en especial, desplegando el Área de Salud Pública con menor presencia de la Institución Autonómica en el territorio, la de Promoción de la Salud. De este modo, se abrió una situación ventajosa para el desarrollo de mi estudio.

Así pues, el trabajo de campo de esta investigación lo realicé en el marco del despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) que desarrolló la experiencia en el territorio del Proyecto Demostrativo entre los años 2009-2010. La finalidad de este Proyecto era la de implementar el modelo de Salud Pública que fue planteado a partir de la aprobación de la Llei de Salut Pública de Catalunya. Este modelo propone un trabajo en Salud Pública coordinado con el territorio, tomando en consideración los recursos disponibles en el Departament de Salut y el nivel local.

Las y los responsables encargadas/os del despliegue del Proyecto Piloto de la ASPCAT en la comarca de La Garrotxa me solicitaron la evaluación cualitativa de este proceso<sup>119</sup>. La contrapartida que se me ofreció, si me encargaba de la evaluación, consistió en tener a mi disposición el acceso a información (asistencia a reuniones, obtención de documentación del Proyecto, realización de entrevistas, etc.) y al contacto con personas de diferentes niveles de la organización de Salud Pública para la realización de la Tesis de Doctorado.

El Proyecto Demostrativo de la ASPCAT en La Garrotxa, se concretaba en el desarrollo de un proyecto de educación y de promoción de la Salud en jóvenes e infantes. A mi juicio, se trataba de un escenario ideal para mi trabajo de tesis puesto que, por una parte, intentaba materializar el nuevo modelo de Salud Pública y de sentar las bases para este en el territorio y, por otra parte, se concretaba en un trabajo en Promoción de la Salud. Ambas vertientes me permitían satisfacer dos propósitos: el primero, indagar aquellos aspectos que hacen de la Salud Pública un espacio común de intervención y, el segundo, profundizar en los discursos de la Salud Pública orientados al gobierno del yo y concretados en el ámbito de Promoción de la Salud.

Finalmente, expresado de manera sintética, mi labor como evaluadora se concentró en la realización del trabajo de campo en uno de los proyectos demostrativos de la Agència de Salut Pública de Catalunya, el “Proyecto de Educación y Promoción de la Salud en Niños y Jóvenes”, implementado y desarrollado en la comarca de La Garrotxa<sup>120</sup>. Mantuve 3 reuniones con las personas referentes del Proyecto que, además, tenían

---

<sup>119</sup> El contacto lo establecí en el mes de julio de 2009 y, en octubre de ese mismo año se aprobó la Llei de Salut Pública de Catalunya.

asignada su dirección. A partir de las explicaciones sobre la dinámica de trabajo y del material del proyecto, diseñé, consensuándola con los referentes, la evaluación y el muestreo teórico que serviría para el desarrollo de esta investigación.

## **5.2. Aproximación metodológica**

La investigación realizada es de carácter comprensivo y la metodología utilizada es de corte cualitativo. El propósito perseguido con la utilización de la metodología cualitativa es tratar de comprender el objeto de investigación de manera profunda y localizada, indagando en sus particularidades mediante el estudio de las prácticas a través de las cuáles se dota de sentido a todo aquello que sucede y se genera. Mediante la metodología cualitativa se procura un acceso riguroso, válido y fiable a procesos de interacción social, al acercamiento a las relaciones intersubjetivas, a la producción de significados y al intercambio y negociación entre discursos, prestando una especial atención a las/os agentes implicadas/os y al contexto donde estas prácticas se producen.

De entre las características más sobresalientes de la investigación realizada pueden destacarse, muy sintéticamente:

- El diseño metodológico es emergente y flexible. Es decir, se caracteriza por su carácter abierto en base al cual se producen y/o incorporan informaciones no previstas y no preconcebidas. Asimismo, es versátil en cuanto a que las fases y las etapas de la investigación pueden desarrollarse lineal y/o también simultáneamente, permitiendo que la investigación no deba subordinarse a una secuenciación lineal, sino que pueda conducirse mediante avances y retrocesos en función de las derivas de la indagación.
- La utilización de metodología cualitativa abre la posibilidad y favorece un acceso a la realidad sin necesidad de renunciar al carácter múltiple de esta. Este acceso requiere el recurso a métodos inductivos que toman en consideración los heterogéneos devenires de lo cotidiano.

---

120 Cabe destacar, que si bien el trabajo de campo se realizó en el Proyecto Demostrativo desplegado en La Garrotxa (Comarca prepirenaica ubicada en la provincia de Girona, en Cataluña), las cuestiones planteadas se orientaron a elucidar los discursos sobre la Salud Pública y la Promoción de la Salud producidos por las y los gestores de Salud de Cataluña. Específicamente, el Proyecto Demostrativo sirvió de escenario de encuentro entre agentes de diferentes niveles de Salud (Comunidad Autónoma, Región Sanitaria de Girona y del Territorio, entendido como la comarca y los municipios que la componen) y facilitó el desarrollo de las interrogaciones objeto de la investigación.

- La pretensión es analizar los fenómenos de forma profunda con la voluntad de comprender las dimensiones constitutivas del objeto de investigación en su dinamismo y en su complejidad.
- El propósito es producir un conocimiento situado espacial y temporalmente, en el que resalta la preocupación por lo local y por la generación de un conocimiento enraizado con ello. El énfasis en lo local y lo situado constituye una dimensión fundamental en el enfoque del problema de investigación, en el diseño del estudio y en la realización del análisis y la consecuente obtención de resultados.

### **5.2.1. El método lingüístico**

En la labor de acceso y análisis a los procesos de construcción de los problemas sociales de Salud Pública he utilizado el método lingüístico. La razón principal es que, en esta investigación, el lenguaje detenta un rol central, tanto para el acceso a la producción de significados sobre la Salud Pública, como para el análisis orientado a la comprensión de los discursos articulados en relación a ella.

El método lingüístico se caracteriza por permitir hacer interrogaciones amplias y flexibles orientadas a la comprensión de los procesos y sentidos que configuran el objeto de estudio y, fundamentalmente, por implicar al lenguaje como componente esencial que atraviesa todo el proceso de investigación (el desarrollo de la interrogación, el acceso a las respuestas y su análisis). Asimismo, mediante este método se puede acceder a los sentidos que las personas dan a su experiencia y al mundo, en general, a partir de la interrogación directamente dirigida a ellas. Además, dado que no se encuentra afectado por las condiciones del tiempo y el espacio, es posible acceder a informaciones (discursos y prácticas sociales) sin que estén pasando en el momento de la realización del estudio (Elejabarrieta, 1997).

### **5.2.2. Técnicas de recogida de información**

Para la recopilación de la información analizada en esta investigación, se ha recurrido a la utilización de dos técnicas: la entrevista individual y la técnica documental.

a) Entrevista individual

La entrevista individual, como es bien conocido, se trata de una conversación pautada cuyo fin es obtener información sobre un tema concreto. Mediante la realización de una entrevista es posible recopilar información relativa a las actitudes, las experiencias, los comportamientos, las emociones, etc. y acceder a discursos que transportan significados compartidos. Asimismo, una entrevista tiene dos características que la convierten en una herramienta privilegiada de acceso a la información. La primera es su carácter pragmático o, lo que es lo mismo, permiten acceder a información profunda y específica de procesos y situaciones (experiencias, ideas, emociones, etc.) sin que estos estén pasando en el momento en el que se produce la conversación. La segunda, su carácter comunicativo, que se traduce en el objetivo de captar significados complejos, mediados por la construcción que los sujetos hacen al contar su versión sobre un acontecimiento o una experiencia.

Las entrevistas realizadas son de carácter semi-estructurado y fueron conducidas mediante un guión “complejo” diseñado *ex profeso*. La mención al carácter “complejo” del guión<sup>121</sup> se debe a que éste debía satisfacer dos requerimientos: (a) permitir la recolección de los datos pertinentes para dar respuesta a los objetivos de investigación diseñada para esta Tesis, y (b) recoger los datos que permitiesen cumplimentar los objetivos de evaluación del Proyecto de despliegue de la ASPCAT territorial. Es decir, el guión debía atender 2 focos diferentes, pero con la particularidad de que las personas entrevistadas entendían que participar en la entrevista significaba estar contribuyendo a la evaluación de la ASPCAT.

Los temas contemplados en el guión de las entrevistas abordaban las percepciones sobre progreso del Proyecto Demostrativo, la identificación de agentes clave, la conceptualización de la Salud Pública y sus áreas, los fundamentos de la Salud, la identificación de los principales problemas de Salud Pública, la identificación de discursos contrapuestos en relación a la Salud dentro del Proyecto, la importancia de la Ley de Salud Pública como marco de interpretación de la Salud Pública, las responsabilidades en Salud, los motivos para promocionar la Salud, los principales elementos de intervención en Promoción de la Salud, la identificación de sujetos de intervención, el rol de los sujetos de intervención en el proceso de intervención y los conflictos de intereses en el desarrollo del Proyecto Demostrativo.

Las entrevistas fueron realizadas en el entorno de trabajo habitual de las personas entrevistadas (Barcelona, Girona y La Garrotxa). Asimismo, al inicio de la entrevista cada informante fue informado/a de los objetivos de la entrevista (orientados a

<sup>121</sup> Véase el guión de las entrevistas en el anexo.

responder las cuestiones de la tesis y a evaluar el Proyecto Demostrativo concreto). Se informó también, sobre el tratamiento de los datos (que serían transcritos literalmente, y presentados garantizando el anonimato de las personas entrevistadas).

#### b) Técnica documental

La técnica documental consiste en la recolección selectiva de material tanto informativo como argumentativo con vistas a su sistematización y familiarización con los discursos institucionales y/o institucionalizados. Concretamente, en la investigación realizada, revisé, seleccioné y organicé fuentes documentales<sup>122</sup> que las personas participantes en el Proyecto Demostrativo utilizaron y produjeron a lo largo de todo su curso. Esto me permitió acceder y familiarizarme con los sentidos que se manejan en el entorno del Proyecto para, de esta manera, organizar dimensiones y segmentos de sentido a abordar y analizar en el proceso de investigación de esta tesis.

Básicamente, el análisis de estos documentos (a) proporcionó información sintética sobre las decisiones tomadas en el curso del Proyecto Demostrativo (por ejemplo, la definición de ejes de intervención y contenidos de cada uno de ellos); (b) aportó información sobre los discursos que las personas entrevistadas manejan para el desarrollo de sus intervenciones (como es el caso del material de soporte para el despliegue del Proyecto Demostrativo, basado en manuales y documentación sobre las intervenciones del Departament de Salut en materia de Promoción de la Salud); (c) facilitó conocer la asignación de tareas y las tomas de decisiones (a partir de las actas de las reuniones y correos electrónicos); (d) permitió conocer los discursos utilizados para justificar la pertinencia del proyecto (presentaciones a otros colectivos).

### **5.2.3. El rol de entrevistadora y evaluadora**

Como ya he señalado a propósito del guión de las entrevistas, esta debía satisfacer dos propósitos, dar respuesta a los objetivos de investigación diseñada para esta Tesis y también a los de la evaluación del Proyecto de despliegue de la ASPCAT territorial. Ello, además de las peculiaridades referidas, atañe de forma determinante al rol que la

---

<sup>122</sup>Esta documentación hace referencia a intervenciones en Promoción de la Salud, propuestas realizadas, decisiones tomadas (reflejadas, principalmente, en actas de reuniones), presentaciones y documentos redactados y/o diseñados por las y los participantes en el Proyecto en el cual se realizó el estudio.



entrevistadora debe y/o puede representar. Principalmente, el rol asignado a la entrevistadora por parte de las entrevistadas y entrevistados fue el de evaluadora.

El rol de “evaluadora” me permitió el acercamiento a posiciones de difícil acceso, pero también implicó que, en ciertos casos, me identificasen como una “transferidora” de información o, lo que en términos más explícitos podríamos denominar, una “infiltrada”, de quienes habían encargado la evaluación. Es decir, las reticencias o el apoyo al proyecto evaluado, la manifestación de los conflictos y los soportes institucionales estuvieron presentes en las entrevistas.

Asimismo, el rol de evaluadora estaba mediatizado por las expectativas y atribuciones que de mi persona hacían principalmente las y los responsables de mi “contratación”. En este sentido, al reconocimiento de la posición que ocupaba como evaluadora se sumaba, por una parte, la atribución de conocimientos y destrezas en investigación cualitativa (lo que me ubicaba en un área de saber desconocida, aunque valorada como necesaria para conocer las dinámicas del Proyecto) y, por otra parte, la identificación como “estudiante de doctorado” a quien se le permite el acceso a una información como contraprestación al trabajo de evaluación que realiza. Es oportuno señalar como la asignación a la categoría “estudiante” sirvió para justificar la falta y/o no provisión de recursos económicos y materiales al entender que “mis ganancias y beneficios” en sentido académico compensaban con creces cualquier necesidad personal, profesional o, incluso, de financiación de la ejecución del mismo Proyecto. El ser asignada a la categoría (estudiante) “de doctorado” me colocaba en un nivel “alto” de saber que se veía reforzado por reconocérseme el estar bajo el paraguas de la universidad como aval de la rigurosidad de mi actividad. Por supuesto, también existía cierta contrapartida: entre ciertas posiciones reticentes al Proyecto, la identidad de “estudiante” emergía como elemento para relativizar mi posición de evaluadora.

No obstante, la mayor parte de las personas que no formaban parte del equipo que me seleccionó para realizar la evaluación, desconocían la doble finalidad de la entrevista.

Para garantizar que todas las personas entrevistadas conociesen tanto mi identidad como la finalidad de las entrevistas, cada primer contacto me presentaba (como psicóloga social, con interés en la Investigación Cualitativa y en la Salud Pública y estudiante de doctorado de la UAB); explicaba los objetivos de la evaluación (destacando los objetivos del Proyecto Demostrativo) y del propósito de investigación de la tesis (el objeto de estudio y, a grandes rasgos, los objetivos). A pesar de no haber reticencias a participar para ambas finalidades, ciertas preguntas orientadas a los objetivos de la tesis generaban sorpresa por alejarse de las expectativas iniciales que habían despertado las entrevistas.

Finalmente, ser ajena al proyecto y no pertenecer a ninguna institución participante, me posicionaba en el rol aséptico que se le atribuye a la responsable de una evaluación. Es decir, tras el rol de evaluadora estaba la imagen de una agente externa capaz de diferenciarse de aquello que se evalúa, proyección que intenté reforzar mediante conversaciones con las personas que me “contrataron”. Sin embargo, la tradición de pensamiento positivista limitó el alcance de mis intentos en la redefinición de mi posición de evaluadora, situada y relacional.

### **5.3. Proceso de selección de informantes clave**

En la investigación que he realizado, las entrevistas se centraron en interrogar a personas cuya cualidad era compartir un proyecto común, donde cada uno de ellos se posicionaba en un nivel de conocimientos y de recursos (relacionales o materiales) específicos. El interés de las entrevistas no se orientó, pues, a la persona particular, sino a la posición que esta ocupaba en el entramado de relaciones a partir del cual se diseñaron las intervenciones de Salud Pública<sup>123</sup>.

Concretamente, la selección de informantes para la realización de la investigación se realizó a partir de la toma en consideración de la estructura organizacional del Proyecto Demostrativo. Es por ello, que describiré, en primer lugar, la mencionada estructura para, a continuación dar cuenta del proceso de selección de las y los informantes.

#### **5.3.1. La estructura organizacional de Proyecto Demostrativo**

Para el despliegue del Proyecto Demostrativo, cuya finalidad era implementar el modelo de Salud Pública en el Territorio y desarrollar, al mismo tiempo, un proyecto de educación y de promoción de la Salud en jóvenes e infantes en La Garrotxa, se estableció una estructura organizacional compuesta por diferentes niveles jerárquicos. Como es habitual en este tipo de estructura, el nivel superior establecía las líneas estratégicas del Proyecto, mientras que los niveles inferiores eran la “mano de obra” que trabajaba sobre temas y actividades concretas. Así pues, el desarrollo del Proyecto

<sup>123</sup>Precisamente, como puede leer en el presente apartado, cada entrevistada y/o entrevistado poseía un nivel de experiencia elevado en su área de trabajo (Promoción de la Salud, Planificación en Salud, Salud Pública, Protección de la Salud, Educación, etc.) y unos recursos específicos (los niveles directivos poseían mayores recursos para el diseño de líneas de trabajo, los niveles intermedios mayores recursos de gestión, mientras que los y las profesionales que trabajaban en el territorio, tenían recursos de movilización de agentes locales).

Demostrativo de La Garrotxa se organizó siguiendo un esquema piramidal que involucra diferentes estructuras. Concretamente:

- *Comisión Directiva:* es la encargada de impulsar y supervisar el desarrollo del Proyecto, adoptar acuerdos estratégicos y establecer las líneas generales de su desarrollo. Este grupo está integrado por personas que se encuentran en esferas altas de la organización (nivel político-técnico), situadas en posiciones que hacen posible la toma de decisiones para organizar, planificar y generar acuerdos formales entre instituciones.
- *Equipo Operativo:* su función es dirigir la ejecución del proyecto a nivel territorial siguiendo las propuestas estratégicas de la Comisión Directiva. Trabajan con los proveedores de salud a nivel territorial y coordinan el desarrollo del Proyecto Demostrativo. Su papel es esencial dado que discute durante todo el desarrollo del Proyecto Demostrativo sobre prioridades, contenidos, mecanismos para lograr objetivos y sobre el tiempo para ejecutarlos. Está integrado por agentes que fueron identificados como “clave” en el mundo local, la salud y la educación (*Agència de Salut Pública de Catalunya*, CatSalut, Servicios Territoriales de Educación, Instituto Municipal de Educación, Consorcio de Medio Ambiente y Salud Municipal y asesores de salud y educación).
- *Comisión Asesora:* su cometido es identificar problemas y posibles actuaciones de mejora, proponer los miembros de los Grupos de Trabajo y hacer un seguimiento de las actividades desarrolladas en el Proyecto Demostrativo. Está integrada por los miembros del Equipo Operativo y los referentes en las áreas de trabajo.
- *Grupos de Trabajo:* su función es discutir y poner en común propuestas de objetivos y actuaciones para cada área del Proyecto Demostrativo y ámbito de intervención. En cuanto a su tarea, se organizaba en dos fases: la primera, se centraba en discutir y proponer contenidos de las diferentes áreas temáticas del Proyecto Demostrativo (bienestar emocional, hábitos saludables, afectividad y socialización y seguridad y riesgos) y la segunda, se focalizaba en proponer acciones orientadas a cubrir tales contenidos desde diferentes ámbitos de intervención: ámbito educativo, ámbito de salud, ámbito territorial (en especial ayuntamientos, comarcas y ONGs), medios de comunicación y ámbito empresarial<sup>124</sup>. Los Grupos de Trabajo estaban formados por un gran número de

---

<sup>124</sup> Si bien las tareas de los Grupos de Trabajo contemplaba en la fase 2 asignar acciones desde los medios de comunicación y desde el ámbito empresarial, finalmente el trabajo se centró en el ámbito educativo, en

agentes representantes de varias instituciones vinculadas con la salud, la educación y el mundo local, aunque en su conformación participan agentes de fuera del entorno estrictamente relacionado con la salud y y la educación (Mossos d'Esquadra, juventud, etc.). En cada grupo de trabajo hay referentes (simultáneamente miembros del grupo y del Equipo Operativo o con una vinculación directa con él) que trasladan los resultados al Equipo Operativo.

### **5.3.2. El proceso de selección de las y los informantes clave**

En el proceso de toma de decisiones para seleccionar a las y los informantes clave, se tomó en consideración que:

1. La *Comisión Directiva* estaba formada por 8 integrantes, 4 de las/os cuales también formaban parte del *Equipo Operativo* (2 encargadas solo de aspectos político-directivos del Proyecto y otras 2 que, si bien eran figuras políticas del territorio, no estuvieron visibles ni participaron de forma activa en ninguna etapa).
2. La presencia de la *Comisión Asesora* fue puntual y poco estable ya que dependía de las demandas de los *Grupos de Trabajo* y era gestionada por el *Equipo Operativo*.
3. Los *Grupos de Trabajo* trataban contenidos concretos propuestos por el *Equipo Operativo*, llegando a conclusiones que se elevaban, a modo de propuestas, al *Equipo Operativo*<sup>125</sup>.

En base a estas premisas fue elegido, como foco especial para la realización de las entrevistas, el *Equipo Operativo* (integrando agentes del nivel central pero, en especial, de la región sanitaria y de la comarca). También contribuyó a la decisión de elegir al *Equipo Operativo*, el ser el eje del Proyecto Demostrativo que articula los espacios “micro” (donde se realizan las propuestas de los *Grupos de Trabajo*) con los espacios “macro” (donde se dirimen las políticas y estrategias de Salud Pública a nivel autonómico y regional). Es decir, constituye un nivel intermedio que coordina prácticas

el ámbito de salud y en el territorio.

<sup>125</sup> Si bien el trabajo de debate y eventual consenso de los *Grupos de Trabajo* pudo haber sido una fuente relevante de información, las limitaciones temporales y logísticas los hicieron inaccesibles. Sin embargo, la presencia de integrantes del *Equipo Operativo* en cada uno de ellos y el material producido por los *Grupos de Trabajo* sirvió para aproximarme a sus propuestas.

y discursos de la Comisión directiva y los Grupos de Trabajo en una doble dirección: por una parte, traduce las directrices generales en propuestas concretas en el territorio (ámbito de las micropolíticas locales en salud), permitiendo que éste se articule con las directrices generales hacia un modelo común de Salud Pública. Y, por otra parte, toma y orienta las propuestas de los *Grupos de Trabajo* para darles un sentido global en el Proyecto concreto y siguiendo las líneas del modelo de Salud Pública de la Comunidad Autónoma.

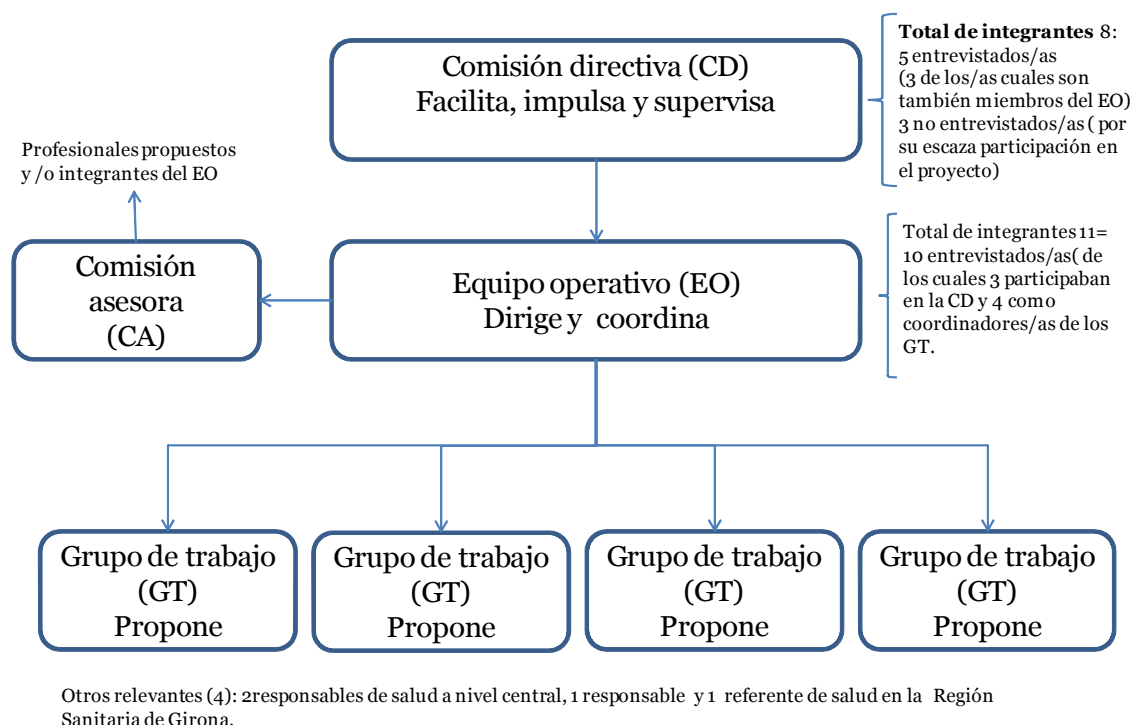
Asimismo, la presencia física del *Equipo Operativo* se hizo evidente en todos los niveles del Proyecto, tanto como referente de los *Grupos de Trabajo*, en la *Comisión Asesora* o como miembros de la *Comisión Directiva*.

Finalmente, cabe destacar que la composición del *Equipo Operativo* no es inocente ni arbitraria. Las y los responsables encargadas/os del despliegue del Proyecto, asumen que el *Equipo Operativo* tiene una función estratégica que trasciende el Proyecto, puesto que pone a trabajar conjuntamente a diferentes agentes de Salud Pública de niveles regionales y territoriales que podrían formar parte de una futura comisión territorial de Salud Pública.

Además de las entrevistas realizadas a los/las integrantes del *Equipo Operativo* durante el desarrollo del Proyecto, identifiqué a otros/as informantes clave que, si bien no pertenecían al *Equipo Operativo*, estaban vinculados de forma directa con el Proyecto. Se trataba de referentes del *Equipo Operativo* (impulsores o limitadores de las actividades desarrolladas por el *Equipo Operativo*) y otras personas que se encontraban invisibles en el esquema explícito de la organización pero que cumplían una función esencial para dar sentido al Proyecto y, en especial, para profundizar en los objetivos de la tesis.

Como estrategia de acceso a los contenidos y a las cuestiones abordadas en los *Grupos de Trabajo*, entrevisté a los/las referentes de cada uno de ellos (3 de 4 formaban parte del *Equipo Operativo*) y obtuve la documentación desarrollada en cada uno de ellos.

Figura 1: Estructura del Proyecto Demostrativo de la ASPCAT de La Garrotxa y selección de personas entrevistadas según posición en la estructura<sup>126</sup>.



#### 5.4. Fases de producción de datos y relación de entrevistas realizadas

El trascurso del proceso de producción de datos estuvo marcado por los diferentes momentos de desarrollo del Proyecto Demostrativo. Las entrevistas se iniciaron en los comienzos del Proyecto (su momento de mayor efervescencia) y transitaron por él hacia su final, una etapa donde se hizo necesario transformar las propuestas desplegadas por éste en acciones específicas en el Territorio.

Dado que las entrevistas se inscriben en el marco del Proyecto Demostrativo de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), resulta adecuado clasificar el proceso de producción de datos en 4 fases, según su correspondencia con el curso del Proyecto Demostrativo ASPCAT:

- *Primera fase* (entrevistas realizadas de octubre de 2009 a mayo de 2010): se corresponde con el período que transcurre entre el inicio y la mitad del

<sup>126</sup> Los/as miembros del Equipo Operativo (EO) que pertenecen también a otros niveles de la organización del proyecto, se codifican en las entrevistas como miembros del Equipo Operativo.

Proyecto. Es el momento en que las y los participantes estaban en pleno proceso de desarrollo de contenidos del Proyecto Demostrativo ASPCAT. Es la fase más activa y participativa y cuando se desarrollan los *Grupos de Trabajo*. También es el momento más activo del *Equipo Operativo*, que define los criterios del Proyecto y se articula constantemente con el Territorio y la *Comisión Directiva*. Se puede decir que es la fase más entusiasta por las expectativas generadas por el Proyecto.

- *Segunda fase* (entrevistas realizadas de julio a noviembre de 2010): abarca el periodo de finalización de la elaboración de los contenidos del Proyecto y de las estrategias de implementación de los resultados. En ese momento ya había terminado la etapa de los *Grupos de Trabajo* y los miembros del *Equipo Operativo* se centraban en cómo articular los resultados del Proyecto en el territorio, siguiendo la estructura organizacional de Salud y Educación existente. Se establecen vínculos con los proveedores de servicios de Salud a nivel regional, se hace un recuento de las actividades de Salud y se plantea el posible diseño de indicadores para evaluarlos. El *Equipo Operativo* disminuye su actividad y cambia de referentes a nivel regional (en la Primera fase eran de la Agencia de Protección, la que acabaría siendo la Agencia de Salud Pública y, en esta Segunda fase, era la Aseguradora de Salud).
- *Tercera fase* (entrevistas realizadas en mayo de 2011): después del Proyecto, fue el momento de la materialización del despliegue del Proyecto Demostrativo en el territorio. Una vez acabado el Proyecto era el momento de la ejecución del mismo. Este período está mediado por temas como la crisis económica y los cambios de referentes a nivel regional de la Agencia de Salud Pública (ya no Agencia de Protección de la Salud) junto a cambios en la estructura regional de educación.
- *Cuarta fase* (entrevistas realizadas en febrero de 2012): las entrevistadas son dos personas del nivel central, una que se ha encargado del despliegue de la Agencia de Salud Pública y otra que ejerce de referente en Promoción de la Salud. Ambas entrevistas se realizaron con la finalidad de puntualizar conceptos que fueron surgiendo en una primera lectura de las mismas. En esta fase ya había acabado mi rol de evaluadora del Proyecto Demostrativo de la ASPCAT y, por tanto, estaba centradas únicamente en temas a profundizar de la tesis.

Tabla 1: Número de entrevistas realizadas en cada fase según la posición de las y los entrevistadas/os en la estructura organizacional del Proyecto Demostrativo de la ASPCAT en La Garrotxa.

<b>Miembros de\fase</b>	<b>Fase 1</b> (Inicios y desarrollo del Proyecto Demostrativo)	<b>Fase 2</b> (Finalización de la fase conceptual del Proyecto Demostrativo)	<b>Fase 3</b> (Ejecución y materialización de los resultados del Proyecto Demostrativo en las intervenciones territoriales)	<b>Fase 4</b> (Un año después de la finalización del Proyecto Demostrativo)
<b>Comisión Directiva</b>		2		
<b>Equipo Operativo</b>	5	4	3	
<b>Otros</b>	2	1	1	2
<b>Total</b>	7	7	4	2

Además de las entrevistas, se grabaron 2 reuniones del *Equipo Operativo*. Asistí a la primera y participé haciendo preguntas sobre el Proyecto, sobre el rol de beneficiarios y sobre el valor del saber). La segunda reunión fue seguida por un miembro del *Equipo Operativo* que me hizo entrega de la información recabada. Ambas muestran la evolución de la negociación de discursos y estrategias que se dieron durante el proceso del Proyecto.

## 5.5. Análisis de la información

El proceso de interpretación de los datos se inicia, aunque de manera no explícita, en las primeras lecturas de la documentación adquirida y en la interacción con las personas participantes del Proyecto cuando se realizan las entrevistas o se mantienen encuentros informales. No obstante, en la descripción de cualquier procedimiento analítico se suele dejar constancia tan sólo de aquellas operaciones sistematizadas que ordenan y ofrecen la secuencia del itinerario recorrido. En mi caso, también me limitaré a esta forma estandarizada de exposición, aunque intercalaré algún comentario relativo a las interioridades del mismo.



### **5.5.1. Selección y organización de la información**

El proceso de selección y organización de la de la información es el primer acercamiento explícito a la interpretación de los datos. En su desarrollo, descarté ciertos contenidos y clasifiqué la información según criterios de relevancia en el tratamiento de discursos para mi Tesis: hubo contenidos que directamente fueron desechados como material de análisis, otros sirvieron de marco para el análisis del discurso y, finalmente, otros constituyeron la información de referencia para el análisis.

En este primer acercamiento a la interpretación de los datos, categoricé la información según su grado de relevancia en la provisión de sentido a la comprensión del objeto de estudio. Concretamente:

- Información primaria: entrevistas y reuniones del *Equipo Operativo*.
- Información secundaria: datos recopilados en el transcurso del proceso de investigación que, si bien no fueron sometidos a un procedimiento analítico, fueron utilizados como “soporte del análisis”.

#### a) Información primaria

Para la obtención de la información primaria, la clasificación del proceso de producción de datos en 4 fases, en base a su correspondencia con el curso del Proyecto Demostrativo resulta particularmente útil. Los datos recabados en cada fase precedente sirven de base para las siguientes. En este sentido, la diferenciación en fases me sirvió para establecer momentos especialmente analíticos, puesto que me permitió integrar la información obtenida y profundizar sobre aquellos aspectos que no quedaron suficientemente abordados, replantear cuestiones, detectar otras/os agentes y tratar de nuevas cuestiones que surgieron de las entrevistas precedentes y del material que poco a poco se fue creando e integrando en el Proyecto.

Las entrevistas tuvieron una duración media de 1 hora y fueron realizadas según la localización del puesto de trabajo de las personas entrevistadas en:

- Olot: nivel local: municipio y servicio territorial de Salud.
- Girona: a las personas pertenecientes al servicio regional.
- Barcelona: servicio central de salud.

Realicé 20 entrevistas y asistí a 2 reuniones del *Equipo Operativo*. Todo este material fue grabado<sup>127</sup> y transcrito de forma literal<sup>128</sup>. El proceso de transcripción se inició una vez finalizada la segunda fase de las entrevistas y terminó meses después de la última entrevista (entre el inicio del mes de febrero de 2011 y el fin de junio de 2012).

Las entrevistas y reuniones fueron revisadas para contrastar la fidelidad de las transcripciones al registro del habla. Los nombres y cualquier otra información que pudiese revelar la identidad de las personas entrevistadas fue eliminada de las transcripciones.

Respecto a las reuniones del Equipo Operativo, fueron grabadas dos. La primera se produjo al inicio de mi entrada al campo dónde, aprovechando la contingencia de una reunión del Equipo Operativo, fui presentada como evaluadora del Proyecto Demostrativo y Doctoranda en Psicología Social. En ella, además de asistir a las conversaciones entre los miembros del Equipo Operativo sobre temas estratégicos, ideas y propuestas para los Grupos de Trabajo, participé formulando preguntas sobre temas de la investigación (el rol de cada agente, la participación de la población a quien estaba dirigida la intervención, los fundamentos de las intervenciones, etc.). En la segunda reunión, realizada a mitad del Proyecto Demostrativo, me limité a presenciar y grabar su transcurso. En ella, los Grupos de Trabajo estaban terminando de diseñar los contenidos de cada área temática sobre los que estaban interviniendo (bienestar emocional, hábitos saludables, afectividad y socialización y seguridad y riesgos). La primera reunión duró 4 horas y media y la segunda reunión, 2 horas.

Los códigos empleados para la clasificación de las entrevistas son:

- Fase de realización: Fase 1(F1); Fase 2(F2), Fase 3 (F3) y Fase 4 (F4).
- *Posición dentro del Proyecto*: Comisión Directiva (CD); Equipo Operativo (EO), Grupo de Trabajo (GT) y Otros (O).
- *Área profesional*: Salud Pública General (SP), Promoción de la Salud (Pm), Protección de la Salud (Pt), Vigilancia Epidemiológica (V), CatSalut (CS), Educación (E)

---

127 Antes de cada entrevista comunicaba a las/os interlocutoras/es que serían grabadas y transcritas pero que los datos que pudieran identificar a las personas serían eliminados, para garantizar la confidencialidad de la información.

128 La transcripción de las entrevistas fue realizada por mí y por 4 personas más, aunque tuteladas por mi cotejo posterior, comparando la grabación con el documento transcrito. Dado el enorme volumen de material y que buena parte de las transcripciones fueron realizadas gracias a ayudas generosas de personas alejadas del ámbito de las Ciencias Sociales, me vi en la obligación de restringir el uso de convenciones gráficas para así hacer factible el trabajo. De este modo, las únicas convenciones que utilizadas fueron: // para conversaciones solapadas; (seg) retraso en la respuesta; (comentario) cambio en el tono, golpear la mesa o acacamiento de algo relevante.

- *Lugar de trabajo:* Nivel Autonómico (NA), Nivel Regional (NR) y Nivel Territorial (NT).
- *Formación:* Biología (B), Docente (D), Medicina (M), Farmacia (F), Veterinaria (V), Medio Ambiente (MA) y No se sabe (NS).

Mediante la combinación de estos códigos se crea la identificación del documento y se proporcionan las claves para comprender su filiación<sup>129</sup>.

Las reuniones con el Equipo Operativo han sido clasificadas mediante los códigos R1 y R2, según el momento de realización de las mismas (al inicio del Proyecto demostrativo o a mediados de este)<sup>130</sup>.

Tabla 2: Número de entrevistas realizadas en cada fase, según la posición de los y las entrevistados/as en la estructura organizacional del Proyecto Demostrativo de la ASPCAT en la comarca de La Garrotxa y su respectiva codificación.

<b>Miembros de fase</b>	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<b>Comisión Directiva</b>		F2/CD/CS/M F2/CD/CS/M(a) <sup>131</sup>		
<b>Equipo Operativo</b>	F1/EO/PtiCS/NR/ B i M (2) F1/EO/SP/NA/M F1/EO/CS/NR/M F1/EO/Pt/NM/MA F1/EO/Pt/NT/V	F2/EO/V/NR/M F2/EO/CS/NR/M F2/EO/E/NR/D F2/EO/Pt/NR/B	F3/EO/Pt/NM/MA F3/EO/SPiE/NM/ NS F3/EO/E/NM/D	
<b>Otros</b>	F1/GTiO/Pt/NRiN M/F (2) F1/O/Pt/NR/F	F2/O/SP/NA/M	F3/O/Pt/NR/V	F4/O/Pm/NA/M F4/O/SP/NA/M
<b>Total</b>	7	7	4	2

129 Así, por ejemplo, una entrevista perteneciente a una persona que haya participado en la Primera fase, miembro del Equipo Operativo, que provenga de la rama de protección para la Salud y cuya formación sea en Biología recibiría la codificación: F1/EO/Pt/B.

Debido a circunstancias coyunturales, algunas entrevistas debieron ser realizadas simultáneamente a dos personas. En estos casos, se indican los elementos comunes una única vez, se agrega mediante una "i" aquellos aspectos que son diferentes y, finalmente, se indica con el número 2 al final que se trata de dos personas entrevistadas. Principalmente, las entrevistas a 2 personas simultáneamente se concentran en la primera fase. Así, por ejemplo, una entrevista realizada a dos personas que hayan participado en la primera fase, miembros del Equipo Operativo, una de las cuales provengan del área de Protección para la Salud y otra de la de Asistencia (CatSalut), cuyo nivel de trabajo sea regional y la formación de una sea Biología y la de la otra Medicina, recibirían como codificación: F1/EO/PtiCS/NR/BiM (2).

130 Las reuniones fueron codificadas, según la fase, primera o segunda, como: F1/EO/R1 y F2/EO/R2 respectivamente.

131 En la fase 2, en la Comisión Directiva hay dos informantes que tienen la misma nomenclatura. Por este motivo y para diferenciarlos en las referencias de las entrevistas, a una de ellas se le ha agregado una (a) al final de la codificación.

## b) Información secundaria

Durante las diferentes fases que conformaron el proceso de recogida de datos obtuve una gran cantidad de información, además de las entrevistas realizadas. Específicamente:

- Retazos de un relato etnográfico (una iniciativa fallida por parte de un técnico que tenía encomendada esa tarea).
- Actas de reuniones del *Equipo Operativo*, correos enviados a los *Grupos de Trabajo*.
- Presentaciones del Proyecto Demostrativo dirigidas a personas ajenas al mismo, realizadas por miembros del *Equipo Operativo*.
- Documentación relativa al Proyecto Demostrativo (cuadro de competencias por grupos de edad y ámbito y un catálogo de actividades resultante del Proyecto).
- Material de apoyo para la realización del Proyecto Demostrativo: documento sobre la Salud en el entorno escolar realizado por el Ministerio de Educación, actividades del catálogo de Promoción de la Salud de la Comunidad Autónoma propuestas al proyecto.

Al conjunto de la información secundaria precedente, debe sumársele la asistencia a una asamblea general donde se expuso el Proyecto Demostrativo a todas/os los/as agentes del territorio vinculados con la salud, la escuela y los/as jóvenes.

Asimismo, cursé una Diplomatura en Salud Pública impartida por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en la que las/os responsables de referencia del *Equipo Operativo* y las/los referentes de Salud Pública del Departament de Salut explicaron los contenidos de su área de saber.

Como ya he señalado, del volumen de información recabado, algunos materiales fueron descartados por su pobreza de contenido y su escasa capacidad de dar cuenta de los discursos que se manejaban en torno a la Salud Pública y otros fueron utilizados como “soporte del análisis”. Es decir, ayudas o apoyos durante el proceso en el enfoque de reflexiones, como guías para perfilar el desarrollo de las entrevistas y como generadores de un marco discursivo más amplio que me permitió, en algunos casos, reorientar las conversaciones realizadas con las y los informantes.

Tabla 3: Información secundaria y descartada relativa al Proyecto Demostrativo

<b>Origen de la Fuente</b>	<b>Fuente</b>	<b>Utilidad</b>
<b>Material realizado en el desarrollo del proyecto</b>	Estenografía fallida	Descartada
	Actas de reuniones	Descartada
	Correos entre participantes	Descartada
	Presentaciones del Proyecto a terceros	Soporte del análisis
<b>Material resultante del proyecto</b>	Cuadro de competencias	Soporte del análisis
	Catálogo de actividades en el Territorio	Soporte del análisis
<b>Soporte al proyecto</b>	Documento de salud escolar	Soporte del análisis
	Actividades propuestas desde la Comunidad Autónoma en Promoción de la Salud.	Soporte del análisis
	Catálogo de actividades de Salud Pública (ASPCAT)	Soporte del análisis
<b>Formación</b>	Documentación del Diplomado en Salud Pública en relación a la Salud y al modelo de Salud Pública	Soporte del análisis

### **5.5.2. El sentido del análisis del discurso**

El análisis que se ha realizado de los datos recopilados se corresponde con un análisis del discurso. Esto obedece a que los discursos, expresado sintéticamente, detentan una importancia primordial en la articulación y circulación de significados en torno a la Salud Pública.

Como es bien sabido, la noción de discurso y también de análisis del discurso son extraordinariamente polisémicas. Es por ello que, a fin de clarificar la perspectiva con la que he enfocado el análisis, me detendré en la descripción y caracterización de este concepto. Comparto con Parker (1992, en Farías y Montero, 2005) que un discurso es un sistema de afirmaciones que construye un objeto y que incorpora los siguientes rasgos:

- Se evidencia a través de textos orales o textuales. Es decir, los discursos no son tangibles por sí mismos sino que se materializan en acciones y/o expresiones simbólicas, como el habla o la escritura (y en su diversidad expresiva

manifestada mediante narraciones, conversaciones, uso de tropos, etc.), que pueden ser analizadas y/o interpretadas.

- Se refiere a objetos, respecto de los cuales producimos sentidos mediante la recreación de versiones, según nuestra posición y marco social.
- Contiene sujetos. Es decir, por una parte, los discursos con creados en la interacción entre las personas mediante la creación, negociación y/o cuestionamiento de las diferentes versiones de los acontecimientos y, por otra parte, las versiones sobre la realidad, crean marcos de posibilidad de ser de las personas.
- Es un sistema coherente de significados. Es decir, sigue una sucesión de hechos y eventos vinculados entre sí de tal manera que hacen inteligible el sentido del texto (del tipo que sea). En congruencia, la coherencia es el principio general que gobierna la interpretación de las prácticas lingüísticas (Van Dijk, 2008)
- Hace referencias a otros discursos en la medida en que todo discurso está inmerso en una red en la que se relaciona con otros discursos mientras cumple funciones específicas. En este sentido, los discursos no pueden ser inteligibles si se les aísla de este marco relacional.
- Posee un carácter auto-reflexivo ya que, al no ser una mera representación o una descripción de un objeto, sino una construcción de éste, el discurso puede volverse sobre sí mismo. Es decir, en los discursos, los objetos y los hechos sociales son "realizaciones prácticas" o, lo que es lo mismo, constituyen procedimientos privilegiado para conocer los discursos y los objetos en tanto que tales.
- Responde a una situación histórica ya que las formas construir nuestra realidad son específicas de una sociedad y de momento histórico específico. Es decir, nuestras concepciones, categorizaciones e ideas sobre un objeto, un sujeto o un acontecimiento son relativas al momento social e histórico. Asimismo, dado que los discursos crean objetos, acontecimientos y sujetos, también re-construyen (mantienen o cuestionan) la propia realidad de la sociedad. Es en este sentido que nos referimos a la historicidad, el proceso a través del cual las personas, en sus prácticas discursivas situadas en una sociedad y momento específico, dan sentido a su experiencia.
- Sirven de base a las instituciones dado que se produce un bucle relacional entre las instituciones y los discursos. Es decir, las instituciones producen discursos que catalizan las relaciones de poder entre estas y los sujetos u otras instituciones (Parker, 1996). Sin embargo, también los discursos sirven para reproducir (mantener o cuestionar) a las instituciones.

- Reproducen relaciones de poder dado que operan dentro del dispositivo estratégico de las relaciones de poder. En este sentido, son un conjunto de afirmaciones a través de las cuales el poder se transmite y se orienta (Foucault, 1970). Los discursos tienen efectos ideológicos en la medida que mantienen una estrecha relación con la ideología<sup>132</sup>, que puede ser entendida como un sistema de afirmaciones que genera y mantiene una versión de la realidad, vinculada a los fines e intereses de las personas situadas en posiciones sociales específicas. Es decir, por una parte, los discursos sirven para expresar la posición en que se sitúa una persona como miembro de un colectivo y, por otra parte, los discursos mantienen (o cuestionan) tales versiones. Finalmente, puesto que los discursos se crean siempre en relación a las diferentes posiciones de las personas, son contruidos dentro de marcos ideológicos específicos.

### **5.5.3. El análisis del discurso realizado**

Como he tratado de poner de manifiesto en el apartado anterior, mediante el análisis del discurso es posible realizar distintas operaciones. La principal de entre ellas es la obtención de significados producidos por las y los agentes involucrados con los programas de Salud Pública mediante sus intercambios lingüísticos y la exposición de sus posturas ante los asuntos relevantes. Asimismo, también resulta muy relevante la posibilidad de acceder a los procesos de construcción de significados desde el interior mismo de su producción y poder asistir al surgimiento de significados emergentes y no solamente los anticipados por la o el analista mediante el manejo de supuestos previos y categorías analíticas predefinidas.

En el análisis concreto que se ha realizado en esta investigación, una vez transcrito la totalidad del corpus, se cumplieron los siguientes pasos:

- Lectura repetida del conjunto de materiales objeto del análisis.
- Identificación de fragmento del texto que referidos al mismo campo semántico y/o temático.
- Identificación de subtemas dentro de cada fragmento.

---

<sup>132</sup> Las ideologías pueden ser definidas como sistemas que mantienen las cogniciones sociopolíticas de los grupos (Lau y Sears, 1986; Rosenberg, 1988 en Van Dijk, 1996). Como afirma Van Dijk (1996, Pág. 18), *"Dependiendo de su posición, cada grupo seleccionará entre el repertorio de normas y valores sociales, propios de la cultura general; aquellos que realicen óptimamente sus fines e intereses y se servirán de estos valores como componentes que edifican sus ideologías de grupo"*.

En una aproximación preliminar al análisis orienté la lectura de los materiales hacia la identificación de temas y subtemas, prestando atención principalmente a la dimensión más descriptiva y subordinando, momentáneamente, la dimensión argumentativa. Mediante esta aproximación pude ir localizando y marcando, para cada entrevista, los temas y subtemas a fin de esbozar la estrategia de fragmentación de los textos. A continuación, abordé la fragmentación en sentido estricto, recortando cada tema y subtema según la entrevista e inicié un primer condensado o categorización. En la ejecución de este proceso manejé como directriz esencial el mantenimiento de, por una parte, el contexto proporcionado por el corpus documental global (conjunto de entrevistas y reuniones), el contexto de cada entrevista completa como conexión y su vertebración interpretativa con el condensado de enunciados que daban cuenta de una misma temática y que permitían un análisis específico y pormenorizado en cada enunciado según temática. En este quehacer realicé 3 operaciones:

- Confección de mapas conceptuales de cada tema: para cada entrevista realicé un mapa conceptual sobre las relaciones y vinculaciones. De esta manera, los temas comenzaron a adquirir forma de categorías y los subtemas de subcategorías.
- Descripción de cada tema o posible categoría: recopilación de las afirmaciones realizadas de forma explícita, limitando la interpretación de connotaciones implícitas a comentarios añadidos en forma de notas externas y agrupaciones temáticas.
- Confirmación de la vinculación del repertorio de temas con los objetivos de la investigación: agrupación de temas y subtemas a partir de los enunciados de las entrevistas con el propósito de incrementar la receptividad a los significados y temas no previstos en los objetivos de investigación.

Con los resultados parciales de las 3 operaciones mencionadas (mapas conceptuales, descripción de cada tema o posible categoría y confirmación del repertorio de temas y temas emergentes) volví al texto original y me fui desplazando sucesivamente entre los 4 documentos. En esta etapa del análisis, el objetivo ya no era describir qué se decía, sino comprender cómo operan los enunciados del texto construyendo los objetos de los que hablan, sus relaciones y sus efectos. Para ello:

- Esclarecí las posiciones que adquiere cada uno/a de las y los profesionales entrevistados en la definición de la Salud Pública, y los discursos comunes y divergentes que se crean desde cada una de estas posiciones y en el interior de ellas. En este sentido, identifiqué a cada persona entrevistada según la posición desde la que hablaba (por ejemplo, profesional de Promoción de la Salud de niveles directivos o profesionales de Protección de la Salud del ámbito



Territorial) y busqué variaciones y continuidades en los discursos *entre* las diferentes posiciones y *dentro de* cada posición según momentos de las entrevistas.

- Busqué las connotaciones recurrentes en el texto, sobre los temas tratados<sup>133</sup>. Esto implica indagar sobre los discursos que aparecen de forma reiterativa para justificar, describir, argumentar, etc. la Salud Pública. Me cuestioné sobre el por qué de estas reiteraciones, los sentidos que adquirirían, los vínculos con otros discursos y sus funciones.
- Identifiqué objetos (salud, hábitos, enfermedad, riesgo, etc.) y sujetos (jóvenes, gente mayor, poblaciones de riesgo, instituciones, organizaciones) referidos en los enunciados. La identificación de sujetos permitió explorar el lugar que adquiere cada persona o instancia para producir saberes y acciones sobre la Salud Pública, al mismo tiempo que permitió identificar quienes son los sujetos sobre los que se interviene y los motivos de tales intervenciones. Por su parte, la identificación de objetos permitió interrogar sobre los significados y relevancia que adquieren cada uno de ellos en la construcción de la salud pública y sus problemas.
- Indagué sobre los efectos de los discursos sobre cada agente implicado (responsabilidades de salud, libertad, libre elección, etc.). En este sentido, analicé las consecuencias de las construcciones de los sujetos y objetos en la asignación de responsabilidades en salud y derechos en salud, la atribución de libertades, en la organización del sistema de gobierno en salud, etc.
- Desentrañé cómo operan los discursos en el establecimiento de relaciones entre los objetos y los sujetos, y en la (re)producción de posiciones de poder-saber. En este sentido, analicé las funciones de los discursos en relación a la reproducción de las relaciones existentes entre los diferentes agentes que intervienen en salud, la relación que adquieren con sus sujetos de intervención y en la reproducción del sistema social.

En este proceso de análisis, la variabilidad de discursos permitieron configurar una imagen compleja de la Salud Pública, al mismo tiempo que permitieron identificar regularidades y vínculos entre ellos. En este sentido, los temas y subtemas, poco a poco, tomaron forma de categorías y subcategorías y se interconectaron y adquirieron un sentido más amplio. Ello me permitió construir ejes discursivos, los cuales dan cuenta de todas y cada una de las categorías y toman un sentido más amplio, y recogen tanto la variabilidad de discursos según las posiciones de quien habla como también las

---

<sup>133</sup> Por ejemplo, en relación con el concepto de “evidencia” formulé interrogantes del tipo: ¿Qué es la evidencia? ¿Cómo se atribuye a un saber la categoría de evidencia? ¿A que se asocia la evidencia? ¿Quiénes hacen la evidencia?, etc.

regularidades permitiendo dar sentido a los objetos de los que hablan en el proceso de investigación vinculados a la Salud Pública. Cada eje, configura pues, un elemento esencial para entender cómo la Salud Pública es construida como un problema de gobierno.

***CAPÍTULO 6:***

***PROBLEMAS DE SENTIDO Y SENTIDO DE LOS  
PROBLEMAS: UNA ANALÍTICA DE LA SALUD PÚBLICA  
EN CATALUÑA A TRAVÉS DEL DISCURSO DE SUS  
GESTORES/AS***



## **Introducción: Multiplicidades, dinamismos y administración de la salud pública en Cataluña desde la mirada de sus gestores/as**

En consonancia con lo desarrollado en los capítulos precedentes, en este capítulo presento los resultados del análisis de un caso concreto de despliegue del modelo de salud pública bajo el modelo de gobernanza. Concretamente, he analizado el Proyecto Demostrativo de despliegue de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT) que tuvo lugar en La Garrotxa<sup>134</sup> entre los años 2009 y 2010.

A fin de asegurar su inteligibilidad, he organizado el producto del análisis en 6 ejes. Cada uno de ellos constituye una pieza de un puzle que permite comprender la salud pública como problema de gobierno insertado en el marco de un modelo neoliberal, donde la gobernanza se erige como la estrategia clave de conducción de las sociedades complejas y de administración de los problemas sociales asociados. En efecto, bajo el paradigma de la gobernanza, el gobierno de la salud deja de ser una responsabilidad principalmente atribuida al Estado para presentarse como una responsabilidad colectiva; o diluida, si somos un poco suspicaces.

La primera pieza del puzle se aborda en el Eje I “*Sentidos de la Salud Pública como universo de intervención en salud*”, a través del desentrañamiento de la conceptualización que hacen las y los entrevistadas/os sobre la Salud Pública dentro de las políticas públicas de salud. En este sentido, es pertinente destacar que la Salud Pública es descrita como una parte complementaria de la Asistencia en Salud, y ambas forman parte del Sistema Público de Salud. Concretamente, expongo, en primer lugar, el papel que, según las personas entrevistadas, adquiere la Salud Pública dentro del Sistema Público de Salud; en segundo lugar, los vínculos y contraposiciones que establecen entre la Salud Pública y la Asistencia en Salud; y en tercer lugar, las definiciones y diferenciaciones que las/os entrevistadas/os realizan de la Salud Pública en sí misma: sus componentes, conflictos, áreas con mayor poder y características comunes.

Asimismo en el Eje I se presenta el marco en el cual la configuración de la Salud Pública es producida. Concretamente, se presenta el marco político-legal, en que las personas entrevistadas sitúan la producción de productos y condiciones específicas que hicieron

---

<sup>134</sup>Comarca de Prepirineo, situada en el nordeste de Cataluña, en la provincia de Girona. Es necesario destacar que si bien las entrevistas se inscriben en el marco del Despliegue del Proyecto Demostrativo de la Agència de Salut Pública en La Garrotxa, dados los objetivos de la tesis, el proyecto en sí sirvió de excusa para plantear preguntas más sobre la comprensión general que las y los profesionales entrevistadas/os tienen sobre la Salud Pública. Para más detalle véase el capítulo 5: Método y Procedimiento de la Investigación.

posible el desarrollo del modelo actual de Salud Pública bajo el paradigma de la complejidad y el dinamismo.

La segunda pieza del puzle se expone en el Eje II *“Desde un modelo de Salud Pública complejo hacia una organización compleja de la Salud Pública”* mediante el análisis de las afirmaciones que las personas entrevistadas realizan sobre la Salud y la Salud Pública, inscrita en una sociedad compleja, interconectada, diversa y fluida. Se presentan los argumentos que las/os entrevistadas/os utilizan para plantear al gobierno en salud como una acción que exige un trabajo coordinado con otros ámbitos profesionales e instituciones, en que la economía, la política, el medio ambiente y la conducta son componentes indispensables para comprender y actuar sobre la salud poblacional en toda su complejidad. En el Eje II se presenta también a las nociones de intersectorialidad, transversalidad y participación como herramientas de convergencia y negociación de recursos, intereses y visiones de la realidad, que las y los profesionales de salud identifican indispensables para garantizar el gobierno en Salud a partir su entendimiento bajo mirada de la complejidad.

Pero el modelo de salud complejo y dinámico producto del entendimiento de los problemas sociales de Salud Pública desde la multiplicidad de elementos y la incumbencia de diversos espacios de relación y áreas profesionales para abordarla, se produce en un sistema social específico. En este marco, presento la tercera pieza del puzle, el Eje III, *“La salud pública, parte del sistema social”*, donde abordo la conceptualización que las/os profesionales entrevistadas/os establecen del marco social neoliberal en el que se construye el modelo de Salud Pública. Por una parte, presento las afirmaciones que utilizan las y los entrevistadas/os para caracterizar a la sociedad actual a partir de la interconexión de espacios, la fugacidad de relaciones, la diversidad de colectivos, creencias y prácticas; todas ellas vinculadas a sujetos autónomos que actúan eligiendo opciones disponibles en el ejercicio de su libertad. Por otra parte, presento los argumentos que las personas entrevistadas realizan sobre la relación entre la Salud Pública y el ámbito empresarial e industrial, donde el mercado y el sector privado condiciona el desarrollo de las políticas de salud, y a la inversa, las políticas de salud pueden promocionar o limitar el desarrollo del mercado.

En la lógica del modelo neoliberal, los discursos del saber científico y la eficiencia de las políticas de salud se vuelven componentes esenciales que las y los profesionales de salud utilizan para legitimar las prácticas de gobierno. En este sentido, presento la cuarta pieza del puzle, el Eje IV: *“La comprobación de las intervenciones en Salud Pública como prueba de legitimidad y adaptación”*, donde las personas entrevistadas destacan al saber experto como el pilar en el que se fundamenta la legitimidad de las

políticas de salud. Asumen que todo aquello que se encuentre respaldado por la evidencia científica no es objeto de cuestionamiento, por el contrario, es fuente de seguridad y certeza para quien actúa y sitúa a quien maneja tal discurso en una posición de superioridad en relación al resto de interlocutores. Asimismo, plantean necesario evaluar las intervenciones de salud en situaciones concretas para garantizar su efectividad en la población y/o su necesidad de adecuación a las peculiaridades territoriales. Expongo también, las argumentaciones que las/os entrevistadas/os realizan sobre la diversidad de fenómenos y estrategias de evaluación, que hacen a ciertos conceptos e intervenciones más fáciles y otros más difíciles de poner a prueba.

En el Eje V “*Definiendo los problemas de Salud Pública*”, me detengo en presentar cómo las y los profesionales entrevistadas/os configuran a los problemas de Salud Pública. Para ello, presento la diferenciación que las y los profesionales entrevistadas/os establecen entre áreas técnicas y políticas; aseguran que las primeras garantizan la objetividad del saber y la practicidad de su puesta en escena; mientras que las segundas permiten integrar intereses políticos, sociales y económicos en el problema *real* que *descubre* el saber científico. Asimismo, me adentro en el análisis sobre cómo las y los profesionales entrevistadas/os entienden a los problemas de salud pública a partir del establecimiento de un continuo que va desde la enfermedad al bienestar, donde la enfermedad adquiere una configuración más precisa y objetiva y el bienestar se vuelve difuso.

En tales definiciones también abordo cómo son constituidas las personas objeto de intervención de las políticas de salud pública. En especial, me detengo a analizar su interés a partir de la atribución de características concretas como son la capacidad de cambio y aprendizaje y los rendimientos a largo plazo que puedan generar las intervenciones de salud sobre la sociedad. Además, hago una aproximación al lugar que adquiere el género, según las personas entrevistadas, en la construcción de los problemas de salud pública.

Finalmente, en el eje VI “*Perspectivas sobre la Promoción de la Salud*”, presento a la última pieza de análisis que constituye a la Salud Pública como problema de gobierno insertado en el marco de un modelo neoliberal. En él expongo las argumentaciones que las personas entrevistadas realizan en torno a la Promoción de la Salud como el área de la Salud Pública que se orienta explícitamente al gobierno de las personas en nombre de su salud, en la medida en que plantean la necesidad de producir y/o fomentar prácticas y entornos que posibiliten la elección de opciones de vida saludable. A partir de la comprensión de sujeto desde el modelo neoliberal, como persona libre y autónoma que escoge entre las opciones disponibles aquellas mejor valoradas (según

diversos criterios como son el placer, la salud, la aceptación del grupo, etc.), las personas entrevistadas proponen políticas de salud orientadas a informar y dirigir las prácticas de las personas hacia aquello que el discurso de la salud pública considera saludable, al mismo tiempo que plantean la necesidad de producir condiciones para que tales prácticas sean posibles y las más probables. Asimismo, en el Eje VI, presento cómo el entendimiento que las/os entrevistadas/os tienen sobre el sujeto y la sociedad repercuten en la atribución de responsabilidades personales e institucionales sobre las prácticas de salud y sus consecuencias. Finalmente, expongo la caracterización difusa y compleja que las personas entrevistadas realizan sobre la promoción de la salud al legitimarla desde la mirada indefinida y múltiple del bienestar.

En síntesis, a continuación presento un recorrido por los diversos componentes que las personas entrevistadas articulan en el entendimiento de la Salud Pública como un concepto complejo y diverso propio del modelo neoliberal. Un modelo de Salud Pública que destaca al saber experto, la objetividad y la eficacia como elementos de legitimización de sus prácticas de intervención; entiende al gobierno en salud a partir de la gobernanza como estrategia para integrar a múltiples agentes e instituciones públicas y privadas y dirige su foco de intervención sobre la población a partir del entendimiento de sus objetos de gobierno, las personas, como sujetos que tienen el derecho y el deber de elegir *libremente* su propia salud.



## ***EJE I: Sentidos de la Salud Pública como universo de intervención en salud***

Los resultados que configuran este Eje permiten poner de manifiesto el proceso mediante el cual las y los profesionales de Salud van configurando su mirada de la salud pública como un área de saber e intervención legítima del Estado sobre su población. Esta visión está conformada alrededor de un modelo de salud complejo e intersectorial, que conciben asociado a la creación de una institución encargada de mantener y expandir los discursos oficiales de salud pública por diversos espacios de intervención poblacional. Sintéticamente, en este eje se presentan los discursos de las y los profesionales de salud pública entrevistadas/os en torno a la identificación de la Salud Pública dentro del sistema público de salud y a la diferenciación con la Asistencia en Salud. Asimismo, se exponen las áreas que, según las personas entrevistadas, configuran a la Salud Pública, sus puntos comunes, relaciones y distinciones. Además se presentan los discursos en torno a la variabilidad de instancias que intervienen en salud y en la necesidad, manifiesta por las y los profesionales de salud, de unificar y coordinar intervenciones en Salud para hacerlas más efectivas.

El Eje se compone y organiza alrededor de 4 categorías:

- a) Categoría 1: La Salud Pública como continuo salud-enfermedad.
- b) Categoría 2: La Salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un propósito.
- c) Categoría 3: La Salud Pública como búsqueda de un ámbito compartido de experiencias y prácticas en salud.
- d) Categoría 4: La Salud Pública como praxis político-legal y territorial.

### **a) Categoría 1: La Salud Pública como continuo salud-enfermedad**

Esta categoría reúne las declaraciones que las y los profesionales de Salud utilizan para construir y delimitar el concepto de Salud Pública como área de saber e intervención específica dentro de las políticas públicas de salud. Esta construcción está vertebrada alrededor del continuo salud-enfermedad, en el que los discursos analizados sitúan todas las políticas del Estado en materia de salud y cuya cara positiva (en el extremo de la salud) es definida como “el bienestar”, mientras que la cara negativa (en el extremo de la enfermedad) es identificada como “el malestar”. Mediante esta distinción, en los discursos se dividen las acciones de los poderes públicos en dos grandes bloques: la reparación de la salud (propia de la Asistencia en Salud) y la prevención de la enfermedad; y potenciación del acceso a la salud y al bienestar (propia de la Salud Pública). A través de constantes comparaciones entre ambos bloques, las entrevistadas y los entrevistados van definiendo la Salud Pública como área propia dentro de la salud, pero diferenciándola de su compañera complementaria de los poderes públicos en salud. Así, a partir del trazado de esta comparación, a través de sus discursos las y los entrevistadas/os van ubicando a cada una de las intervenciones del Estado en salud: la Salud Pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad, protección de la salud y vigilancia epidemiológica) y la Asistencia en Salud (atención primaria, atención especializada y acompañamiento en la muerte).

Concretamente, esta categoría se estructura por los siguientes segmentos de sentido:

- a.1) La comprensión del continuo salud-enfermedad y la indefinición de los límites borrosos entre Salud Pública y Asistencia Sanitaria
- a.2) El continuo salud-enfermedad como referencia para la diferenciación de la Salud Pública y la Asistencia Sanitaria

#### ***a.1) La comprensión del continuo salud-enfermedad y la indefinición de los límites borrosos entre Salud Pública y Asistencia Sanitaria***

Las personas entrevistadas (de todos los niveles jerárquicos de la organización de salud pública y del ámbito local) utilizan el continuo salud-enfermedad para pensar y situar cada una de las intervenciones desarrolladas dentro del Sistema Público de Salud.

Tal continuo es empleado como una pizarra donde las y los profesionales de Salud dibujan un abanico de intervenciones de salud en la población posibles. En su extremo positivo, trazan las actuaciones de salud orientadas a alcanzar y mantener un estado óptimo de desarrollo: el bienestar y, en su extremo negativo, trazan las intervenciones orientadas a evitar o tratar o disminuir las consecuencias de la enfermedad.

Del análisis de las entrevistas se desprende que la Salud Pública se considera una intervención situada en los extremos positivos del continuo salud-enfermedad, enmarcada en los espacios orientados favorecer las condiciones de salud, orientada a evitar que se produzca la enfermedad y dirigida a potenciar el bienestar poblacional:

*“Jo ho definiria la salut pública com l'intent d'augmentar el benestar de la població, l'intent, totes aquelles diguem actuacions que promouen i aconseguen augmentar el benestar de la població”.*  
*(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)<sup>i</sup>*

En los discursos analizados, el extremo de salud, el bienestar, aparece situado como el estado deseable o, lo que es lo mismo, un punto de partida que las personas necesitan para su desarrollo óptimo. Ahora bien, no suelen enunciar manifiestamente, a través de una definición clara, qué significa el bienestar de la población.

En los intentos de definir el bienestar, las/os entrevistadas/os que ocupan niveles directivos en el ámbito de la Salud Pública, lo conceptualizan según dos sentidos. Por una parte, constituyen el bienestar como la base a partir de la cual se puede considerar a la población en un estado de equilibrio aceptable. Al ser asumido como punto de partida, se adopta como principio que se debe garantizar a la población y, para ello, las y los interventores en salud proponen actuar sobre aquellos factores que podrían distorsionarlo y buscar su mejora.

*“Salut i benestar. És a dir, el benestar com una... línia basal que tu l'has de mantenir o millorar, fins i tot, no?, sense que això s'adreci específicament a cap problema de salut”* (F4/O/SP/NA/M Pág. 1)<sup>ii</sup>

Y en otro sentido lo configuran, aunque de forma vaga, a partir de la autorrealización. Es decir, hacia la consecución un estado que permita a la persona alcanzar su potencial.

*“al benestar, ara que recordo, eh? Si aconseguixo que la... èi ja està calculat? com la salut entesa com la màxima capacitat per operar i per relacionar-se amb l'entorn. Fa una definició com aquesta. És a dir, jo tinc benestar en la mesura en que tinc totes les meves capacitats com a ésser humà per sentir-me bé i també per actuar amb l'entorn, alguna cosa com aquesta. I això diríem que és benestar”* (F4/O/SP/NA/M pag 2)<sup>iii</sup>

La acción del gobierno bajo esta lógica se vuelve continuada en el tiempo y en los espacios de relación puesto que las y los profesionales de Salud conceptualizan al punto básico de bienestar, como un estado efímero que requiere de un constante esfuerzo para evitar que se pierda.

Sin embargo, las argumentaciones presentes en las entrevistas relativas a la búsqueda de bienestar, se relacionan constantemente con actividades que inciden sobre las causas que predisponen a las personas a situaciones que causan la enfermedad. Así, al pensar las intervenciones de salud, los argumentos del bienestar como extremo de salud, se asocian su extremo opuesto: la enfermedad.

*E: “Ganar” benestar i també segurament fer una determinada acció preventiva sobre les malalties, els problemes de salut que hi haurà si tu et descuides l’alimentació saludable, no?*

*I: Sí.*

*E: Perquè ara l’alimentació saludable està clarament vinculada a, com tu deies, eh?, al tema de la obesitat i al tema del sobrepès, i al tema de la diabetis, i a moltes malalties, i a algunes malalties cròniques que tenen en la seva base una... una causa, diguem, alimentària (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)<sup>iv</sup>*

Ante la enfermedad, el polo de la salud suele quedarse relegada a un segundo plano, y la salud pública desplaza su principal atención a evitar que las causas que predisponen a la enfermedad emerjan tratando, de esta manera, de evitar el inicio de un proceso patológico que derivaría en la enfermedad. Dicho sintéticamente, el bienestar es relegado como elemento secundario de la prevención de una enfermedad<sup>135</sup>.

*“O sigui que quan fem Promoció de la Salut ho podem orientar d’una forma molt més específica a prevenir o a evitar que puguin aparèixer aquestes malalties relacionades amb la alimentació, però també, i això no és poc, a promoure benestar” (F4/O/SP/NA/M Pág. 1)<sup>v</sup>*

Bajo la lógica de entendimiento de la enfermedad como un proceso que se inicia a partir de una serie de elementos pero que, en el momento que se desencadena, actúa de forma autónoma en un curso determinado, las y los profesionales de Salud Pública argumentan que la acción de la Salud Pública consiste en evitar que el proceso patológico sea iniciado o en bloquear su desarrollo en sus inicios más incipientes. Atribuyen, por el contrario, a la Asistencia en Salud el abordaje de la situación en el momento en que el proceso es iniciado.

*“Es decir, que lo que haces esto es todo el conjunto de servicios mantiene unaa.. [pausa] eeh.. Lo que sería la ...la atención sobre la*

---

<sup>135</sup>Profundizaré sobre este tema en la categoría 2 del Eje V: “La definición de los problemas de Salud Pública como noción invertida de la salud y el bienestar”.

*historia natural de la enfermedad porqué están en lo... en lo.. En la protección, en la promoción, en la prevención ... La prevención a lo mejor es un territorio compartido con la primaria, con ... Luego está la atención primaria que aborda la gran mayoría de los problemas de salud y tiene una fuerte capacidad resolutive, luego tienes la atención especializada, los socios sanitarios, el acompañamiento a la muerte, en fin..." (F2/O/SP/NA/M. Pág. 5).*

Es decir, al conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso, la ubicación de la Salud Pública hacia el extremo de salud, lleva asociada la atribución de la especialidad en el tratamiento de la patología (el extremo enfermedad) a otro espacio de intervención pública de salud: la Asistencia en Salud. Abarcando entre ambos espacios el total del continuo, de las condiciones posibles de existencia de las personas en relación a su salud-enfermedad.

*"Y ahí están los Hospitales, la Primaria, la Salud Mental, los Servicios Sanitarios... eh ahí están todos esos, y ahora se agrega a estos la Salud Pública". (F2/O/SP/NA/M. Pág. 5)*

Esta distinción es establecida tanto por las y los profesionales del área directiva, como por las/os del área técnica en relación con la práctica en la Salud Pública orientada a crear salud y evitar la enfermedad. Sin embargo, a medida que las intervenciones en el continuo salud-enfermedad se acercan a la enfermedad, van siendo enmarcadas en la Asistencia en Salud, con lo que no solo se diferencian espacios de salud, sino que se instalan lógicas diferentes de intervención y de pensamiento. Planteado sucintamente, se limitan "mundos" de salud.

*"Quan arriba el moment que aquesta persona ja comença a desenvolupar necessitats d'intervenció, i el problema ja no és de la comunitat, té nom i cognoms, aquella persona entra en el món assistencial, no?" (F3/O/Pt/NR/V Pág. 13) <sup>vi</sup>*

Así, las personas entrevistadas identifican la Salud Pública dentro de las políticas públicas en salud, cuyo objetivo es proporcionar las condiciones de salud y evitar que la enfermedad emerja. En el momento que se produce una enfermedad que requiere de un tratamiento individualizado, la persona-colectiva pasa a ser pensada como sujeto individual y entra al mundo de la Asistencia en Salud.

**Figura 2:** Continuo salud-enfermedad y ubicación de mundos de salud: Salud Pública y Asistencia en Salud.



A pesar de esta diferenciación conceptual a través del continuo salud-enfermedad que distingue a la Salud Pública de la Asistencia en Salud, quienes trabajan en el Departament de Salut (tanto en la Agència de Salut Pública de Catalunya como en el Catsalut) remarcan que, en ciertos casos, los límites institucionales entre la Salud Pública y la Asistencia en Salud no son claros. El propio continuo hace que los límites sean difusos puesto que en los puntos medios que este enmarca existen intervenciones dirigidas a colectivos específicos que pueden ser tratadas tanto por la Asistencia en Salud como por la Salud Pública. Destacan que, en estos casos, hablar de Salud Pública o Asistencia en Salud obedece más a la adscripción inicial del servicio a uno de los dos ámbitos que a una delimitación real:

*“Ara bé hi ha una altre línia que és la que separa promoció i prevenció, tractem-ho com un pack, del món assistencial. Aquesta línia es pot detectar millor perquè és quan passes de una col·lectivitat a un nom i cognoms, no? A una intervenció amb nom i cognoms. Llavors això, bueno, hem de veure com es resol, perquè ara tot és un continu, saps? A vegades és el CatSalut o l'ICS o bueno, el món assistencial, que arriba molt a prop de la Salut Pública, i a vegades és la Salut Pública que arriba molt a prop del món assistencial, bueno.” (F3/O/Pt/NR/V. Pág.13)<sup>vii</sup>*

Esta indefinición de los límites de la Salud Pública y de la Asistencia en Salud en la práctica profesional cotidiana se hace evidente en el momento que las y los

profesionales del área asistencial destacan su rol en el desarrollo de tareas que, siguiendo el modelo conceptual planteado previamente, serían más propias de la Salud Pública. En este sentido, las y los profesionales estrechamente vinculados con la asistencia en salud (Catsalut) recalcan las intervenciones que parten desde las áreas asistenciales orientadas a la prevención de enfermedades y/o promoción de hábitos saludables. Ejemplo de estos es el programa PAFES<sup>136</sup> de ejercicio físico o el programa salud y escuela, que es desarrollado por equipos de Atención Primaria, con el apoyo del Departament de Salut.

*“Bueno, ara perquè hi ha hagut el DipSalut, i el DipSalut ha posat aparells els municipis, però qui estava suportant el tema de l'exercici físic, amb el PAFES, eren els Equips d'Atenció Primària”  
(F2/CD/CS/NR/M. Pág. 18)<sup>viii</sup>*

La tradición del trabajo preventivo de los Centros de Atención Primaria como actividades normalizadas en el quehacer profesional cotidiano ocupa un lugar destacado en el discurso de las/os entrevistadas/os. Los centros de planificación familiar son uno de los ejemplos citados para dar cuenta de la tradición de intervenciones preventivo-asistenciales como parte habitual de la práctica profesional; instaurados en los años 80, han sido redefinidos como ASSIR<sup>137</sup>, articulando actuaciones de atención primaria mediante el abordaje de temas de promoción de la salud y, en especial, prevención de enfermedades y embarazos no deseados.

*“En els anys vuitanta, es van constituir el que eren els Centres de Planificació Familiar. No sé si tu els has conegut, val? I, aquests centres els hem reconduït, cap a els ASSIRs. En els ASSIRs, els assistencials, és a dir les llevadores i... i altre personal dels ASSIRs, algun tema de promoció fan... La tarda jove. Però està vinculat als assistencials eh”.  
(F2/CD/CS/NR/M. Pág.18-19)*

En este sentido, las referencias de las y los profesionales de Asistencia en Salud a intervenciones que nacen desde el área asistencial y que integran abordajes tradicionalmente atribuidos a la Salud Pública como algo común o habitual en la intervención sanitaria son ejemplos de continuidad entre la perspectiva de la Asistencia en Salud y Salud Pública.

*“Primària, té, han sortit moltes accions de... de promoció de la salut no? per tant, no és una cosa de dir: Hòstia, és que abans no ho feien, i*

---

<sup>136</sup>El Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES) es un programa de promoción de la salud desarrollado desde la Atención Primaria en el que se ofrecen consejos y prescripciones sobre actividad física. Véase: <http://www.pafes.cat/estrategia-publica-govern-catalunya> (consultado el 12.06.2015).

<sup>137</sup>Los ASSIR son Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva administrados desde la asistencia sanitaria en centros de Atención Primaria y de Atención Especializada. [http://www.gencat.es:8000/oics/owa/p71.mostrar\\_fitxa?v\\_codi=137&v\\_codi\\_idioma=0&v\\_letra=A&v\\_word](http://www.gencat.es:8000/oics/owa/p71.mostrar_fitxa?v_codi=137&v_codi_idioma=0&v_letra=A&v_word) (consultado el 21.07.2015).

*ara de cop i volta amb la llei aquesta se us ha obligat i volem que feu alguna cosa no? Ja feien cosetes no? Passa que... segurament no ho feien coordinats amb els altres agents del territori (...) Però els d'Atenció Primària ja anaven fent xerrades, ja anaven a... jo que sé a fer... no ho sé a veure... a visites als avis, escoles, xerrades amb els avis... i ja fan cosetes, no és pas que no fagin mai res, no? per tant... bueno, no ho sé... no ho sé" (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 6)<sup>x</sup>*

Asimismo, más allá de la adscripción formal de ciertos servicios como Salud Pública o Asistencia en Salud, las/os trabajadoras en salud manifiestan que ciertos límites entre ambas áreas de la salud se vuelven difusos por la propia definición del problema dentro del continuo salud-enfermedad. La prevención, en Atención Primaria, es el área de trabajo en salud de mayor referencia como espacio donde el límite entre la Salud Pública y la Asistencia en Salud es más difuso.

*"La prevención a lo mejor es un territorio compartido con la Primaria, con .. luego está la Atención Primaria que aborda la gran mayoría de los problemas de salud y tiene una fuerte capacidad resolutive, luego tienes la Atención Especializada, los Socios Sanitarios, el Acompañamiento a la muerte, en fin" (F2/O/SP/NA/M. Pág. 5)*

Así, las y los profesionales de salud comparan a la Salud Pública con la Asistencia en Salud como universos diferentes que, en ciertos momentos, encuentran espacios de intervención comunes para tratar momentos específicos del proceso salud-enfermedad, en especial las orientadas a evitar la emergencia de un problema de salud para la comunidad: la prevención.

*"Com relacionarem a nivell territorial el món Assistencial amb un món, amb un món... de la Salut Pública. Sí que hi ha temes compartits, la prevenció de la salut" (F3/O/Pt/NR/V Pág.12)<sup>xi</sup>*

Son ejemplos las intervenciones de prevención primaria del consumo de drogas o tabaco, promoción de la lactancia materna, cribados poblacionales, vacunaciones, etc. La indefinición de los límites entre la Asistencia en Salud y Salud Pública se vuelve necesaria bajo la mirada profesional que busca tratar el problema de la salud en su desarrollo, trascendiendo las fronteras organizativas. En este sentido, las personas entrevistadas piensan los problemas de salud más allá de la adscripción institucional porque entienden que en el marco del continuo salud-enfermedad, en ciertos momentos, se puede requerir de la intervención en los límites difusos y arbitrarios de la Salud Pública y/o la Asistencia en Salud.

Así, en el desarrollo de estrategias de salud orientadas al abordaje integral de un problema, más allá de los límites institucionales donde cada espacio de salud se adscribe, las y los profesionales destacan en sus discursos la adecuación del trabajo conjunto entre la Asistencia en Salud y la Salud Pública, en especial en relación a la



Prevención de la Enfermedad, mediante cuatro mecanismos: (a) *Recomendaciones de carácter personalizado sobre la salud* de las personas que asistan al sistema sanitario (por ejemplo, el control de la dieta, recomendaciones sobre ejercicios, mediciones de la tensión arterial, etc.; (b) *Aplicación de vacunas*; (c) *Identificación de problemas poblacionales* (a través de registros oficiales de la enfermedad , información sobre necesidades y determinantes de salud de la población, etc.) y (d) la *detección de casos* mediante estrategias de *cribado y programas* de prevención y promoción de la salud que permiten descubrir y derivar al sistema asistencial a personas enfermas.

Recomendaciones personalizadas:

*“L’atenció primària va a l’institut, o sigui que , és una infermera que setmanalment va a l’institut i té per una part una consulta oberta a on el jove li pot consultar coses, no és una visita, clínica habitual, sinó és un lloc de contacte de l’Atenció Primària amb els joves” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)<sup>xii</sup>*

Vacunas:

*“Nosaltres tenim la Unitat d’Epidemiologia que ara s’ha incorporat a l’Agència de Protecció. Aquesta Unitat d’Epidemiologia porta les vacunes. Clar, el Catsalut no entendrà les vacunes que proveïm en els Centres Assistencials” (F3/O/Pt/NR/V Pág.14)<sup>xiii</sup>*

Identificación de problemas poblacionales:

*“De vigilància...que és una vigilància que ja no és epidemiològica sinó que és de Salut Pública perquè té que recollir determinants i té que recollir...ehhh...altres factors lligats a la salut...al tema de malalties infeccioses i així” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)<sup>xiv</sup>*

Detección de casos:

*“La prevenció, és evitar la malaltia abans que es produeixi, per tant, sí que entronca molt en la promoció a l’hora de fer detecció, no? És a dir, qui detectarà que una persona està molt preocupada per la cintura que fa i comença a deixar de menjar no? O... qui detectarà que una persona comença a tenir uns hàbits d’alimentació pocs saludables? I a partir d’un determinat moment es detectarà que això és una qüestió d’una patologia individual en motiu d’una ansietat, i s’intervindrà...” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 12)<sup>xv</sup>*

De este modo, el continuo salud-enfermedad sirve a las y los profesionales para situar cada espacio de intervención en salud y adscribirlos institucionalmente dentro de la Salud Pública y la Asistencia en Salud pero, aunque tal diferenciación no es discutida conceptualmente, el entendimiento del continuo hace que la diferenciación

institucional entre la Asistencia en Salud y la Salud Pública se vuelva difusa en la práctica profesional del abordaje de problemas concretos de salud.

### ***a.2) El continuo salud-enfermedad como referencia para la diferenciación de la Salud Pública y la Asistencia Sanitaria***

El continuo salud-enfermedad es una dimensión básica a partir del cual se pueden destilar de los discursos analizados una serie de componentes que, a las y los profesionales de Salud, les sirven para determinar, diferenciar y definir la Salud Pública de la Asistencia en Salud dentro del Sistema Público de Salud.

Estos componentes, que analizo a continuación, son:

1. Destinatario de la intervención.
2. Orientación de la intervención.
3. Origen del inicio de la intervención.
4. Eficacia temporal de la intervención.
5. Perceptibilidad de la intervención.
6. Índole y condición de la intervención.

#### **- Componente 1: Destinatario de la intervención**

Las/os profesionales entrevistadas/os destacan en sus discursos la importancia del impacto poblacional de las intervenciones de Salud Pública en contraposición a la mirada individual que argumentan, tiene la Asistencia en Salud. Es decir, las personas entrevistadas plantean que el abordaje de los problemas de salud en la Asistencia en Salud se fundamenta en la resolución de casos individuales, de personas que padecen una enfermedad específica; mientras que la Salud Pública se orienta al despliegue de intervenciones colectivas. Bajo esta mirada, las y los profesionales de salud, afirman que en salud pública el problema personal de quien padece una enfermedad pierde interés, en aras de un enfoque que entiende a la salud poblacional como un todo.

*“la meva visió com a salut pública interessa el col·lectiu, no m’interessen les persones” (F4/O/SP/NA/M. Pàg, 7)<sup>xvi</sup>*

En este sentido, en sus discursos las y los gestoras/es de salud, afirman que es la mirada “macro” la que orienta como meta final las intervenciones de Salud Pública en el territorio. Asimismo, sostienen que las políticas institucionales de corte poblacional en Salud Pública sirven como líneas estratégicas que dirigen y ordenan las intervenciones en el territorio.

*“que hi hagi la línia estratègica que ens hem de coordinar i hi haurà un intern departamental que obligarà a tothom a fer un... uns objectius no” (F2/EO/Pt/NR/B. Pág 21)<sup>xvii</sup>*

Ahora bien, en las entrevistas analizadas se argumenta que, además del tratamiento poblacional de los temas de salud pública, la incidencia sobre cada individuo adquiere relevancia puesto que una persona particular puede ser un foco de transmisión del problema de salud para el resto de la comunidad. En este sentido, por ejemplo, afirman, que las acciones de vacunación bajo el prisma de la Salud Pública se orientan a proteger a la sociedad (cuestión colectiva) de una posible enfermedad, no a las personas que particularmente se están vacunando que, si adquieren la enfermedad, serán tratadas por la Asistencia Sanitaria (cuestión individual). Así, vacunarse alcanza una dimensión de responsabilidad colectiva para la cual los poderes públicos deben proporcionar, a través de sus instituciones, cobertura que alcance a toda la población, al tiempo que evoca una conciencia de grupo y explicita una responsabilidad personal de cada una/o de los componentes de la comunidad para con ella.

*“Vull dir quin és ara el gran problema de les vacunes de que un nen no es vacuni? És el nen que pot agafar la malaltia? No. És que dintre de una població vacunada estàs introduint un element no vacunat i per tant t'està creant un punt d'entrada d'una malaltia en una comunitat. Quan intervenim sobre... amb el discurs de dir la gent s'ha de vacunar, la gent s'ha de vacunar, en realitat el que estem dient és que hem de protegir la comunitat”. (F3/O/Pt/NR/V. Pág. 14)<sup>xviii</sup>*

Asimismo, tal y como se sostiene en alguno de los discursos analizados, la suma de cada componente de la comunidad da como resultante una sociedad más o menos sana (por ejemplo, la persona obesa colabora a crear la “epidemia de la obesidad”).

*“El pes o el que ens ve derivat de l'epidèmia del sobrepès” (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)<sup>xix</sup>*

*“Escolta no, beguis alcohol, li estic fent un consell, o seria millor per la teva salut que no beguessis eh... estic fent una intervenció sobre aquest, però a la vegada igual podria donar un missatge global de dir una societat que consumeix menys alcohol a lo millor està... està més bé”(F4/O/SP/NA/M. Pág 6)<sup>xx</sup>*

Por ello, si bien el objetivo final de la Salud Pública es la población, en el discurso de las y los entrevistadas/os se manifiesta que, con frecuencia, el impacto sobre el colectivo se

consigue mediante-intervenciones que inciden sobre las acciones particulares de los individuos específicos. En congruencia con ello, entienden que el trabajo conjunto con la Asistencia en Salud constituye una *estrategia* prioritaria para hacer llegar la salud pública a la población. Asimismo, argumentan que la mirada global que caracteriza a la Salud Pública se concreta siempre en individuos concretos que viven y se relacionan en espacios específicos. En este sentido, las y los profesionales de los niveles directivos encargadas/os del despliegue de la Àgencia de Salut Pública de Catalunya, hacen hincapié en la importancia de la intervención sobre cada individuo y su entorno, para alcanzar los objetivos generales de la Salud Pública. Bajo esta lógica, ven prioritario establecer conexiones y una buena coordinación con las Áreas Básicas de Salud para detectar problemas de importancia en salud y actuar eficazmente.

*“Hem de mirar com treballar la primària per dir què necessites de la Salut Pública i què necessites que et faci la Salut Pública. Perquè a lo millor les persones aquestes m... més individuals a qui tindrem com a referent, als serveis de Salut Pública? Ho dubto. Bàsicament tindran el seu metge, el seu centre de salut, i el seu metge de capçalera, la infermera. I aquesta serà la que li donarà un consell.”*  
(F4/O/SP/NA/M. Pág.6)<sup>xxi</sup>

El discurso mediante el que se defiende la mirada poblacional trasciende el espacio de intervención de las instituciones públicas de salud (tanto de Salud Pública como de Asistencia en Salud). Por ello, en la búsqueda de un impacto a nivel “macro” (pensado a gran escala, según criterios de impacto poblacional), además del vínculo con la Asistencia en Salud, las y los profesionales de Salud Pública encargados del despliegue territorial de la Agència de Salut Pública de Catalunya, plantean la obligación de establecer vínculos con entidades ajenas al área de la salud (escuelas, ONGs, centros de ocio, etc.) insertas en el Territorio. Bajo esta óptica, movilizar al territorio e implicarlo en las acciones de salud garantiza que el discurso oficial de salud llegue de forma más efectiva y uniforme a los espacios concretos de intervención.

*“Ara...evidentment...nosaltres el que hem descobert és que quan treballa al territori, quan treballa al territori ell s’organitza, realment té una cobertura important, de fet encara no hem començat, per què a la Garrotxa tot plegat tenim una participació de professionals, i per tant podem copçar opinions”* (F1/EO/SP/NA/M Pág. 1)<sup>xxii</sup>

Específicamente, los y las profesionales encargados/as del despliegue de la Salud Pública plantean integrar la mirada específica de quienes trabajan y centran su interés en las personas o colectivos concretos cuyas historias de vida o prácticas sociales son tomadas en cuenta como elementos importantes de la intervención. Su trabajo directo con las personas a las que se dirige la acción de Salud Pública, los convierte, a ojos de las y los profesionales de salud, en agentes clave que pueden identificar las

peculiaridades de la población y las necesidades específicas que tendrían que tener en cuenta los y las profesionales de la Salud Pública: el trabajo en el territorio se vuelve una *estrategia* para conocer peculiaridades y hacer calar el discurso global de Salud Pública a cada grupo específico.

*“Escolta, com podem treballar plegats en aquest nivell, serveis de Salut Pública, serveis... Salut Pública, quan dic això estic parlant tant de la higiene com dels ajuntaments, institucions, organitzacions, altres entitats, l’escola, etc. (...) si que haig de treballar prop de les persones que els interessin les persones, perquè et diran: escolta, aquí resulta que hi ha aquest problema i si tu no el tens en compte, emetent un missatge pla o que sigui... diguem tot estandarditzat no arribaràs, perquè resulta que hi ha aquesta característica, o aquesta situació tal que és ben específica i que si no l’abordes de determinada manera eh... no aconseguiràs canvis en el comportament de les persones”  
(F4/O/SP/NA/M. Pág. 6)<sup>xxiii</sup>*

De esta manera, plantean la Salud Pública como una salud global, con unos objetivos generales dirigidos a toda la población, donde trabajar con personas, grupos e instituciones es un requisito para intervenir de forma efectiva. Puesto que, sin un conocimiento particular del lugar donde se lleva a cabo la intervención en Salud Pública, de las características particulares del grupo específico al que la intervención se dirige y de la implicación de los referentes en salud, el abordaje general no llegaría a influir con la misma fuerza que si se hiciese un tratamiento teniendo en cuenta al territorio.

### **- Componente 2: Orientación de la intervención**

El análisis de los discursos de las y los profesionales de Salud deja ver cómo, a través del marco referencial que constituye el continuo salud-enfermedad, determinan que la intervención, aun no descuidando la atención a la enfermedad, debe abordar los factores que puedan derivar en causas de enfermedad. Es decir, ocuparse de lo que se suele formular como las *causas de las causas* Para ello, proponen el control de situaciones materiales, elementos del medio y de las prácticas en aras de generar salud poblacional.

Concretamente, las declaraciones de las y los entrevistados sitúan el campo de actuación de la Salud Pública sobre aquellos elementos que son fuente posible de entrada de enfermedades (contaminación, plagas, hábitos insanos, etc.) o que hacen más vulnerables a ciertos colectivos (desigualdad social, desigualdad económica, diferencias según sexo, edad, etc.). La multiplicidad e interconexión de factores que pueden estar implicados en el abordaje de los elementos que generan problemas de

salud (las *causas de las causas*) hacen que los contemplan como incidencias poblacionales, admitiendo que su efecto específico en personas individuales no se refleja de forma directa (como reconocen las y los mismos/as entrevistados que sucede en la Asistencia en Salud).

La Salud Pública es construida en los discursos, prioritariamente, resaltando la importancia que revisten las acciones sobre las causas que determinan la salud-enfermedad, señalando el distanciamiento del individuo para concentrar las intervenciones en la colectividad y subrayando el alejamiento de la enfermedad como elemento central para acometer actuaciones que incidan sobre una mejora de las condiciones de vida y repercutan en los factores que causan la enfermedad.

*“És veritat que és salut pública això perquè no estem parlant de poder personalitzar un tractament o un diagnòstic o una cosa amb un individu, sinó que estem treballant a nivell global, i per tant estem parlant de salut pública, no? Però concretament salut pública amb el vessant de la promoció i la promoció de la salut no? I entendre que la salut és una cosa molt important i que s'ha de promoure, vull dir que abans de que hi hagi per entendre'ns problemes vasculars o així pels problemes de cor i així” (F3/EO/SPiE/NT/NS. Pág. 6)<sup>xxiv</sup>*

Las argumentaciones en torno al abordaje de las causas de las causas se sitúan en la mirada “macro” con la que las y los profesionales de Salud caracterizan la Salud Pública. Pensar la salud en clave global implica desplazar la atención de las personas concretas a la causa directa de cada enfermedad<sup>138</sup>, para construir una sociedad globalmente más sana. Asimismo, en sus declaraciones plantean la importancia de tratar aquellos elementos que se asocian en un segundo o tercer grado a causas de varias enfermedades. Este planteamiento, bajo una mirada probabilística, pretende eliminar los factores de riesgo antes que estos existan, tratando de lograr así mayor efectividad para evitar la patología poblacional.

*“O sigui, jo no puc estar pensant amb quina cosa eh... determina la teva salut i quina cosa li determina a l'altre, sinó que miraria, per ser més efectiu, més productiu, més... eh... mirar quines són les causes que determinen els teus problemes, i abordar aquestes. Ja sé que probablement l'impacte de cada una de les causes sobre cada una de les persones que componen la comunitat serà diferent, però diríem... el risc atribuïble, no? Que podríem parlar en termes epidemiològics és el meu objectiu, diguem que no m'interessa tant el risc relatiu com el risc atribuïble, i aleshores aquesta és la dimensió de una persona que treballa en un servei de salut pública. Mirar quines són... sobre quina actuació puc incidir d'una forma més... més avantatjosa sobre el conjunt dels individus, i per tant sobre la comunitat. És que la lògica és aquesta”. (F4/O/SP/NA/M Pág. 5)<sup>xxv</sup>*

---

<sup>138</sup>Excepto en el caso de las vacunaciones.

Dirigir una mirada múltiple e interrelacionada a “*las causas de las causas en salud*” constituye un doble énfasis que las y los profesionales entrevistados/as utilizan en sus discursos para hacer inteligible y explicar el desarrollo del actual modelo de Salud Pública acorde con los planteamientos de la Ley de Salud Pública de Cataluña y de la Agència de Salut Pública de Catalunya. Es en este sentido que interpretan que referirse a “*las causas de las causas*” supone considerar que el trabajo en Salud Pública desborda la incumbencia única del ámbito de la salud en el abordaje de los posibles problemas de salud pública. Esto implica que son los/as propios/as profesionales de salud quienes contemplan la integración de otras/os agentes de ámbitos ajenos a la salud y, también, implica la trascendencia del alcance de la Salud Pública fuera de los límites institucionales del Departament de Salut. Dicho sintéticamente, la Salud Pública se vuelve permeable a las acciones realizadas desde y con otras áreas de intervención poblacional, así como también abre sus límites hacia todos los espacios posibles de relación.

La mención a “*las causas de las causas en salud*”, múltiples e interrelacionadas, es uno de los argumentos utilizados por las entrevistadas/os para dar sentido a la movilización de la organización de Salud Pública hacia un modelo de gobernanza y la creación de su propia estructura bajo esta perspectiva.

Sobre la protección:

*“(...) industrias agroalimentaria, coño, allí tienes que tener muchos mataderos, muchas no sé qué, empresas transformadoras, operadores económicos, que manipulan riesgos para la salud, no solamente para los catalanes muchas veces exportar a medio mundo, ostras, pues las consecuencias o las, de la , del control o del no control pueden tener impacto mucho más lejos, no? Por lo tanto, hay que dimensionarlo de acuerdo con estos dos referentes, eh, hasta ahora los servicios sociales o asistenciales el referente es... [silencio] la...la población, pero sobre todo los usuarios de salud pública son todos”. (F2/O/SP/NA/M Pág. 12)*

Sobre la vigilancia epidemiológica:

*“nosaltres som una unitat molt inter, si investiguem una legionel·losis hem de parlar amb l'Agència, si investiguem una toxiinfecció alimentària hem de parlar amb l'Agència, si investiguem una hepatitis C en un hospital hem de parlar amb planificació, saps? Sempre has de buscaaar” (F2/EO/V/NR/M Pág. 3)<sup>xxvi</sup>*

Sobre la promoción:

*“Mai la promoció de la salut la farem solament des de l'Agencia de Salut Pública. Evidentment que no! És a dir, tots els recursos que hi ha en els ajuntaments que estan fent promoció de la salut...no en tots els ajuntaments però en molts ajuntaments des de fa 20 anys....són*

*recursos de promoció enormement vàlids. Els recursos que estan fent promoció i sobretot prevenció clínica des de els centres de salut, doncs, són recursos en els que tenim que treballar. Nosaltres fent, per exemple, el programa Salut i Escola en que una infermera del centre de salut es desplaça al centre d'ensenyament secundari...(....) Per tant, els recursos són múltiples...no és només de l'Agencia” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 9)<sup>xxvii</sup>*

No obstante, aunque el abordaje de las “*causas de las causas en salud*” es un discurso habitual entre las y los profesionales en Salud Pública entrevistadas/os y para todas las áreas de este ámbito, su máxima expresión se manifiesta cuando se alude a intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Esta mención adquiere especial importancia entre las y los agentes que trabajan en el Departament de Salut en los ámbitos de promoción de la salud y de despliegue general de la Salud Pública:

*“Jo ho plantejo que és això que dius, individu o comunitat, o diríem... tot l'entorn més de determinants o de desigualtats, perquè no oblidem que també hi ha la dimensió de les desigualtats, perquè això tampoc no es comporta homogèniament, però resulta que aquí el paper de la salut pública pot tenir un paper molt rellevant, no?” (F4/O/SP/NA/M. Pág. 6)<sup>xxviii</sup>*

Así, los argumentos manejados por las y los profesionales en relación a “*causas de las causas en salud*”, apuntan hacia un cambio de *paradigma de la Salud Pública*. Es decir, pasar de entenderla como área de saber e incumbencia principal del Departament de Salut, a concebirla como un área de incumbencia colectiva de la mayoría de los departamentos de la Generalitat de Catalunya y de otros ámbitos de intervención desde donde el Àrea de Salut impregne con su discurso de Salud Pública al conjunto de políticas dirigidas a la población. El área de trabajo de la ASPCAT se convierte en un “espacio *intersticial*”<sup>139</sup> que establece conexiones entre diferentes núcleos de saber diferenciados, para construir un modelo de Salud Pública integrado en todos los ámbitos de la vida de las personas.

La comprensión de la Salud Pública que exponen algunas/as de las y los profesionales de salud (en especial, desde Promoción de la Salud y la Dirección General) como “espacio intersticial” es reveladora porque resalta su carácter polivalente y omnipresente en las diferentes áreas y espacios de vida de las personas. Al mismo tiempo resulta significativo que destaquen la función de nexo conector y mediador entre diferentes áreas de salud u otras que se expanden más allá de ellas pero que, en un sentido u otro, tienen una vinculación estrecha con la salud<sup>140</sup>. Así, como se refleja

---

<sup>139</sup>Aunque por razones técnicas no existe registro de sonido de este pasaje, F4/O/SP/NA/M utilizó, al final de la entrevista, esta expresión al tratar de establecer una analogía entre el funcionamiento de la salud pública y el funcionamiento celular.

<sup>140</sup>Hemos de considerar que “la vinculación estrecha con la salud” es siempre provisional. En estos momentos, prácticamente todas las áreas de la vida son susceptibles a estar impregnadas por la Salud



en las entrevistas, la función de mediación incluye negociaciones y acuerdos con diferentes áreas de intervención que implican la movilización de recursos y la orientación de la mirada de la Salud Pública hacia un funcionamiento eficiente de la maquinaria de la salud poblacional.

*“L’Equip d’Atenció, l’Equip de Salut Pública, que estarà treballant en aquest nivell, el qual el CatSalut amb la compra de serveis de salut pública haurà prioritzat els temes de l’alimentació saludable, què faran? Aquests dos estaran obligats a trobar-se, i aleshores part de la cosa que ells facin probablement passarà pues no sé, des de les... hauran de fer actuacions sobre les escoles, actuacions sobre els operadors econòmics, sobre els restaurants, sobre els ajuntaments, sobre els mitjans de comunicació, etc., és a dir, que hi haurà una actuació” (F4/O/SP/NA/M Pág. 8)<sup>xxix</sup>*

Puesto que en los discursos analizados las y los profesionales argumentan que la Salud Pública tiene como objetivo integrar todas las prácticas y condiciones de vida de las personas vinculadas al problema de salud, la función de las instituciones relacionadas con la salud es la de “bañar”, cubrir y atravesar todas las políticas e intervenciones poblacionales para llegar a todos los espacios habitados por personas porque, afirman, el abordaje de las “*causas de las causas en salud*” desborda las posibilidades de intervención del Departament de Salut.

*“Porque la Agencia de Salud Pública, bueno esto es lo que ahora trataba de decirte, la Agencia de Salud Pública no es una, un cambio de nombre, mira ahora la Dirección General de Salud Pública se llama Age Agencia de Salud Pública, no, es algo más que esto, la Agencia de Salud Pública, esto, vamos a ver, si nos creemos, queeee, los, la acción sobre la salud pública es una agencia que desborda las posibilidades del Departamento de Salud, tenemos aquel cuadro de los determinantes de salud he nuevamente?, las acciones que tiene que hacer la salud pública a través de lo que hemos habla, quedado en llamar Agencia de Salud Pública , va a tener que contar con la participación de otros sectores más allá de la, de la gente que está trabajando en el Departamento de Salud , porque sino no vamos a llegar” (F4/O/SP/NA/M Pág. 11)*

### **- Componente 3: Origen del inicio de la intervención**

Las y los profesionales de la Salud también recurren en sus discursos, para caracterizar y distinguir la Salud Pública de la Asistencia en Salud, a lo que identifican como la *ausencia de demanda*. Interpretan como demanda la solicitud hecha, por una persona o un colectivo, a una institución pública con el fin de obtener-un servicio, una atención

Pública (escuela, trabajo, ocio, medio ambiente, etc).

o una ayuda. Se trata de un requerimiento cuyo origen marca el sentido ascendente de la solicitud.

Este mecanismo ascendente de contacto entre usuarias/os y profesionales es, según manifiestan las y los profesionales de Salud, el usual en el quehacer cotidiano de la Asistencia en Salud: las personas solicitan, mediante una demanda explícita, la atención sanitaria en un centro.

En contraste, atribuyen a la Salud Pública la ausencia de demanda ya que, a su entender, el quehacer de la Salud Pública se crea a sí mismo: En sus discursos asumen que son las instituciones del Estado quienes deben desarrollar un papel activo en la *búsqueda de posibles necesidades y deben autoadjudicarse la responsabilidad de la intervención* sobre las necesidades poblacionales resultado de su propia detección, sin que la población afectada por la intervención la haya solicitado.

*“de Salud Pública como una parte de las prestaciones del sistema de salud, que se agregan a las asistenciales, tienen la característica de ser prestaciones, que se producen, ya lo hemos dicho otras veces, en ausencia de demanda, con lo cual los poderes públicos, que que son competentes, la administración general del Estado, las comunidades autónomas y municipios, han de, proactivamente proporcionarlas a la población”* (F2/O/SP/NA/M Pág. 1).

Si bien en la mayor parte de las entrevistas se alude a la *ausencia de demanda* para caracterizar la Salud Pública y la *presencia de demanda* para caracterizar la Asistencia en Salud, también se manifiestan voces simpatizantes con la salud comunitaria que, en ciertos momentos escapan de este argumento para romper la dicotomía.

De hecho, llega a plantearse un trabajo conjunto en la comunidad entre la Salud Pública y Asistencia en Salud, donde la Asistencia en Salud rompería la barrera de la demanda dentro del centro sanitario y abriría sus límites institucionales hacia un trabajo en la propia comunidad. En congruencia con ello, llegan a sugerir que las y los gestoras/es de Atención Primaria orientados a la comunidad no solo sean referentes receptores de demandas de las personas que accedan a una consulta sino que, desde las áreas básicas, se salga al territorio para actuar con personas que no se han movilizad o en busca de atención sanitaria, actuando en ausencia de demanda sobre las prácticas cotidianas de los grupos en la comunidad.

En relación al trabajo sobre los hábitos, las y los profesionales que asumen este posicionamiento, manifiestan que la Salud Pública tendría que situarse en aquellos espacios que la Asistencia en Salud (comunitaria) no es capaz de desplegar. En un plano ideal, afirman que el trabajo directo sobre las personas y sus prácticas grupales debería quedar atribuido a la Asistencia en Salud con orientación hacia la comunidad,

mientras que el quehacer de las y los agentes de Salud Pública lo enfocan hacia un trabajo sobre los determinantes de salud, alejándose así de los hábitos como causas más directas de la enfermedad, para conseguir un abordaje sobre lo que conciben como principal objetivo de la salud pública: las “*causas de las causas en salud*”.

*“Qui actua sobre les persones que viuen en aquesta comunitat que no fan demanda? Haurien d’actuar l’Equip d’Atenció Primària quan surt del centre per fer o donar salut a la població encara que no vingui? I ho fa, o no ho fa? En el cas que no ho faci, hi ha la possibilitat de que la Salut Pública, els professionals de la Salut Pública que treballen en aquest territori ocupin aquest lloc? Pues a lo millor sí. O de dir, podria ser que l’equip d’atenció sortís a la comunitat, estigués influint sobre els estils de vida diríem més col·lectius i no tant individuals, però que després li resultés complicat, a l’Equip d’Atenció Primària, sortir per actuar sobre els determinants. I si té un equip de Salut Pública que està treballant en el mateix territori li pot encarregar, perquè és més fàcil, perquè van sense... perquè no van amb bata, i perquè tenen la possibilitat d’accedir a determinats elements que acaben determinant el consum que ho puguin fer, no?” (F4/O/SP/NA/M Pág. 6)<sup>xxx</sup>*

Asimismo, algunos/as profesionales que tratan temas de promoción de la salud, y en especial las/os agentes que trabajan directamente en el territorio, confieren en sus discursos legitimidad al territorio como elemento para conocer y definir conjuntamente las necesidades específicas de las personas a quienes se dirige la intervención y generar, a partir de ello, demandas situadas desde el territorio mismo. Sugieren así, la posibilidad de abrir una oportunidad a que sea el territorio el que activamente defina (en cierta medida) sus propios problemas de salud. No obstante, si bien esta mirada esta presente en gestoras/es de Salud Pública, como se desprende del análisis de las entrevistas, es una visión minoritaria e incipiente en la justificación de los problemas *reales* de salud pública<sup>141</sup>. De hecho, no llega a desligarse del filtro mediador del saber experto de los profesionales, en este caso territoriales, que son quienes finalmente definen necesidades y problemas de terceros. Dicho sucintamente, el acceso directo de la población general a la definición de sus propios problemas, es prácticamente nulo.

Este conjunto de argumento, al equiparar la demanda del Territorio con el saber profesional-local, no inciden en una reinterpretación del sentido de la demanda,-sino que se limitan a establecer la figura de un intermediario que pretende acercarse más a la realidad territorial, tomar su voz, trasladar demandas y negociar problemas de salud con los estamentos superiores. Sin embargo, la comunidad en sí misma se mantiene invisible puesto que no se definen ni se implementan mecanismos para acceder a la demanda directa de la población en materia de Salud Pública.

---

<sup>141</sup>Sobre la realidad de los problemas en Salud Pública, véase la categoría 1: “*La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública*” del Eje IV.

*“En el cas, per exemple, del Salut als Barris, que aquest sí que el vaig seguir més directe... Lo que se li demana a la gent que està en el grup aquest, en el grup nominal, és una reflexió des de el punt de vista de determinants. Es a dir, se'ls demana que pensin...ehhh...Ja et dic que falta la participació comunitària però la part de com es defineixen les prioritats, tant d'intervenció com lo que sigui, és una part que va des dels determinants. En el sentit, que se li demana a les persones que estan treballant en aquella comunitat que pensin quin perfil de població veuen...ihhh...estan allí...I a partir d'allí, les demanen una mica en quines condicions de vida estan...” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 5)<sup>xxxi</sup>*

#### **- Componente 4: Eficacia temporal de la intervención**

El tiempo requerido para que los resultados se hagan visibles es otro de los componentes que las y los profesionales tratan en la definición de la Salud Pública a partir de su comparación y diferenciación con la Asistencia en Salud. En las entrevistas analizadas, manifiestan respecto a la Salud Pública que las actuaciones sobre determinantes en salud y prácticas sociales implican un abordaje multifactorial y la convergencia de diversos recursos y esfuerzos cuyos resultados suelen interpretarse como una “probabilidad”, no una certeza, que se verificaría a mediano-largo plazo. Por contrario, en la Asistencia en Salud, la respuesta a los problemas es más rápida, así como certero es el desenlace (cura, cronificación o muerte).

Esta diferenciación guarda relación con la distancia temporal de la intervención con respecto al tema de salud a tratar. Así, mientras más cerca esté la intervención de la expresión de una enfermedad, el abordaje será más certero y sus consecuencias se comprobarán en un plazo relativamente corto. Sin embargo, a medida que la intervención de aleja de la enfermedad o problema de salud específico (hacia “*las causas de las causas*”) la relación entre la intervención y sus resultados es menos certera y el tiempo en contrastarla más largo.

*“Passa que també sempre hem tingut clar que això és un tema de llarg termini, vull dir que això es comença i... sí que anirà bé pels alumnes que comencin a fer activitats o entrar en aquest pla des de P3, perquè quan surtin...quan tinguin 16 anys (F3/EO/SPiE/NT/NS (P. político) Pág 2)<sup>xxxii</sup>*

La temporalidad es defendida en los discursos analizados como un elemento que “anima”, o no, a quien está ejerciendo su práctica profesional. Es en este sentido, las y los que desarrollan su trabajo en el territorio sostienen que el largo plazo se vuelve un handicap en profesionales acostumbrados/as a esperar las consecuencias de la intervención en un período mediano–corto. Esto es debido a que su quehacer no se ve reflejado como una mejora cuasinmediata de la salud poblacional, con lo que la

satisfacción de ver los resultados de su esfuerzo profesional en su desarrollo vital se pone en cuestión.

A lo anterior, los y las profesionales del territorio añaden los términos políticos marcados por la lógica del tiempo legislativo más que del proceso de intervención en Salud Pública. Tal y como manifiestan, su pretensión es obtener y mostrar las consecuencias de una intervención como resultado de una línea política de gobierno y, asimismo, como una estrategia para mantener la legitimidad de este. Es por ello que consideran que las acciones sin resultados obtenidos en este período pierden fuerza de disuasión ante los poderes políticos.

*“Aquí la cortesa del termini és el que ens marca, tots tant els de vigilància com els d’assistencials estan acostumats a treballar el dia a dia perquè el problema el tenen al dia, ningú està acostumat a treballar amb un pla a deu anys i amb un pla a cinc anys, o sigui, quan jo el primer dia vaig dir: l’avaluació real del programa que estem construint a les escoles no el veurem fins al cap de setze anys, tothom que estava a la reunió es va quedar mirant. Des d’un punt de vista polític no ens enganyem però també des d’un punt de vista mental tots nosaltres als setze anys jo estaré jubilat; si tot va bé, faci el que faci en Zapatero jo ja hi seré jubilat d’aquí setze anys, per lo tant, clar és que és molt de temps això per veure els resultats però bueno és que això és la vida en realitat i així funciona” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)<sup>xxxiii</sup>*

### **- Componente 5: Perceptibilidad de la intervención**

Las y los profesionales entrevistadas/os afirman que la Salud Pública es un área de salud invisible a los ojos de la población general, la receptora de las intervenciones. Sostienen que, en el marco de una cadena causal, cuando la intervención Salud Pública se aleja de las causas directas de la enfermedad (especialmente cuando se dilata el tiempo entre la acción y su efecto), la relación entre la política pública de salud y la enfermedad se vuelve más difuminada a los ojos de sus beneficiarios y beneficiarias. Tal situación hace que, según las y los profesionales de Salud, la legitimidad de la Salud Pública y sus actuaciones vean mermadas su fuerza y poderío político y social. En contraste, la Asistencia en Salud, al ser definida a partir de una demanda directa de la población y mostrarse sus resultados con la cura o no de un proceso de salud-enfermedad iniciado y cuyos efectos son a mediano-corto plazo, es situada en una posición de mayor legitimidad como autoridad en salud.

*“La visibilitat de la Salut Pública queda sovint molt mal parada, no? Perquè tenim coses a llarg termini que ningú s’interessa massa per elles, que com no li poses valor, diríem, quantificat resulta que acaben no veient-se, no?” (F4/O/SP/NA/M Pág 3)<sup>xxxiv</sup>*

La demora en los efectos de la intervención en Salud Pública en relación a sus resultados se debe, por una parte, a que esta suele ser comprendida como una inversión para la construcción de una sociedad más saludable y, por otra parte, a que el abordaje sobre los diversos elementos que actúan en la salud poblacional (en especial “*las causas de las causas*”), lleva a que la linealidad entre intervención y su efecto no sea percibido de forma clara y mucho menos en un tiempo escaso. Así, las y los profesionales utilizan los conceptos de “multicausalidad” e “inversión futura” para definir y fundamentar la existencia de Salud Pública pero, al mismo tiempo, plantean que tales argumentos debilitan su legitimidad en un entorno donde la urgencia, inmediatez y la linealidad de las intervenciones son prioritarias.

*“És difícil d’explicar, no d’explicar sinó de què t’ho comprin per entendre’ns eh?, o ho té molt clar o és molt difícil que t’ho comprin, és clar has d’estar fent una inversió a vint anys, tu estàs fent unes inversions a vint anys i vol dir que tu has de destinar recursos que podries a comprar un equip de diàlisi nou no estem parlant d’això sinó d’un equip de diàlisi lo que val o dos equips de diàlisi que és lo que val la Salut Pública de tot Girona. És així de senzill, doncs ara has de sacrificar aquest equip de diàlisi per fer la Salut Pública el resultat de la qual, si ho fas bé, que no vol dir que no ho puguis fer malament, si ho fas bé el veuràs d’aquí a vint anys, clar i se’t queda mirant a la cara i et diu escolta ves-te’n a comprar l’equip de diàlisi i no m’atabalis”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 13)<sup>xxxv</sup>

### **- Componente 6: Índole y condición de la intervención**

El enfoque multidisciplinar al que recurren las y los profesionales de Salud Pública como estrategia para pensar y abordar los problemas de salud poblacional, hacen que los ámbitos de actuación y conocimiento trasciendan la frontera de la la medicina y las ciencias naturales. Tal expansión de la salud a áreas no médicas o biológicas ha hecho que las y los profesionales, formados a partir del modelo médico y biológico occidental, al comparar la salud pública con otras áreas lleguen a caracterizarla como la disciplina menos concisa de la salud y acaben calificándola como la “maría de la salud“. Bajo esta mirada, asumen que la Salud Pública tiene un menor prestigio por su poca concreción en relación con la Asistencia en Salud y otras áreas vinculadas con la salud y la biología, que se presentan como más concisas y con mayor reconocimiento profesional.

*E: Home jo penso que és clar, ja saps que del Sistema Sanitari, la Salut Pública sempre ha sigut la Maria de la sal... Saps què vol dir no la so..*

*I: Si, sisi.*

*E: De la Salut Pública sempre ha sig... Llavors clar, quan tu poses la Salut Pública al costat de tot el món assistencial hospitalari bueno som*

*aquí un... clar, des del moment que la Salut Pública la mires des d'aquí és clar pfff. No? S'expandeix no? (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 10)<sup>xxxvi</sup>*

Esta atribución de falta de concreción y prestigio se ve reflejada en el currículo formativo y en los intereses de las y los profesionales que acaban trabajando en ella. En este sentido, las personas entrevistadas ponen en manifiesto que, al tratarse de un área multidisciplinar, la Salud Pública no es central en ningún área formativa, ubicándola en el contorno de muchas: en los suburbios de la ciencias médicas y biológicas, en los límites con otras áreas no sanitarias. La falta de centralidad se refleja también en el escaso conocimiento e interés inicial sobre la salud pública de las y los profesionales sanitarios.

*“Som el negoci perifèric de moltes professions sanitàries. El negoci perifèric dels metges, el negoci perifèric dels farmacèutics, el negoci perifèric dels veterinaris. Totes aquestes professions tenen una part de negoci dur que no és el que fem nosaltres (...) En els currículums formatius hi és poc, i en les vocacions hi ha poc contingut. Tu ves a una facultat de veterinària i pregunta als alumnes què vol fer quan surtin d'allà. I probablement ningú et contestarà Salut Pública. (...) . Fes-ho amb els metges, ídem. Fes-ho amb els farmacèutics, ídem. Per tant és una ocupació... però en canvi és molt pluridisciplinat. Aquest quatre col·legis tenen personal que treballa junt en aquesta agència. Llavors tenim molt de personal, però si mires per disciplines, és perifèrica ” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 15-16)<sup>xxxvii</sup>*

**Tabla 4:** La Salud Pública en contraposición a la Asistencia en salud, dentro del sistema público en salud.

Salud <----- Continuo -----> Enfermedad		
Componentes	Salud Pública	Asistencia en Salud
Destinatario/a de la intervención	Poblacional	Individual
Orientación de la Intervención	Elementos que puedan derivar a una causa de la enfermedad o promocionar la Salud	Enfermedad/ causas directas de la enfermedad
Origen del inicio de la intervención	Ausencia de Demanda	Demanda directa
Eficacia temporal de la intervención	Medio-Largo plazo	Corto-medio plazo
Perceptibilidad de la intervención	Invisible	Visible
Índole y condición de la intervención	Menos consistente y periférica	Consistente y central

**b) Categoría 2: La Salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un propósito**

Esta categoría agrupa las declaraciones que las y los profesionales de Salud utilizan para configurar la Salud Pública desde su interior, identificando sus componentes y dinámica interna. Se aborda cómo la Salud Pública es concebida, esencialmente como una acción de gobierno dirigida a generar sujetos y entornos saludables. Asimismo, se identifican diferentes áreas, cada una de ellas con unas lógicas de sentido y prácticas diferenciadas. En especial las/os gestoras/es de salud pública establecen comparaciones entre la promoción y la protección de la salud, es a partir de la confrontación entre ambas áreas, que las y los gestores de salud van dotando de contenido y límites a cada una de ellas. Finalmente, una tercer área entra en relación con la promoción y la protección de la salud: la vigilancia epidemiológica, su pertinencia es valorada a partir de la función de control y seguimiento de los procesos sobre los que la promoción y la protección de la salud pretenden incidir.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 3 segmentos de sentido:

- b.1) La Salud Pública como objetivo de intervención del Estado sobre la población
- b.2) La Protección y la Promoción de la salud como balanceadores de la Salud Pública
- b.3) La Salud Pública como sistema de alerta

***b.1) La Salud Pública como objetivo de intervención del Estado sobre la población***

Son numerosas y heterogéneas las caracterizaciones que de la Salud Pública hacen en las entrevistas las y los profesionales de Salud. El recorrido que podría hacerse a través de ellas va desde las que subrayan como característica definitoria el ser un *espacio de saber*, pasando por las que destacan la historia de la incidencia de sus trabajos en el área de salud, hasta aquellas que destacan, especialmente, el manejo de un conocimiento fundamentado en la evidencia científica. No obstante, entre todas ellas destaca como particularmente emblemática la que *define la Salud Pública por su condición operativa volcada en la intervención*.



En sus discursos, las y los profesionales utilizan constantemente verbos<sup>142</sup> y sustantivos para definir a la Salud Pública construyéndola, esencialmente, como un ámbito de acción-intervención del Estado sobre la población. Buena parte de estos verbos y sustantivos son utilizados por las y los profesionales de la Salud para, apoyándose en ellos, definir los objetivos últimos de la Salud Pública (evitar el desarrollo de enfermedades en la población, preservar la salud existente y orientarla hacia su mejora) y, asimismo, delimitar las tareas esenciales de intervención (proteger, promocionar, prevenir y vigilar, etc.).

Cuando definen la Salud Pública como acción con una meta (no la meta en sí), las y los profesionales denotan una intencionalidad de los poderes públicos en actuar sobre la población; bien porque se prevé mejorar la situación existente, o bien para corregir aquellos elementos disfuncionales que la podrían abocar a un empeoramiento en el estado de salud. De esta manera, no es la *Salud de la Población* sino una intencionalidad de los poderes públicos para llegar a ella que, como tal, no siempre llega a traducirse en un resultado.

*“Jo ho definiria la Salut Pública com l'intent d'augmentar el benestar de la població, l'intent, totes aquelles diguem actuacions que promouen i aconseguen augmentar el benestar de la població”  
(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)<sup>xxxviii</sup>*

Los discursos de las y los profesionales de Salud resaltan la acción para significar la Salud Pública. Desde esta óptica, *la Salud Pública es conceptuada, en sí misma, acción del Estado*. Se actúa sobre las formas de ser y hacer de las personas mediante advertencias sobre hábitos insanos, formación en usos saludables, disminución de las desigualdades sociales en salud (prevención y promoción) y también se interviene sobre las situaciones ambientales, materiales y biológicas que puedan causar daños en la salud poblacional (protección), al tiempo que se mantiene la atención sobre aquellos problemas tipificados como susceptibles de seguimiento y control o vigilancia.

*“La Salut Pública diguéssim que... és la prevenció, la promoció, la vigilància i la... i la protecció de... de la salut de l'individu i de... la relació.. bueno, de l'individu. Doncs, és clar que parlaria dels determinants del què afecta la salut, és a dir, la genètica, mmm... els estils de vida, el medi ambient i el Sistema Sanitari. Tot això és el què influeix en la salut de l'individu (...) ens influeix tant en l'individu com a la família, com a... doncs no sé, com a... a un col·lectiu, com a la ciutadania... són d'afectació a tots nivells” (F1/O/Pt/NR/F Pág.1)<sup>xxxix</sup>*

---

<sup>142</sup>Al proporcionar las diferentes definiciones y caracterizaciones de la Salud Pública, las y los entrevistados/as suelen recurrir al uso de verbos que trasladan la idea de acción o, más precisamente, que manifiestan la voluntad de actuar (intentar, aumentar, mejorar, prevenir, evitar, etc.) y también de sustantivos que inciden en el carácter activo (promoción, protección, vigilancia, protección, etc.). Es interesante señalar que utilizan principalmente el modo infinitivo (la forma no personal del verbo), lo que tal vez haría recomendable la realización de un análisis detallado.

La Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, la Vigilancia Epidemiológica y la Protección de la Salud constituyen en la Salud Pública diferentes prismas de intervención sobre la población. Mediante el recurso a estos prismas o perspectivas vertebradoras de la acción, las personas entrevistadas elaboran los argumentos mediante los cuales pueden defender su visión de la Salud Pública como una ocupación del Estado que, mediante el diseño de políticas, interviene sobre todas las facetas del cuerpo y en los espacios de relación de las personas (entendidas como una unidad poblacional), persiguiendo el objetivo de crear y/o mantener la salud y evitar la enfermedad<sup>143</sup>.

*“Vull dir que jo crec que el negoci de la salut pública és un negoci que té molt que veure i en aquest sentit...Doncs, es l'estructura de l'Agència recull al mateix temps que una direcció de Protecció, una direcció de promoció i una direcció de vigilància...que és una vigilància que ja no és epidemiològica sinó que és de Salut Pública perquè té que recollir determinants i te que recollir...ehhh...altres factors lligats a la salut...al tema de malalties infeccioses i així”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)<sup>xl</sup>*

La noción teórica que las y los profesionales utilizan en sus discursos para definir la Salud Pública y diferenciar sus áreas de intervención, se vuelve difusa en el momento que se aborda cómo son las intervenciones desarrolladas en el espacio concreto de la práctica profesional donde, en lugar de definir la acción de Salud Pública por sus mecanismos de intervención, es obligado pasar a definirla por el problema a tratar. En tal circunstancia, unas y otras áreas se interconectan llegando, en ciertos casos, a no poder identificar la adscripción de una intervención a un área de Salud Pública de forma única e indiscutible.

*“Tu dius, classe sense fum, i... igual és protecció. Per què? Perquè quan estem intervenint jo no sé si estem dient en els nanos que no fumin... bueno, en el cas de classes sense fum estem dient als nanos que no fumin i per tant estem fent promoció i prevenció. Però, i quan anem al bar, i els sancionem? Estem fent protecció, perquè no estem dient-li al fumador que no fumi, estem vigilant que no s'atempti contra els no fumadors, per tant estem protegint la salut dels no fumadors, llavors estem fent protecció, i per això intervenim... On està la línia, no? I llavors algú dirà, qui porta el tabac? Vindrà aquí, toctoc, qui porta el tabac? I nosaltres entrarem en un caos de dir... hi ha gent de protecció hi ha gent de promoció i hi ha gent de prevenció”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 13)<sup>xli</sup>*

El enfoque específico sobre temas a tratar se materializa, a nivel institucional, con la incorporación a las 3 áreas de Salud Pública consideradas centrales (la promoción de la salud junto con la prevención de la enfermedad, la protección de la salud y la vigilancia

---

<sup>143</sup>En el momento que se produce una enfermedad que requiere de un tratamiento individualizado, la persona-colectiva pasa a ser pensada como sujeto-individual y atendida por la [Asistencia en Salud](#).

epidemiológica) de espacios de salud organizados por temas de intervención (salud laboral y alimentaria), que cumplen funciones concretas centradas en un concreto problema de salud.

*“Tienen las tres, o las cuatro, bueno...tresss cuatro líneas de servicio. Es la protección, la promoción y la prevención, la vigilancia de la salud pública, la ley de Catalunya agrega la salud alimentaria como una de las prestaciones, Y eeehh... formarán parte de la cartera global de servicios”. (F2/O/SP/NA/M Pág.1)*

*“Però el que està clar és que protecció és una línia. Però tu tens promoció, vigilància, prevenció, salut laboral, i alimentaria no?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 16)<sup>xlii</sup>*

Las dificultades de adscripción de ciertas prácticas de salud a una u otra área de Salud Pública, como se sostiene en algunas entrevistas, trasciende la atribución a los espacios formales de la organización y se resuelve en la práctica profesional cotidiana, bajo la lógica de la complejidad, de las y los trabajadores. Específicamente, las/os profesionales entrevistadas/os, plantean que la distinción institucional entre áreas separadas en secciones especializadas abocan a intervenir en salud pública desde enfoques parciales. Consecuentemente, proponen quebrar en la práctica profesional, los límites de cada área institucional para alcanzar un abordaje más complejo y eficiente de las intervenciones sobre la salud de la población.

*“Necessitat de que els tècnics treballin en una comissió funcional coordinant, aleshores que hem de dir als tècnics que no han de posar barreres, encara he haguem fet un grup, que hi ha drogues, que hi ha activitat física han de treballar conjuntament, perquè a l'activitat física té que veure amb drogues, perquè l'activitat física és un estilul per creixer, i què en diuen d'això? Factors de protecció no?” (F1/EO/R1 Pá.g 34)<sup>xliii</sup>*

*“Diferents persones portant diferents temes, per una banda RP [nombre] ha portat el tema més estructural, la MF [nombre] temes més concrets en quan a planificació , han posat en CM [nombre] com a persona que des de protecció ha estat treballant temes protecció – promoció, jo temes més relacionats amb la salut i vigilància” (F2/EO/V/NR/M Pág 2)<sup>xliiv</sup>*

Según las personas entrevistadas, este cuestionamiento del trabajo aislado y parcial de cada área de intervención en salud pública, bajo una mirada compleja de los problemas de salud, toma especial fuerza con la aprobación de la Ley de Protección de la Salud y continúa con la Ley de Salud Pública seis años después.

A partir de ambas normativas, las y los profesionales de Salud entrevistadas/os identifican el inicio de un proceso cambio en las dinámicas de trabajo sobre la Salud Pública, que implicaría mantener la especificidad de cada área esencial de intervención

(promoción de la salud y prevención de las enfermedades, protección de la salud y vigilancia epidemiológica) y de sus diversas especialidades dentro de cada una de ellas, pero abriendo espacios de interrelación y trabajo en equipo.

Las modificaciones trazadas en la forma de hacer y pensar en Salud Pública plantearon a quienes trabajarían en la (futura)<sup>144</sup> Agència de Salut Pública de Catalunya la necesidad de enfrentarse a un proceso de reestructuración de la Salud Pública, al mismo tiempo que se sigue interviniendo en salud pública. En este contexto, quienes desplegaron la *Agència de Salut Pública de Catalunya* tomaron como base las posibilidades y límites de su desarrollo a partir de la historia de la Salud Pública, las intervenciones y organizaciones vinculadas con la Salud Pública, así como también la disponibilidad de los recursos humanos y materiales existentes y posibles. Así pues, en sus manifestaciones, las y los profesionales ponen en relieve que la construcción de la Salud Pública no emerge de la nada sino que, por el contrario, la tradición con la que esta cuenta crea un marco que permite su actual re-construcción y, a partir del cual, ciertas plasmaciones de la Salud Pública son posibles y otras no lo son.

*E: Ell té una frase, o una cosa que diu que, <en salut pública, hem de desfer el jersei que portem, i torna a fer, però sense treure'ns-el>. Vale?*

*I: Clar, sisi. Això és veritat.*

*E: És això tu portes un jersei i l'has de desfer i tornar-lo a fer i no te'l pots treure, i és això no ens podem pas treure el jersei però, l'hem de desfer i l'hem de tornar a fer no? I... i bueno, i jo no ho veig difícil eh. Sincerament, ara, es necessita convenciment de que... de que ho hem de fer aixis... (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 29)<sup>xlv</sup>*

## ***b.2) La Protección y la Promoción de la salud como balanceadores de la Salud Pública***

El proyecto de despliegue de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT) tomó como especiales referentes a la Protección de la Salud (un área de Salud Pública ya desplegada en el territorio de Cataluña) y a la Promoción de la Salud (un área de Salud Pública a desplegar territorialmente a partir de la primera). Es, por este motivo que,

---

<sup>144</sup>El proceso de investigación atravesó por el momento de creación de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT). La ASPCAT pasó por un primer período (2008-octubre de 2009) en que, al no estar constituida como tal, se conformó especialmente con personas de la Agència de Protecció de la Salut. En un segundo período (a partir de finales de octubre de 2009), fue creada la ASPCAT, situación en que las unidades del Departament de Salut con competencias integradas dentro de la Ley de salud Pública de Cataluña (Llei 18/2009), pasaron a formar parte de ella. <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/5495/1057409.pdf> (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº 5495).(consultado el 20,05.2015).

principalmente, las y los profesionales comparan y contrastan Promoción de la Salud y Protección de la Salud. Esta confrontación la realizan a partir de tres componentes: la regularización normativa de sus actividades, la diversidad de agentes implicados y su capacidad de generar simpatías.

La distinción entre Promoción y Protección de la Salud que las y los profesionales de salud realizan en relación al marco del despliegue de la ASPCAT la establecen a partir de su ordenación a nivel formal y gubernamental. En concreto, atribuyen a la Protección de la Salud la condición de orden y la certeza proporcionadas por la rigidez de las obligaciones formales que surgen desde los poderes públicos (sus actuaciones se encuentran reguladas a partir de normativas internacionales, nacionales y autonómicas) y achacan como característica primordial de la Promoción de la Salud su inexactitud, provocada por la carencia normativa legal. Esta distinción establecida en base a estar, o no, regulado por un marco legal, sirve para que las y los profesionales valoren las regularizaciones como facilitadores en la delimitación de actuaciones, en la medida en que proveen de una serie de instrucciones para su correcta aplicación, como si de un recetario se tratase: definición de contenidos, pasos de aplicación del reglamento y estrategias de validación.

*“El món de protecció de la salut en el qual doncs les coses, les obligacions et venen regulades i marcades normativament i les apliquem aquestes, saps? I llavors l'altra part, la part de promoció i tal, aquestes no venen regulades normativament amb una exigència legal no vull dir que siguin més lliures però si que aquí si que tenen una participació més important els ajuntaments” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 7)<sup>xlvi</sup>*

*“Protecció (...) si tu fas, una cosa de salut alimentària o de protecció, tu fas unes inspeccions i tens unes actes, tu pots avaluar, quants llocs has inspeccionat quan no sé què quants llocs hi havia una legionel·la, i això ho tens són faves contades”. (F1/EO/CS/NR/M Pág 20-21)<sup>xlvi</sup>*

Entre las y los entrevistadas/os, aquellas/os pertenecientes al Área de Protección de la Salud y Planificación en Salud, contraponen la rigidez normativa de Protección de la Salud a la falta de la misma en Promoción de la Salud. La falta de regulación del contenido y de los procesos de intervención que atribuyen a Promoción, hace que en sus declaraciones aparezca puesta en duda la adecuación de sus actuaciones con la temática que se pretende abordar y, en especial, en lo relativo a su capacidad para dar respuesta a la necesidad que desencadena originariamente tal intervención.

*“Quin és el problema de la promoció? (...) La promoció és allò que dius: Hem de... promoure que fagin vida saludable, que fagin exercici físic. Això s'ha de fer a nivell de l'àrea... a vegades diu que s'ha de fer a nivell de no se què, s'ha de fer a nivell d'aquí, s'ha de fer a nivell d'allà, hem de*

*promoure no se què... Però tothom té un paper en promoció. Però aquest paper en promoció s'ha format molt poc. O sigui tothom té... tothom fa.. tothom s'atreveix a fer programes de promoció, o fer xerrades de promoció, i a vegades, no som... ni tant sols... és una... un gasto, diguem-ho aixís una... una despesa d'esforços, a vegades inútil. O a vegades amb molt poca, eeh... efectivitat". (F1/EO/CS/NR/M Pág. 20-21)<sup>xlvi</sup>*

Las y los mismas/os profesionales, agregan a la ausencia de normativa la diversidad de agentes que intervienen. En este sentido, la falta de reglas estrictas sobre procesos, contenidos y resultados tiene como consecuencia, según sus declaraciones, que exista una gran variabilidad de agentes en el territorio que trabajan en temas de promoción de la salud de forma independiente al Departament de Salut.

*"I llavors l'altra part, la part de promoció i tal, aquestes no venen regulades normativament amb una exigència legal no vull dir que siguin més lliures però si que aquí si que tenen una participació més important els ajuntaments i ells pacten amb les coses i fan tal i tal i tal, la part en la qual treballem nosaltres no perquè està molt acotada per la normativa" (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 7)<sup>xlix</sup>*

*"E1: És clar a la Salut Pública hi ha la Protecció de la Salut que és obligació fer-la.*

*I: i de la Protecció de la Salut*

*E2: dintre de Protecció és el que esta més endreçat dintre de tot*

*E1:// si perquè és normativa" (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 21)<sup>l</sup>*

Manifiestan que la falta de normativa en Promoción de la Salud es una tarea a mejorar y expresan como necesario acotar la promoción en el territorio, definiendo (y, por tanto, limitando, integrando y excluyendo) las áreas de incumbencia y los mecanismos de actuación. Para esto consideran necesario el diseño estrategias de trabajo coordinado y un mayor seguimiento de las actuaciones por parte de la Agència de Salut Pública de Catalunya.

*"E2: jo penso que el prioritari és una mica tot//*

*E1://és ordenar-ho eh*

*E2: és una mica tot, és una mica tot, és sapiguer exactament que has de fer en cada moment, pel meu entendre" (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 21)<sup>li</sup>*

Asimismo, la especificidad de la materia y la tradición de trabajo de Protección de la Salud en la administración autonómica se refleja en la dificultad que expresan las y los entrevistadas/os en sus discursos respecto de la dificultad para encontrar profesionales que realicen su trabajo. Es por ello que las y los-gestoras/es de Protección de la Salud

aluden a la escasez de trabajadoras/es en este ámbito más allá de los organismos gubernamentales oficiales de protección de la salud debido a su función especializada sobre el trabajo del control de riesgos bajo la norma institucional y el requerimiento de un protocolo de seguimiento rígido.

*“És clar... amb Protecció de la Salut, sempre hem sigut únics. Gairebé eh! Ara no parlem dels municipis que... algú ens deia alguna cosa però tirant a poc” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 4)<sup>lii</sup>*

Por el contrario, las y los profesionales de salud plantean que, al presentarse menos acotada normativamente y generar un gran abanico de espacios y actuaciones diferentes, la Promoción de la Salud incluye una gran diversidad de intervenciones, temas, gestoras/es e instancias (ONGs, servicios asistenciales, ayuntamientos, consejos comarcales, etc.); todas ellas orientadas a la generación de condiciones materiales y a la interiorización de discursos que orienten las prácticas colectivas y personales hacia el modelo de salud.

*“Una mica era veure, com, o sigui tot això que tu saps i tot això, bàsicament era, a vera, territorialitzem tota la Salut Pública, desconcentrem-la no? Descentralitzem-la al territori. Com ho fem? No? Amb quins agents?(...) . Però és clar a promoció, hi havia molts agents que feien coses, des de, Atenció Primària, tots els proveïdors sanitaris o primaris, especialitzada feien sal... promoció de la salut. Les ONGs, institucions, ajuntaments, consells comarcals...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.4)<sup>liii</sup>*

Las y los profesionales aseguran que entienden que, con la actual carencia de recursos para territorializar la Promoción de la Salud, la ordenación en el territorio de las intervenciones en promoción de la Agència de Salut Pública de Catalunya se debe realizar a partir del brazo más fuerte existente en la Salud Pública: la Protección de la Salud. Pese a sostener en sus declaraciones que esta forma de proceder en la territorialización es ineludible, afirman también que no se puede dejar de intervenir en las tareas que tenían previamente encomendadas. En congruencia con ello, manifiestan que la Protección de la Salud deben sumársele las actividades de Promoción de la Salud que sean compatibles, complementarias y se puedan realizar conjuntamente.

Para ello, si bien diferencian Protección y Promoción de la salud desde su inicio en lo que respecta a los focos de sus intervenciones (sustancias/personas) y formas de intervenir, el reconocimiento de la falta de recursos les lleva a defender la necesidad centrar la proyección de actuaciones en los casos donde la adscripción de la salud se vuelve difusa. En coherencia, manifiestan que buscan los espacios compartidos de intervención en salud para difuminar las diferencias y encontrar los puntos comunes como estrategia para legitimar el trabajo compartido a partir de los recursos de

Protección de la Salud. Sin embargo, a través de estas declaraciones, puede apreciarse cómo las prácticas de los y las agentes territoriales de la ASPCAT (anterior Agència de Protecció de la Salut) mantienen su centralidad en actividades de control reglamentario, mientras que la Promoción de la Salud supone un añadido, un extra a la actividad central y obligatoria de Protección de la Salud.

*“Pel meu entendre l'única cosa que cal en protecció es pugui obrir més en que quan ells estiguin fent una cosa de protecció vagui una cosa més enllà i que pugui agafar una cosa de promoció, perquè protecció i promoció encara no sigui exactament el mateix, hi ha alguns punts que es toquen molt” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.21)<sup>liv</sup>*

Finalmente, las y los profesionales de salud clasifican el tipo de intervenciones de Salud Pública (de promoción o protección de la salud) según sea su capacidad para generar interés o simpatía hacia algo o alguien. Ahora bien, tal característica que las personas entrevistadas llaman “atractivo”, no se vincula con la relevancia del problema que se pretende prevenir, su gravedad o su impacto en la población, sino por la capacidad de las intervenciones de movilizar positivamente a la comunidad hacia el grupo que las realiza.

En este marco, la Promoción de la Salud es considerada por las y los profesionales de Salud Pública como una intervención que posee la capacidad de generar el agrado de la población hacia quienes la desarrollan porque sirve para visualizar a las bondades de un partido político en la comunidad. En contraste, la Protección de la Salud es conceptualizada como carente de tal cualidad. Por el contrario, las personas entrevistadas afirman que la Protección de la Salud puede provocar malestar a quienes se les realiza el control normativo, aspecto no deseable desde un punto de vista político. En este sentido, expresan que la Protección de la Salud se suele vincular al carácter punitivo del control y seguimiento de las regulaciones en salud, acciones que pueden afectar las preferencias de las personas a la hora de votar a sus próximos gobernantes.

*“I: ¿Y porque crees que hacen más protección que promoción?”*

*E: [subiendo la voz] porqué les obliga, porqué la ley de bases del régimen local les obliga. Pero les gusta la promoción porque la protección desde el punto de vista de las simpatías o de la adhesión pública es muy fea, porqué es el control, es el control, es el seguimiento y el control por lo tanto es la aplicación de la normativa parece que si no lo haces bien te voy a poner una multa. Esto no es muy atractivo, sobretudo a nivel pequeño donde las acciones del ayuntamiento de las cosas pueden ir en contra de los votantes. Tu puedes ir a una carnicería y dices oye eso lo tienes muy mal o lo arreglas o te cierro. ¡Pero yo te voté! Es igual, bueno esto no es muy simpático”. (F2/O/SP/NA/M Pág.9)*



En definitiva, lo que se desprende con claridad de las declaraciones es que las actividades de Salud Pública pueden ser herramientas de promoción de un colectivo a nivel político. Es en este sentido que el problema de Salud Pública, en sí mismo, pierde su relevancia y emerge su capacidad para captar votos o generar agrado. De este modo, las y los profesionales explicitan que la realización de actividades de Promoción y Protección de la Salud suele estar mediada, por una parte, por la norma legal de prestar unos servicios obligatorios<sup>145</sup> y, por otra parte, por las consecuencias políticas de tal acción<sup>146</sup>.

El atractivo o no de la actividad, según si pertenecen a acciones de Promoción de la Salud o Protección de la Salud, respectivamente, es un elemento que las y los entrevistadas/os utilizan para explicar la diversidad de actividades de promoción de la salud en el territorio a pesar de no ser una obligación legal, mientras que la protección de la salud se delega en instituciones no identificables por la población general como parte del gobierno local (empresas subcontratadas, agencias, consorcios, etc.).

*“Una de las cosas que hace la gente es decir, bueno va a venir la Agencia y te lo va a hacer, con lo cual yo me lavo las manos y hay un organismo en el que yo participo pero tu no tienes porqué saberlo , no me identificas a mi con la, con el alcalde. Es decir hay unos que van a estar ee, mmm, controlando y yo no tengo ninguna culpa de que tu lo hagas mal y es la Agencia la que hace de malo no?, pero es porque por ley lo marca, y la promoción también tienen un pequeño, en la ley de salud publica pone cuales son las funciones relacionadas con la promoción, y muchos ayuntamientos han desarrollado promoción porqué estos les hace ser mucho más atractivos, pero el paquete grande de trabajo es a protección en los ayuntamientos” (F2/O/SP/NA/M Pág. 9)*

### **b.3) La Salud Pública como sistema de alerta**

Si bien las y los profesionales de salud se centran en sus discursos en diferenciar a la Protección de la Promoción de la salud, establecen relaciones de estas dos áreas con el tercer elemento esencial de la Salud Pública: la vigilancia epidemiológica.

En sus declaraciones vinculan la Vigilancia Epidemiológica con la Protección de la Salud en base a las funciones que ésta suele desempeñar, tales como el seguimiento de

<sup>145</sup>Que pertenecen a actividades de protección de la salud.

<sup>146</sup>Este elemento, aclaran, suele acentuarse en los municipios más pequeños puesto que los vínculos entre la población general y las/los políticas/os municipales es más directa. Estos ayuntamientos tendrían reticencias para realizar actuaciones de protección de la salud y mostrarían su preferencia en realizar actividades de promoción de la salud.

los riesgos de salud y las alertas sobre las condiciones de salubridad de un determinado establecimiento. Es por ello que refieren la necesidad de coordinación entre ambas áreas para garantizar las condiciones de salubridad de la población.

*“I també en vigilància perquè la protecció es basa bàsicament que hi hagi una vigilància que assegura que estiguis fent això, per tant això és tenir aquesta sensació, fins ara bàsicament protecció i vigilància ja s’estava treballant bastant bé”.* (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 21)<sup>lv</sup>

En relación con Promoción de la Salud, las personas que trabajan en Vigilancia Epidemiológica afirman actuar en temas de intervención directa, orientada a la prevención de enfermedades:

*“Des de vigilància portem molt poqueta cosa, de promoció només portem salut bucodental i lo altre que fem és prevenció, perquè portem el gran bloc de vacunes. Llavors, jo ja et dic, la única cosa que portem és salut bucodental ”* (F2/EO/V/NR/M Pág.4)<sup>lvi</sup>

Sin embargo, en sus declaraciones, relacionan especialmente la Vigilancia Epidemiológica con promoción de la salud, para el establecimiento de alertas y controles en problemáticas que podrían ser prevenibles mediante estrategias de promoción de la salud. Es por ello que plantean la Vigilancia Epidemiológica como un sistema de seguimiento de patologías cuyas causas son susceptibles a ser tratadas desde el área de Promoción mediante la formación en prácticas de salud y sus determinantes:

*“Una de les coses que també estem treballant però nosaltres treballem des de l’altre banda és el tema de, tot el tema... de malalties de transmissió sexual, a nosaltres ens arriben els casos i a partir d’aquí hem de fer el retorn a la inversa , però hem d’aconseguir que no arribem a tenir malalties de transmissió sexual, i s’estan disparant moltíssim i això és perquè s’estan relaxant molt els hàbits, fins i tot com que , en el, en el col·lectiu homosexual s’havia arribat a contenir molt bé la sida i ara s’està tornant a veure que hi ha un petit rebrot en gent jove perquè tenen la percepció que com que ja no hi ha problema ja no cal prendre precaucions, doncs és una altra àrea en el que la promoció és que hi té un joc...és que estàs parlant que prenent unes precaucions mínimes, senzilles, evites sida, sífilis, glucocccies, clamídies, ... quantitat de malalties, no?”* (F2/EO/V/NR/M Pág. 6)<sup>lvii</sup>

*“que és una vigilància que ja no és epidemiològica sinó que és de salut pública perquè té que recollir determinants i te que recollir...ehhh...altres factors lligats a la salut”* (F4/O/Pm/NA/M Pág, 10)<sup>lviii</sup>

**c) Categoría 3: La Salud Pública como búsqueda de un ámbito compartido de experiencias y prácticas en salud**

Esta categoría aglutina la identificación de diferentes universos de conocimiento e intervención que, en el discurso de las y los entrevistadas/os, se encuentran en el proceso de despliegue de la de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Lo principal de estos discursos es que destacan la importancia de crear significados compartidos en salud. Sin embargo, el discurso oficial de Salud Pública es el reconocido, a nivel conceptual, como el legítimo en todos los espacios en que se practica la intervención. En este sentido, la finalidad del proceso de relación entre gestoras/es, no es problematizar sobre el discurso oficial de Salud Pública, sino poner en común de saberes y experiencias de trabajo con la finalidad de crear un entramado de intervenciones y sistemas de afirmaciones comunes con la finalidad de disponer de intervenciones con objetivos compartidos y globales acordes con el discurso oficial de Salud Pública, fortaleciéndolo.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 4 segmentos de sentido:

- c.1) La intervención como conjunto heterogéneo de áreas necesitada de una convergencia de significados
- c.2) La intervención como actuación idiosincrásica de las áreas frente al reto de la transversalidad
- c.3) La intervención como praxis mediada por la hegemonía del discurso institucional
- c.4) La intervención como creación de un sentido compartido de Salud Pública

***c.1) La intervención como conjunto heterogéneo de áreas necesitada de una convergencia de significados***

Las y los profesionales entrevistadas/os identifican las diferentes áreas de intervención como universos de experiencias y significados compartidos. Denotan que, en cada uno de ellos, circulan historias comunes de trabajo que constituyen formas de hacer y pensar los fenómenos sobre los que intervienen. Ahora bien, las y los trabajadoras/as

construyen su propia área en contraposición a otras, en tanto que ajenas al universo de significación y acción compartido con las y los colegas adscritas/os al mismo medio.

Así, a lo largo de las conversaciones, las y los profesionales van refiriendo la *salud*, la *educación* y el *territorio* como áreas que se constituyen a partir de experiencias y metas diferentes, en las que se desconoce el quehacer de los otros universos de intervención.

*“Estem preparant que des de l'IME, que és l'Institut Municipal d'Educació, que és la part d'educació, treballem conjuntament amb el S[consorcio] per poder oferir aquell catàleg que fem cada any de recursos educatius de les escoles, que les del món de la salut siguin aquestes, m'entens?” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 4)<sup>lix</sup>*

*“Diria que aquests programes no... tampoc eren coneguts en el món educatiu, i que són programes d'aquests que es fan, del nen sa, no sé, aquests que es fan, i que jo crec que el món educatiu no el coneixien” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 7)<sup>lx</sup>*

*“I: les àrees han participat igual, Salut, Educació i lo que seria per exemple municipis, mossos...//?”*

*E: //Aviem aquí no es poden posar tots en el mateix sac perquè són cadascú té uns objectius” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.15)<sup>lxi</sup>*

En las entrevistas se señala la diferencia de los departamentos de salud y educación en base a la disparidad de saberes, las formas de intervención, los universos de sentidos y la historia de trabajo específica presente en cada uno de ellos.

*“I jo entenc que el que s'ha fet és, posar sobre un paper blanc sobre negre, de què és el que hi ha. Què és el que hi ha en els diferents àmbits eh. Dintre del... de, àmbits i departaments eh? Perquè quan parles de departaments, parles del Departament de Salut, Departament d'Educació i món local” (F2/CD/CS/NR/M Pág.3)<sup>lxii</sup>*

Además, distinguen, particularmente, salud y educación del tercer ámbito de interrelación en el proyecto: el territorio. En relación con este, utilizan la palabra “mundo” englobando así diferentes instituciones y finalidades de intervención que comparten la característica común de tener la mirada centrada en el territorio. En la relación que proporciona, las y los entrevistadas/os integran un amplio abanico de instituciones y agentes que tienen en común la realización de un trabajo específico en una colectividad y el desarrollo de intervenciones que, muchas veces, no responden a los lineamientos propuestos a nivel autonómico.

*“E: [silencio] Bueno, el món local, és el ...territori per autonomia*

*I: Sí però...del territori, quins serien els grups, agents, de del territori*

*E: Fixa't jo et deia això del .. perquè tot ha començat perquè et deia em sembla, que ...mmm. salut i escola va començar d'una forma una mica*

*complicada perquè el món local ja feia les seves actuacions. O sigui, aquí hi ha hagut sempre un divorci una mica, no volgut, però en realitat ha estat entre la realitat local, el territori directe, que hi ha moltes vegades als municipis, i l'administració regional i central.”*  
(F1/EO/SP/NA/M Pág.13)<sup>lxiii</sup>

En la distinción de las diferentes áreas de saber e intervención, cada una de las personas entrevistadas se *sitúa* en universos de experiencia, significación y acción como parte integrante de un colectivo que actúa. Es decir, asumen los objetivos del área donde se encuentran ubicadas/os y se relacionan con otros áreas diferentes para conseguir unas metas. De esta manera, el trabajo con los otros agentes de intervención se vuelve una herramienta para conseguir objetivos particulares propios del grupo donde las personas se sitúan.

*“Nosaltres, vull dir, el món local, tenim voluntat de complir amb allò que és obligacions i que són competències nostres i promoció de la salut ho és, els recursos destinats a promoció de la salut han sigut sempre minsos, molt minsos, vale? Tot i això no hem deixat de fer mai coses, a llavors nosaltres el que havíem fet era tenir dimensió d'equip de treball multi pluridisciplinar, és igual, ja agafant gent de salut, no del sector de vigilància i protector del risc, per entendre'ns, sinó gent de l'assistencial, eh?, gent dels antics APDs o de les antigues infermeres APDs i gent d'aquestes”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 7)<sup>lxiv</sup>

Según estas afirmaciones, la interrelación se produce en el momento que se asume que otras áreas de intervención poseen *recursos concretos*<sup>147</sup> que pueden ser útiles a los objetivos del propio “mundo” de saber-intervención.

*“Principals actors de la història evidentment és normal que sigui el Departament de Salut diferents branques o diferents d'això, el Departament d'Educació evidentment perquè amb ells tenen la clientela i són els clients i el món local evidentment perquè si un es diu A altre es diu B, algun altre regidor d'Educació i ell que té els contactes”*  
(F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)<sup>lxv</sup>

Ahora bien, las y los profesionales entrevistadas/os, expresan que cada “mundo” de saber-intervención, posee diferentes conjuntos de enunciados a partir de los cuales dan sentido a la intervención y orientan sus metas en salud. Estos conjuntos de enunciados, al manejar significaciones diferentes, construyen realidades paralelas que presentan dificultades en converger en un mismo sentido. Por ello, el entendimiento entre diferentes áreas de intervención es el primer reto que asumen las y los profesionales entrevistadas/os.

---

<sup>147</sup>Puede verse ampliado el concepto de interrelación entre áreas de intervención en la categoría 4 del Eje II: “Posiciones institucionales, coherencia discursiva y liderazgo como vectores organizativos de la Salud Pública”

*“Això que sembla molt fàcil de dir no és tan fàcil de fer després, eh?, perquè és clar aquí ens hem trobat els d’assistencials amb els de prevenció i promoció i amb els del món local parlant tres llenguatges diferents assentats a la mateixa taula i explicant coses absolutament diferents i no entenent-se entre nosaltres durant un temps, val?, per això faig conya amb el R [nombre] i és que vam estar temps que no sabíem de què parlaven, és veritat” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)<sup>lxvi</sup>*

Manifiestan, de igual manera, que las diferentes instituciones que trabajan en el territorio temas vinculados con la Salud Pública realizan actividades que muchas veces no convergen en un mismo sentido de intervención. La falta de coherencia de las acciones desarrolladas suele ser atribuida a la tradición de trabajo incomunicado con otras instituciones, lo que deriva hacia un desconocimiento de las acciones y estrategias de intervención de las otras instancias que trabajan sobre un tema en salud.

*“Estan treballant molt programes concrets , compartiments estancos i quan jo tanco faig servir això que ho tinc o faig servir aquest però aquest i aquest no es parlen o es parlen poc, o sigui es parlen però no el suficient per treballar en la mateixa direcció” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2). Pág. 25)<sup>lxvii</sup>*

Asimismo, las y los entrevistados sostienen que las diferencias en las intervenciones territoriales también se producen por conflictos entre instituciones que valoran su tarea interna como la adecuada, acorde con las necesidades del territorio, frente a las intervenciones realizadas por otras instancias a las que atribuyen un carácter inconveniente y/o contraproducente.

*“si S [consorci] feia 'a', no sé si havia una Agència de Protecció a la Salut perquè encara no es deia així, era completament antagònic, tan antagònic com a la nit i el dia (...) per desconeixement absolut i per comentaris : 'm'han dit que aquell no sé que, pues aquell és el dolent, jo sóc el bo', a la inversa: 'm'han dit que aquell era el dolent, aquell era el dolen, jo sóc el bo', aquestes coses, jo no hi era, eh?” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 13)<sup>lxviii</sup>*

Según esta versión, las intervenciones en Salud Pública pueden solaparse o ser contradictorias por el desconocimiento de las acciones de las otras áreas que intervienen en salud o a causa de conflictos generados entre instituciones del territorio.

Partiendo de la asunción de que los diferentes “mundos” de intervención poseen recursos específicos y reconociendo la posibilidad de que existan prácticas discordantes con los principios oficiales establecidos por la institución de salud, las y los profesionales entrevistadas/os defienden que la integración de los diferentes universos de significación y acción en un discurso común, es un paso necesario para optimizar los recursos existentes en el territorio y lograr, de este modo, la convergencia de todos ellos

en un mismo sentido: en la mirada institucional y oficial de la Salud Pública que emana desde la los niveles centrales del Departament de Salut.

*“Ara veien que els proveïdors parlen de coses diferents el que estem és intentant agafar als proveïdors i unificar els discursos i el missatge dels proveïdors, o sigui ara lo que estem és batallant amb la X, amb la gent que fa coses a l’escola de salut pública i dir, escolta què fem ? tu i nosaltres fem el mateix o tu i aquell feu el mateix ?, Si?, molt bé doncs en assentem en una taula i mirem quin és el nostre..., no és que mirem de deixar de fer, no, ni jo tampoc, ens partirem la feina i tu fas fins aquí i jo faig fins aquí i el missatge que donarem serà aquest i que sigui compartit, vale ?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)<sup>lxix</sup>*

En congruencia con el discurso que sostienen, proponen como meta final aunar fuerzas para difundir un discurso coherente de salud en todos los ámbitos y niveles posibles de intervención, e impregnar de esta manera, con fuerza, la mirada oficial de la Salud Pública en todas las intervenciones de salud que se realicen en el territorio.

*“Perquè és que sinó també va perdent efecte tota aquesta història que estem dient, no?, al final això és un projecte hi hauria de ser aquesta línia i aquest discurs més o menys ordenat i l’hauria d’entendre tothom, no?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)<sup>lxx</sup>*

### **c.2) La intervención como actuación idiosincrásica de las áreas frente al reto de la transversalidad**

Las personas entrevistadas entienden la Salud Pública como un universo de significados, saberes y estrategias de intervención de las instituciones del Estado orientada a mantener y/o mejorar la salud y a curar o prevenir la enfermedad. Asimismo, suelen establecer diferencias entre este universo y las distintas áreas de intervención (como educación o territorio) en tanto en cuanto les reconocen significaciones propias que las singularizan y finalidades características que las hacen idiosincrásicas. Del mismo modo, que identifiquen dentro de Salud Pública universos de sentido y acción diferenciados, hace que las y los profesionales de la Salud se sientan comprometidas/os a posicionarse como parte de alguno de ellos, ubicando su propia experiencia profesional en un área de saber específica y asumiendo un cierto desconocimiento de áreas de significación y acción ajenos al sistema del cual parten.

*“L’Agència de Salut Pública. A veure jo vinc del món de la protecció, i per tant he participat del projecte del desplegament de l’Agència de Protecció de la Salut, per tant, ja venia d’una experiència a nivell central, de desplegament d’una agència. El que no tenia era l’experiència amb Salut Pública” (F3/O/Pt/NR/V Pág.1)<sup>lxxi</sup>*

De los discursos analizados se desprende que interpretan las diferentes áreas de Salud Pública (Promoción de la Salud, Protección de la Salud y Vigilancia Epidemiológica), como universos de significados y prácticas diferenciadas que, en muchos casos, no llegan a encontrarse, ni comprenderse. Esto es así porque, según declaran, cada área desarrolla sus actividades de forma aislada, sin relacionarse con las otras áreas de Salud Pública.

*“Amb la gent de promoció perquè la gent de promoció també ens ho deïa no, osti es que els de protecció, per nosaltres eren molt rars no? I no sé fins i tot per exemple els comitès directius no? Quan vam començar a fer comitès conjunts protecció i promoció vam dir: I... i de què parlarem? De vigilància... i per exemple deïem i què farem tots junts?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 20)<sup>lxxii</sup>*

Las y los integrantes de cada área de salud, en su quehacer cotidiano, se ensimisman sin establecer vínculos estables con otras del propio Departament de Salut. Esto, según las y los entrevistados, hace que los sentidos que se construyen en torno a la salud y a las estrategias de intervención se constituyan de forma paralela y parcial desde la parcela de intervención de cada área.

*“És dintre de salut jo crec que tenim una qüestió ara en aquests moments que hem de millorar que és la... la coordinació o l'assumpció de la Salut Pública per part de tot el Sistema Sanitàri, perquè clar hi va... tu parlaràs amb la MF [nombre], i te'n donaràs compte que és un altre discurs, és un discurs molt... bueno, ja hi parlaràs”. (F3/O/Pt/NR/V Pág.12)<sup>lxxiii</sup>*

La tendencia a trabajar de forma aislada en cada área de Salud Pública se inculca, por así decirlo, a las y los profesionales que las integran. Esto es particularmente notorio entre las y los trabajadores que realizan las actividades a nivel técnico (recogida de muestras, registro de establecimientos, impartición de cursos, etc.) quienes, mayoritariamente, desarrollan su labor como si ejecutasen “tareas” inconexas, sin tener una visión global de su función dentro del engranaje de la Salud Pública.

*“A la nostra organització hi havia gent que treballava aa... aspectes alimentaris, i altre que treballava aspectes ambientals no? (...) fins i tot quan te reunies amb l'equip i deïes presenteu-se; jo soc fulanito veterinari oficial; jo soc fulanito farmacèutic... nono, heu de dir, som de l'equip no? (...) Però és clar què fas tu? Jo analitzo el fluor de l'aigua”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág.19)<sup>lxxiv</sup>*

El cerco que separa y aísla los componentes de la Salud Pública en segmentos de intervención especializados obstaculiza el que se disponga de una visión global de los quehaceres de los y las profesionales de salud pública que trabajan en cada una de las áreas. Esto, como se desprende del análisis realizado, reproduce la visión fragmentaria



de la Salud Pública en el ejercicio de la práctica diaria de quienes ejecutan las políticas de Salud Pública. En este sentido, las personas entrevistadas afirman que el trabajo segmentado de cada área de Salud Pública hace más difícil alcanzar una mirada única, realizar una labor integral y dirigir las estrategias en Salud Pública hacia la población bajo una mirada de complejidad.

*“Feina que nosaltres hem fet intentant veure quin era el llenguatge comú, aquesta feina el mateix Departament a dintre casa no l’ha fet vale? i per lo tant els de vigilància segueixen pensant en vigilància, vale? són inspectors i exerceixen d’inspectors i els metges segueixen sent [no s’ entén una paraula], perdona els que són assistencials segueixen sent assistencials i per lo tant estant preocupats per l’apendicitis, per la pròtesi i pel no sé que, val? I pocs, que ja n’hi ha, que són molt competents els que hi ha, i pocs pensen en criteris de promoció que n’hi ha, eh?” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.11)<sup>lxxv</sup>*

Por este motivo, las y los profesionales de Salud, tanto del Territorio como de la Comunidad Autónoma de Cataluña, valoran como necesario el establecer vínculos entre las áreas de Salud Pública. A su entender, esto permitiría trabajar transversalmente y, al mismo tiempo, dotar a la práctica cotidiana de cada profesional de una visión global que le proveería de un entendimiento más trascendental a su actividad profesional. Actuando así, se podría lograr que la persona se implicase en la construcción de un discurso común de la Salud Pública. Para ello, ven necesario el diseño de estrategias que permitan construir el sentimiento de pertenencia a un proyecto más amplio que la tarea particular que la/el profesional realiza desde su área de especialización.

*“És la nostra línia de que la gent de la organització es coneixi el marc. Perquè, si estàs amb un ata... i a més, jo sempre posat un exemple no? eeh... molt repetitiva... de que... no sé si te l’he explicat. Hi havia un senyor picant pedra no? això era... al segle XVII, un tio allà picant pedra no? tot content no? portava hores picant pedra no? i va un i diu osti tio, quina feina que t’ha tocat més dura, no? tot el dia picant pedra quina cosa més avorrida. I l’altre diu, avorrida la meva feina! Però si és la feina millor del món! Però si estàs tot el dia picant pedra. Diu: nono, jo no estic picant pedra diu jo estic fent una Catedral. (...) I això està bé no? si la gent pica pedra, s’avorreix no? si la gent fa una Catedral, ostres pos te sents orgullós no de la Catedral. Si no tota la teva vida has vist, un puto martell i una pedra has estat picant pedra. No? I... ja és una mica això. Una mica la gent sap que està en un escorxador mirant porcs però que està fent Salut Pública i... saps? I jo penso que eeh, doncs tot això de l’Agència de la Salut Pública i tot això ha servit una mica per eixamplar els canals no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 20)<sup>lxxvi</sup>*

Según manifiestan las personas entrevistadas, la Salud Pública necesita crear un universo común de significados donde cada área de salud incorpore a la Salud Pública como un valor común, con unos objetivos y unos sentidos compartidos.

*“El problema actual, és que aquesta cultura compartida que tenim a la Garrotxa, i tenim a la Regió de Girona, l’hem de crear a tots els nivells, i al nivell central, encara no tenim la cultura compartida (...) En aquesta casa encara //si// no tenim totalment la cultura compartida... l’estan fent, eh? //mm// amb els tècnics l’estan fent”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 7)<sup>lxxvii</sup>*

Garantizar un discurso común y un trabajo coordinado en el ámbito de la Salud Pública y de la salud en general, se vuelve una necesidad para dirigir y mantener el curso de las estrategias de Salud Pública, tanto dentro de la institución como fuera de ella, y acordes con la mirada de Salud Pública que el propio Departament de Salut propone. Sin una visión uniforme y fortalecida, el trabajo de Salud Pública perdería su fuerza y se iría desvaneciendo en el tiempo.

*“Però això ll-ee.. ee.. aquesta és el problema és... Ara aquests dies que estan fent per exemple túnels aquests de Girona, saps que hi ha una màquina que està foradant perquè passi l’AVE?(...)Si, que hi ha una tuneladora, una màquina enorme que fa deu metres cada dia (...) fixat. La tuneladora té dues parts. Una, és la que fa el forat. Hi ha el gran disc que va avançant i va foradant. I és com una espècie de tren, no? I a Darrera, hi ha una altra part que va, diguem, posant el ciment per reforçar, perquè si només passés la tuneladora, a mesura que anés passant, a darrera, si no s’afiancés tot el túnel, aniria caient i quan estés a dos o tres quilòmetres, a lo millor el principi ja s’estaria desmoronant, no sé si m’explico (...) Si jo, no sóc capaç, com a assessor d’aquest projecte, d’aconseguir que el projecte te.. ss.. impliqui .. aquesta casa, fracassarem d’èxit” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 7-8)<sup>lxxviii</sup>*

### **c.3) La intervención como praxis mediada por la hegemonía del discurso institucional**

En el planteamiento de construcción de un discurso común en Salud Pública, no se incluye una problematización efectiva sobre la conceptualización misma de Salud Pública. Las personas entrevistadas adoptan los discursos disponibles sobre esta constituidos a nivel oficial, académico y normativo (especialmente, en la Ley de Salud Pública de Cataluña<sup>148</sup>). Es decir, tanto las y los profesionales del Territorio como del Departament, asumen los discursos sobre el contenido e incumbencias de la Salud Pública que vienen dados a partir de fuentes legítimas de conocimiento.

---

<sup>148</sup>Sobre el proceso de construcción de discursos legítimos en Salud Pública, véanse las categorías “La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública” y “La definición de los problemas de Salud Pública como juego de equilibrio entre lo científico-técnico y lo político” de los ejes IV y V, respectivamente.

Podría decirse, entonces, que el cuestionamiento relativo a la importancia de disponer de un discurso común *no es de contenido sino de forma*: La búsqueda de un discurso común se orienta a responder la pregunta de ¿cómo trabajar para hacer que el discurso oficial-hegemónico sea lo más efectivo posible en la regulación de las prácticas y las condiciones sociales hacia la Salud Pública?

Las y los profesionales de Salud asumen las formulaciones en Salud Pública provenientes del Departament de Salut como incuestionables. Dicho con otras palabras, el discurso sobre La Salud Pública media cada uno de los sentidos y las estrategias de intervención de las instituciones oficiales sin que el menor atisbo de objeción se abra paso.

*“Jo crec que això...aviem va costar molt de...aviem formar part de l’acostament, de l’acostament previ, jo crec que hi ha una certa homogeneïtat...aviem de...,de termes (...) Aviem evidentment que ens movem tots pràcticament amb la mateixa literatura, aviem de... [silencio 3 segundos] del concepte de salut dels del “pau”[ no se entien] tots ens hem llegit tots. Tothom ha llegit si fa no fa els mateixos...” (F1/EO/Pt/NT/V. Pág. 17)<sup>lxxxix</sup>*

*“És fàcil per nosaltres perquè ja ho fem, bueno pues simplement seguiu fent millorar allò que s’ha de millorar i no cal inventar la sopa d’all ja està inventada fa temps vull dir, no ..., no cal fer més invents” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 7)<sup>lxxx</sup>*

Los contenidos y temas de Salud Pública son definidos en un proceso donde el saber científico-experto y los poderes políticos cumplen un rol primordial pero, es el saber científico-experto el único que se acepta como *el saber legítimo* y no es cuestionado por parte de quienes diseñan las intervenciones de Salud Pública. En este sentido, las y los profesionales de Salud adoptan la versión del discurso oficial por sustentarse en el discurso científico y, en consecuencia, atribuirle mayor legitimidad como saber, puesto que se considera una fuente acreditada, creíble y carente de intereses ocultos permite el acceso a la verdad de los problemas de salud.

*“Salud Pública basada en la evidencia. És que hem de fer el mateix. I ja hi ha gent que s’hi dedica. I que les recomanacions aquestes estan basades ja en estudis sòlids. (...)Perquè darrere de les recomanacions aquestes de Salut Pública, a través d’estudis de diversa naturalesa quantis i qualis han mostrat l’eficàcia d’aquestes intervencions” (F4/O/SP/NA/M Pág.17)<sup>lxxxix</sup>*

*“Anar a una classe i donar una xerrada no funciona per res. L’ho sabem perquè està demostrat que no funciona. Sabem que Classe sense fum funciona. Llavors, aquest es un dels programes que nosaltres diem: té evidència, s’ha provat a nivell internacional, s’ha provat a Barcelona” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)<sup>lxxxii</sup>*

No obstante, las y los profesionales encargados/as del diseño y de la intervención en salud asumen que la comprensión de tal conocimiento puede no ser completa, puesto que se trata de un saber privilegiado que se construye a partir de otros saberes y de un lenguaje de difícil acceso para quienes no investigan. Expresado de forma más concreta, las y los profesionales que intervienen, tal y como se desprende del análisis de las entrevistas, afirman tomar las recomendaciones y lineamientos propuestos desde instituciones oficiales sin alcanzar la comprensión completa del saber en el que basan su intervención.

*“O sigui una mica..., jo crec que la justificació i ells no m’ho explicant ben bé així, eh..., perquè lo expliquen molt més complicat, el que jo vaig destil·lar-hi és dir provar-ho ho provaran perquè estan en fase d’adolescència d’ebullició” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>lxxxiii</sup>*

La atribución por parte de las y los profesionales de Salud de un saber superior a quienes producen conocimiento científico limita la reflexión crítica por parte de quien, efectivamente, ejecuta o planifica la acción. Bajo esta mirada, los temas y problemas de Salud Pública “son” tales (existen y han sido descubiertos) en tanto en cuanto han sido establecidos a partir del conocimiento científico y de la evidencia empírica.

*“[sobre discurso experto y la intervención en la adolescencia] Que en canvi els experts els que estan dintre del cau deien (...) una mica és aquesta la història però bueno tampoc en sé més, eh? jo en sé el que vaig aprendre i poca cosa més, vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>lxxxiv</sup>*

Son numerosos los asuntos que configuran la tradición de la Salud Pública que muchas de las y los profesionales de salud asumen sin especiales cuestionamientos, tales como el sedentarismo, la alimentación deficitaria o excesiva, la salubridad, etc. En contraste, otros temas emergentes que requieren de un mayor esfuerzo para incorporarlos dentro de los esquemas de Salud Pública, como el caso de la “afectividad”. Sin embargo, su incorporación como problema de Salud Pública no depende de interpretaciones críticas hacia el concepto, sino de la consistencia con la que es presentado a partir de fundamentaciones expertas y de su coherencia con el saber colectivo y el modelo actual de Salud Pública.

Las y los profesionales de salud toman, pues, los conocimientos basados en el discurso científico (el tradicional y el nuevo), y se los apropian como parte del conocimiento evidente y compartido de las y los agentes que trabajan en Salud Pública desde posiciones institucionales.

*“Tots els àmbits de salut, perquè abarca des de l'àmbit emocional a l'àmbit afectiu o l'àmbit dels hàbits i l'àmbit de prevenció a les dependències o de l'alimentació, etc. Per lo tant abarca tots els àmbits clar jo entenc que aquest diguem... jo personalment per exemple a mi*

*em costa molt entendre i m'ha costat molt en aquest programa entendre tot el desenvolupament de la Salut Pública en l'àmbit afectiu. Clar a mesura que ha anat passant el temps i que hem anat aconseguint i hem anant avançant entenc molt més de coses que no entenien i li veig el sentit" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.23)<sup>lxxxv</sup>*

Si bien las personas entrevistadas asumen el discurso oficial de la Salud Pública como el válido, la disparidad de las interpretaciones son perceptibles en el ejercicio de la práctica profesional cotidiana y, sobre todo, en cómo las y los profesionales abordan cada tema y cada problema desde cada una de las áreas de forma que sean coherentes y efectivas. En las entrevistas, pese a que se reconoce que el discurso sobre Salud Pública que se maneja e impera es el oficial y hegemónico, también se admite que la actuación de las y los profesionales se produce en el desconocimiento de las intervenciones paralelas y ante la descoordinación entre estas. Obviamente, estas circunstancias producen diferencias en relación a la forma de enfocar las acciones según la institución y área de especialidad, por lo que es posible que coexistan acciones punitivas, prohibitivas, alarmistas, críticas, reflexivas, grupales, individuales, etc. Estas diferencias hacen que las y los profesionales, a pesar de justificar sus acciones sobre un conocimiento hegemónico compartido, acaben construyendo objetos diferentes de intervención, puesto que crean sentidos diferentes a partir de las posiciones, las creencias y los valores de quienes diseñan y actúan.

*“Sí. Sí, a vera quan... quan jo dic d'alguna forma que algunes de les intervencions, s'haurien de valorar, aquest podria ser un exemple. A veure, la policia ha ofert un programa d'alguna forma que... expliquen drogues. I van en allà amb una forma molt diferent de treballar. Van vestits amb uniforme i amb una forma més... de... quines conseqüències pot tenir si consumeixes drogues. I probablement la seva forma...(...) Legals, si, de que pots anar a la presó de que pots fer no se què... Vull dir... D'alg... Però també, la seva forma de treballar és un pel diferent. Si això va... està al marge de tot el projecte, pots inclús donar missatges contradictoris, o pots inclús potenciar, el revés! Potenciar d'alguna forma perquè... pots crear, la necessitat de provar els nanos joves en aquesta edat, poden tenir necessitats a vegades de... experimentar d'alguna forma. I algú que ningú s'havia ni plantejat, et vinguin allà a explicar-te i això és no se què i això no he de fer i passa això, depèn de com t'ho expliquin, clar, què ens cal fer?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11)<sup>lxxxvi</sup>*

Las y los entrevistadas/os plantean la necesidad de unificar argumentos y ordenar y coordinar actuaciones acordes al discurso oficial sobre Salud Pública, para seguir una línea argumental de Salud Pública coherente en todas las esferas de vida de la persona. Cuanto más uniformes sean las enunciaciones de Salud Pública, aseguran, habrá menos posibilidades de encontrar argumentos que las cuestionen o lo contradigan. Según las y los profesionales de Salud, la homogeneización de las formas de acción y coordinación de las intervenciones en una misma dirección contribuye a que el discurso sobre Salud

Pública promovido institucionalmente por Comunidad Autónoma de Cataluña, se vuelve cada vez más evidente, omnipresente e incuestionable.

*“Caldria veure que cada una d’aquestes accions... Clar la policia també té diferents persones que ho fan, no és una sola. Has de veure també quina metodologia fa servir. S’ha d’analitzar i probablement hauries d’homogeneïtzar bé, i a lo millor seria una intervenció que no caldria fer-la. O que no s’hauria de fer perquè podria arribar a ser contraproductiu”.* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11)<sup>lxxxvii</sup>

*“missatge que donarem serà aquest i que sigui compartit, vale ? perquè és que sinó també va perdent efecte tota aquesta història que estem dient, no?, al final això és un projecte hi hauria de ser aquesta línia i aquest discurs més o menys ordenat i l’hauria d’entendre tothom, no?”* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)<sup>lxxxviii</sup>

Esta unificación de prácticas interventivas en una misma dirección se traduciría, según las personas entrevistadas, en un aumento de la eficiencia de las intervenciones de Salud Pública ya que se favorecería la aceptación por la población de los conocimientos, recomendaciones e instrucciones gubernamentales, que derivarían en prácticas colectivas y, por consiguiente, en resultados de salud en la población.

*“L’única cosa que sí estem fent, és intentar que el que s’està fent sigui més eficient, i per sigui més eficient és que tu has de saber el que fa el del cantó i has de donar esforços per fer-ho conjunt, no sé si m’explico”* (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.22)<sup>lxxxix</sup>

#### **c.4) La intervención como creación de un sentido compartido de Salud Pública**

El proceso de interacción entre diferentes niveles e instituciones del territorio fue conducido por las y los profesionales de salud del Departament de Salut siguiendo una orientación estratégica que perseguía que cada agente conociese y asumiese el discurso oficial promovido desde la Comunidad Autónoma de Cataluña. La dinámica de trabajo desarrollada en los proyectos demostrativos fue pensada por quienes impulsaron el proyecto como una operación cuyo objetivo es promocionar un sentido específico de la Salud Pública entre los profesionales de salud de todos los niveles organizativos (tanto de Salud Pública como de Asistencia en Salud) y para hacer trascender el modelo de Salud Pública propuesto por la Comunidad Autónoma de Cataluña a otros ámbitos de intervención (municipios, organizaciones, etc.).

*“Los ensayos han sido... han servido, luego hablaremos si quieres más específicamente, para entender cual era el negocio de la Salud Pública*

*y como hacerlo, o sea que al principio habían seguramente las resistencias derivadas de una posible invasión de unos por los otros, ellos han visto que noo.. que no, ni no ni nadie tenia ganas de invadir ni quitar competencias, si no que es mirar de trabajar lo más coordinadamente posible” (F2/O/SP/NA/M Pág.2)*

Además de quienes impulsan el desarrollo del Proyecto Demostrativo desde la Agència de Salut Pública de Catalunya, las posiciones territoriales<sup>149</sup> asumen el discurso común y consideran de importancia la integración de las instituciones del territorio. Este aspecto reviste relevancia pues, en opinión, de quienes participan en Equipo Operativo<sup>150</sup>, la coordinación de las entidades proveedoras y la homogeneización de criterios sobre la salud entre instituciones y entre cada uno de los agentes que participan en ella, se convierte en un objetivo primordial para transmitir un sentido global y coherente de Salud Pública, donde cada una de las posiciones se inscribe dentro de una meta compartida en salud. Cada instancia sería la pieza de un puzle en una figura global que dibuja la imagen de Salud Pública oficial.

*“jo crec que el projecte ha d'anar portant perquè tant els proveïdors com les escoles entenguin que hi ha una intencionalitat molt... que tot... volent dir, una intencionalitat educativa en temes de salut pública. Aquesta intencionalitat estaria d'una manera individual. El que volem és que aquests proveïdors se sentin partícips del projecte comú, vull dir que quan creu roja, repeteixo l'exemple, va a explicar un taller de cuina sap que ho fa dins d'un gran programa de Salut Pública” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.5)<sup>xc</sup>*

Las personas entrevistadas encuentran en el proceso de negociación e intercambio de actividades un espacio común donde los diferentes universos se encuentran, se conocen y construyen el sentido compartido de la Salud Pública.

*“Bueno, amb l'esforç d'anar parlant i estar assentats a la mateixa taula arriba un moment que és va anar cristal·litzant coses i que per lo tant estem començant a parlar de les mateixes coses”.(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)<sup>xcii</sup>*

Expresan que, en el intercambio continuo de perspectivas y estrategias de intervención, cada universo de significados y de acción va acercándose hasta construir una visión compartida, que actúa como marco que construye sentidos comunes en salud.

---

149 Las posiciones territoriales están integradas por las/os gestoras/es políticas/os y técnicas/os que trabajan directamente en el territorio, tanto en relación al diseño de políticas municipales y comarcales de salud pública como en relación a la ejecución de las intervenciones.

150Equipo Operativo, esta compuesto por profesionales de Salud del nivel central y regional del Departament de Salut, profesionales de Salud de la comarca y (pocos) profesionales del Departament de Educació y profesionales del ámbito educativo de la comarca. El equipo operativo constituye el núcleo que dirige e impulsa el despliegue de la ASPCAT en la comarca, conectando las directrices generales de las instituciones autonómicas y las esferas políticas con las propuestas y recursos concretos en el territorio. Para ampliar sobre el equipo operativo, véase el apartado 5.3.1 “La estructura organizacional del Proyecto Demostrativo” del Capítulo 5: Método y procedimiento de la investigación.

*“jo crec que lo que s’ha creat és ... una cultura diguem compartida en diferents àmbits que antes no treballaven junts; eh, aleshores s’han consolidat un equip de, o sigui, per una part s’ha consolidat un equip directiu que nosaltres en diem equip operatiu que està format això: per l’ajuntament, l’Agència de Salut Pública, el representat d’educació i a poc a poc se va incorporant” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 1)<sup>xcii</sup>*

Las y los profesionales afirman que, cada área de saber-intervención asume la mirada que colectivamente se fue negociando en el proceso de intercambio. Asimismo, a los modos de hacer y a las metas particulares de cada instancia se les suman lógicas de acción globales y metas más amplias y compartidas de salud.

*I: Iii això que deies de la cultura? Que s’ha generat una cultura... Com definiries aquesta cultura?*

*E: “cielos”... [ríe]*

*I: qué preguntas!... [ríe]*

*E: Bueno.. Bueno, a lo millor la paraula cultura és massa pretenció (...). Si, si...No, mira, fa tres o quatre dies, vaig.. Varem tenir una reunió a Olot amb els que coordinen els grups de treball actualment que so.. que eren cinc persones, i aleshores una persona de l’Agència del S [nombre], de l’Agència de Salut pública d’Olot, explicava el projecte com estava anant en els nostres tècnics i, és curiós, perquè jo me donava compte de que se m’avançava al meu pensament i estava explicant que ara venia un moment crucial, perquè a veure...-la, la suma de tots els grups de treball no fan un projecte com el nostre, transversal*

*I: Clar...*

*E: O sigui, ara, ha treballat educació pel seu compte, Salut pel seu compte món local, salut comunitària pel seu compte... Però tot això s’ha d’integrar amb un projecte comú, participat per uns i per altres. Eh? I aleshores aaaa-aquesta, aquestaaaa línia estratègica tant important que és part de la cultura de l’organització que hem creat doncs em vaaa.... em va fer pensar que realment ja estem caminant junts, no? (F1/EO/SP/NA/M Pág. 4)<sup>xciii</sup>*

Cuando las y los participantes en el Proyecto Demostrativo asumen la visión consensuada sobre la Salud Pública, difunden su sentido y buscan que otras entidades que intervienen en salud también lo asuman como propio. Como sostienen las y los entrevistadas/os, la pretensión es la adopción por parte de los diferentes agentes e instituciones de la amplia meta compartida de la salud pública, como una estrategia indispensable para que su mirada de Salud Pública cale en los diferentes espacios de la vida de las personas y estar presente en todos ellos sin necesidad de la constante presencia de agentes de salud.



*“Jo crec que el projecte ha d'anar portant perquè tant els proveïdors com les escoles entenguin que hi ha una intencionalitat molt... que tot... volent dir, una intencionalitat educativa en temes de salut pública. Aquesta intencionalitat estaria d'una manera individual. El que volem és que aquests proveïdors se sentin participants del projecte comú, vull dir que quan Creu Roja, repeteixo l'exemple, va a explicar un taller de cuina, sap que ho fa dins d'un gran programa de salut pública que és aquest d'Escoles Saludables que jo en dic que és més fàcil que aquell... aquell títol tan llarg i que bueno, i que cal coordinar, sí que cal donar missatge. Quan els Mossos van a explicar no sé què que també forma part d'això ells diuen el seu missatge però és un missatge que ha de ser coherent amb els altres que tenim aquí. Això és un programa que hauré de fer, eh? D'anar caminant”.* (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.4)<sup>xciv</sup>

Las personas que participan en el Proyecto Demostrativo consideran la participación como una estrategia para unificar valores, conocimientos y formas de hacer de la Salud Pública promovida desde los niveles centrales del Departament de Salut en el interior del proceso de trabajo entre áreas e instituciones.

*“Encara hi ha temes que a lo millor costen més, eh? Per exemple, un tema que costa encara, que no està ben assumit perquè no l'hem acabat de definir, les coses s'han de definir quan estan madures. No serveix per res que algú de fora que ho té molt clar”* (F1/EO/SP/NA/M Pág. 4)<sup>xcv</sup>

En las entrevistas realizadas manifiestan que la actividad de intercambio comunicativo se produce, a un nivel conceptual, en reuniones entre profesionales que recogen las actividades llevadas a cabo en el territorio y definen unas características sobre papel de la intervención. Sin embargo, destacan que no se produce una articulación entre los criterios establecidos a nivel teórico (*sobre el papel*) y las actividades realizadas en el territorio. En relación con esto, las y los entrevistadas/os del área regional (quienes tradicionalmente se encargan de gestionar los lineamientos de la Dirección con los recursos del territorio) ponen de relieve la importancia de la planificación como estrategia para articular la teoría (conceptos, competencias y objetivos) con la práctica (traducción de la teoría en acciones teniendo en cuenta los recursos y dinámicas de trabajo existentes).

Según las afirmaciones de las y los profesionales de la región sanitaria, la planificación adquiere relevancia porque permite establecer escenarios y beneficiarios/as concretos/as donde la intervención tiene su curso. En consonancia, proponen, por una parte, establecer criterios a partir de los cuales clasificar las acciones que se llevan a cabo en las diferentes áreas de promoción de la salud. Estos criterios deberían ayudar a definir cuáles son las mejores opciones según el contenido a trabajar, los recursos disponibles y la población a la que se dirige. Por otra parte, al mismo tiempo, garantizar una coordinación entre los programas, asignar competencias, responsabilidades y

evaluar los efectos de la intervención, descartando aquellas que demuestran ser no productivas o contraproducentes y potenciar las aquellas que atribuyen un mayor impacto en la población.

*E: Per tant hauries de poguer categoritzar inclús hi han algunes accions que si goita, A poder ser podem fer aquesta, aquesta i aquesta. Si aquesta no podem, podem fer aquesta. Com a alternativa d'alguna forma. Però no intentar fer, quansevol eh? no se si m'explico...*

*I: Sí, sisi...*

*E: És que, no es tracta tampoc de dir es que això no val un duro això sí que val. Eh... bueno això també s'ha de fer. Perquè si n'hi ha alguna que realment està molt mal feta s'ha de descartar d'entrada, i s'ha de desaconsellar. Però tu hauries d'intentar veure quines són les millors i, l'efectivitat de pogue'lse fer. Perquè si resulta que, en tens una de molt bona, però no tens ningú que la imparteixi, potser t'hauràs de conformar amb una no tant bona amb algú que la imparteixi però que d'alguna forma arribi a aquesta gent. No sé si m'explico. (F1/EO/CS/NR/M Pág.13)<sup>xvii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública contemplan la planificación como una pieza indispensable para que la unificación de formas de “hacer salud” y la coordinación entre instancias e intervenciones se haga efectiva bajo un criterio uniformador sobre lo qué es válido y efectivo, propuesto desde las posiciones institucionales del Estado. De este modo, las intervenciones de Salud Pública dejarían de ser tan diversas e independientes para transformarse en un entramado de intervenciones con sentidos comunes.

*“No és un programa que només que tinguis allà a l'abast i com que el tinc allà fàcil i tinc unes hores l'agafut i me'l poso, no sé si m'explicot... Això continuariem estant un altre cop amb el tema del supermercat i que avui agafò i demà agafò allò, i si em funciona bé”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)<sup>xviii</sup>*

Con todo, las y los profesionales de Salud afirman que, hasta el momento, el desarrollo de la Salud Pública territorial con un sentido compartido aún se encuentra en un nivel muy teórico, y la planificación dirigida a una acción coordinada no se ha llegado a materializar. Expresan, asimismo, que la coordinación y el entendimiento entre universos de significados e intervenciones se da en un nivel directivo, pero no se ancla en las prácticas diarias de las y los profesionales que intervienen en salud.

*“En aquest moment jo crec que és un debat que està en el aire, jo crec que filosòficament.... però a un nivell molt filosòfic aaa, bueno això d'un gran paraigües que abarca unes línies molt concretes, però ... a nivell del dia a dia , bueno, s'ha d'acabar de mastegar no? jo crec que és una mica si tu mires la Llei de Salut Pública veus a quin nivell estan les coses no? bueno però això traduït a la feina de, de com es , es treballarà*

*en el dia a dia, amb un concepte, bueno hem d'obrir les ments no? i veure això com ho has de portar a la pràctica, perquè amb filosofia no fem res. Jo crec que nosaltres sempre hem treballat amb una ment bastant oberta, en aquest sentit" (F2/EO/V/NR/M Pág.3) <sup>xcviii</sup>*

En este escenario, las personas entrevistadas manifiestan de suma importancia planificar las intervenciones. Quedarse en la fase de construcción de sentidos comunes sobre la Salud Pública a nivel teórico, derivaría en que el Proyecto Demostrativo se transformase en una anécdota, en una actividad puntual de puesta en común de conocimientos, actividades y valores de la Salud Pública. Llegar hasta este punto teórico y no trascenderlo, no permite adelantar escenarios y establecer criterios para discernir entre las intervenciones más adecuadas, su coherencia y su pertinencia con un modelo único.

*E: La meva visió, la que jo... el proper comitè operatiu vull transmetre, és aquest: ostres, agafem els programes, unifiquem-els, convertim tots aquests programes que té la gent... Convertim tots els programes del tabac amb un projecte d'abordatge integral del tabac a la Garrotxa, que té potes, i que cada pota fa... no?*

*I: Si...*

*E: Penso que no és tant difícil. I a més, lo que me fa més ràbia si no aconseguim això és ja ho tenim, és que ho tenim.*

*I: Clar.*

*E: Fa falta... dos reunions. Fa falta més. Saps què vull dir?*

*I: Sisi...*

*E: I jo penso que és la manera, perquè és que lo altre què... què farem?*

*(...)*

*E: Serà el mateix. Passa que en lloc de ser un supermercat, ara serà una gran superfície. (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 28) <sup>xcix</sup>*

En el proceso de puesta en común del saber y de las intervenciones y en la búsqueda de la coordinación y homogeneización de las prácticas de salud en el territorio (acordes con el modelo institucional de Salud Pública del nivel central del Departament de Salut), las y los profesionales del Territorio muestran suspicacias en relación a la presencia del Departament de Salut en espacios que, hasta el momento, ocupaban mayoritariamente los equipos de trabajo local. En las entrevistas expresan la necesidad de establecer vínculos de colaboración, pero sin que el Departament de Salut aparezca como el gran gigante institucional que impone lógicas de acción a quienes ya estaban trabajando.

*“Quan parlem diem és que nosaltres estem fent coses d’això i és que no les volem de deixar fer, i és que a nosaltres l’Agència de Salut Pública ja ens està bé qui sigui, però estaria bé, més bé que hi fos, si col·laboréssim conjuntament. I a partir d’aquí és quan neix el fet de que siguem una de les zones, un del territoris pilot per provar el funcionament de l’agència. Quan em plantegen això passem a una segona fase i diem vale d’acord, nosaltres volem ser un des territoris pilots, quan bé el tema del territori pilot nosaltres diem bueno, nosaltres vam fer de territori pilot però no perquè vosaltres vingueu a imposar la vostra manera de funcionar, nosaltres ja estem funcionant”.* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)<sup>c</sup>

Para las y los profesionales de la Departament de Salut, la Agència de Salut Pública de Catalunya es una instancia que accede al territorio de forma modesta, sin pretensiones de desbancar de las tareas realizadas por el territorio. La presentan, pues, como una instancia abierta a nuevas propuestas y ansiosa por realizar alianzas de colaboración con el territorio.

*“o sea que al principio habían seguramente las resistencias derivadas de una posible invasión de unos por los otros, ellos han visto que no.. que no, ni no, ni nadie tenia ganas de invadir ni quitar competencias, si no que es mirar de trabajar lo más coordinadamente posible, y respecto a laa... visión del conjunto del estad, de, lo que representa la salud pública”* (F2/O/SP/NA/M pag 2)

Bajo este prisma, si bien las y los profesionales de Salud del Departament de Salut de los niveles centrales acceden al territorio con unos objetivos iniciales de exhibir y probar la propuesta de trabajo del modelo de la Agència de Salut Pública de Catalunya, presentan estas ideas de manera lo suficientemente difusa y abiertas al debate, para favorecer la apertura y apropiación del modelo de Salud Pública a otras entidades. De este modo, pueden mostrarse flexibles y poco directivos para generar alianzas con el territorio y conseguir así una colaboración efectiva entre las diferentes áreas de intervención.

*“Nosaltres tampoc portàvem un discurs ben elaborat del tot. O sigui que nosaltres teníem quatre idees generals i les varem anar, diguem, fent avançar, i concretament jo he anat descobrint les coses a mesura que s’anaven produint. Vull dir que ha estat una, un procés una mica empíric. Eh? No era un procés tancat que jo sabés la solució final”* (F1/EO/SP/NA/M Pág. 1)<sup>ci</sup>

En la intención de hacer converger acciones de Salud Pública en diferentes áreas de intervención, para unificar significaciones, las y los profesionales entrevistadas/os, refieren la importancia de integrar también al ámbito privado en las intervenciones de Salud Pública. En consonancia, las y los entrevistadas/as vinculan la adhesión de las empresas al modelo de salud ya que consideran que pueden contar con un gran poder

disuasorio que contribuiría a generar ideas, creencias y situaciones que contrapesasen las propuestas de la institución gubernamental de salud. Plantean así, realizar alianzas con empresas privadas para reducir posibles discursos y condiciones que repliquen el discurso oficial de salud. En apoyo de esta sugerencia, ponen como ejemplos de intervenciones en salud coordinados con el tejido empresarial a (1) Night school, (2) el proyecto Amed y (3) la Red Respira. El primero se dirige a las empresas de ocio nocturno, el segundo y tercero a la restauración. En cada uno de ellos se fomenta el seguimiento de unas normas que permiten a la empresa a acceder a una certificación de calidad por parte de la Comunidad Autónoma (1. fomentando opciones saludables en espacios nocturnos, 2. promoviendo la alimentación mediterránea y el ejercicio físico; 3. prohibiendo fumar<sup>151</sup>).

*E: (...) Lo de l'AMED, se'ls hi dóna la distinció AMED...*

*I: Què és l'AMED?*

*E: L'alimentació mediterrània, aquell distintiu, saps...? És un programa que has de complir una sèrie de requisits, val? Per exemple, per dir-te un exemple, has de complir que el 50% de les postres ha de ser fruita fresca i iogurt, que amb el pa hi ha d'haver l'opció de triar pa integral, que a la taula has de tenir oli d'oliva per poder d'això. Una sèrie de coses, de requisits que has de complir, que també van amb l'alimentació mediterrània. Si ho compleixes, doncs et donen un distintiu. A més a més d'això doncs has de promocionar caminades saludables, o tenir tríptics de centres excursionistes o coses promocionant... Si compleixes tot això doncs et donen un distintiu que hi diu que el teu restaurant és AMED. En la mateixa mediterrània, surts en una web que te'n fan propaganda i d'això (...) xarxa que es diu Red Respira, que és antitabac, i que aquí hi ha una sèrie de restaurants que estan al Red Respira. És una red que el departament de salut els hi dóna calés perquè promocionen això. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 13)<sup>cii</sup>*

El tejido empresarial no es para las y los profesionales una instancia que pueda participar en la toma de decisiones o en el diseño de políticas de salud en el territorio, puesto que sus intereses lucrativos podrían orientar tendenciosamente las resoluciones-hacia los beneficios privados, alejándose del bien común que se espera de las instituciones sin ánimo de lucro (gubernamentales y no gubernamentales). A su juicio, tal y como aparece reflejado en las entrevistas, el propósito de las empresas no es la salud sino la productividad y, por este motivo, se plantean propósitos que supongan alguna ganancia traducida en ingresos.

---

<sup>151</sup>Amed es el acrónimo que identifica los establecimientos promotores de la alimentación mediterránea. Agència de Salut Pública de Catalunya <http://www.amed.cat/home.php> (consultado el 03.06.2014). La Red Respira fue creada cuando los restaurantes y bares podían dividir su espacio para acoger a fumadores/as y no-fumadores/as en lugares separados.

*“Si, sisi, és parlar amb el sector, parlar amb el sector i dir: escolta, a veure si teniu això, a veure, no... podé no, podé no guanyareu tant amb això, però guanyareu més amb... no sé, no? amb una altre cosa no? Clar, si no treballes això, eeh, per exemple no? tenim un problema a les fires de Girona que són d'aquí poc, que els nanos de dotze anys, tot agafen la primera mona allà. Perqu... Perquè tothom els hi serveix cubates amb red... bueno red bull amb vodka vull dir unes coses que dius ostia! Si, ja pots posar una policia alla, bueno... llavors jo penso que és una mica convèncer no? vull dir, goita, podeu fer diners i acon... no sé, buscar'ls-hi una... però si no ho acordem en allà, si no tens una oferta, si jo la màquina expenedora segueix oferint kitkats, és que acabaré menjant-me un kitkat no? Llavors s'ha de... treballar una mica per les dos bandes si no serà estendre-ho no” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16-17)<sup>ciii</sup>*

#### **d) Categoría 4: La Salud Pública como praxis político-legal y territorial**

Esta categoría está conformada en base a los factores que, según los discursos de las y los profesionales de Salud, han hecho posible el actual desarrollo del modelo de Salud Pública en Cataluña. Estos factores recogen desde las premisas iniciales que comenzaron a orientar el sentido del modelo, pasando por las leyes que lo posibilitaron y encauzaron su desarrollo y las instancias previas que se crearon como antecedente de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT), para concluir con los principales resultados que se han alcanzado y contribuido a consolidar el nuevo modelo de Salud Pública. Asimismo, en esta categoría también aparecen incluidos los discursos en torno a las condiciones del despliegue de la ASPCAT en el nivel territorial, su finalidad y sus limitaciones. Y, por último, se da cuenta de las dificultades, atribuidas a la situación política, social y económica actual, en la continuación del despliegue del modelo de Salud Pública.

Concretamente, los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 4 segmentos de sentido:

d.1) La coordinación inter-áreas y las bases jurídicas como fundamentos del modelo de Salud Pública.

d.2) Las herramientas para la creación de un escenario y la formación de agentes para el despliegue del modelo de Salud Pública.

d.3) La articulación de los niveles territoriales como contrapeso organizativo y de distribución de recursos del modelo de Salud Pública.

d.4) El recurso a la crisis político-económica como pretexto del estancamiento en el desarrollo del modelo de Salud Pública.

***d.1) La coordinación inter-áreas y las bases jurídicas como fundamentos del modelo de Salud Pública.***

Las personas entrevistadas, implicadas en el despliegue de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT), identifican el año 1992 como el primer momento en que las ideas actuales sobre el desarrollo de un modelo de Salud Pública se hacen explícitas públicamente mediante la propuesta de creación de una agencia de Salud Pública en la Comunidad Autónoma.

*“Bueno, yo la primera nota, porque recuerdo perfectamente aquello, luego jamás pensé que tendría esa responsabilidad, pero me acuerdo perfectamente en el año 92, el año de las olimpiadas, vi ya la primera noticia con el doctor SA [nombre] en una fotografía en el País diciendo el Departamento de salud o de sanidad se plantea la creación de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, ¡en el año 92!” (F2/O/SP/NA/M Pág.8)*

Del proceso de instauración del modelo de Salud Pública destacan su construcción a partir de la coordinación entre 3 áreas de saber-intervención específicas. Actualmente, las y los profesionales de salud mantienen vigentes estas áreas para definir los objetos y las estrategias de intervención. Concretamente, las áreas son: la Protección de la Salud, la Promoción de la Salud y la Vigilancia Epidemiológica.

*“Busqué todos los antecedentes y empezaron a trabajar, en los gobiernos anteriores a trabajar en la, en la creación de la Agencia de Salud Pública, lo que pa/ y además eso significaba trabajar coordinadamente la protección, la promoción y la vigilancia” (F2/O/SP/NA/M Pág 8)*

Sin embargo, las y los profesionales entrevistadas/os, al rememorar las ideas que existían como antecedentes de la actual reforma de la Salud Pública, sostienen que no se tradujeron en acciones específicas que encaminasen del modelo actual.

*“pero el, diríamos, buff yo no sé lo que había aquí, esto no se si debes grabarlo o tenerlo en cuenta, pero probablemente algunos personalismos impidieron que esto se fuera cristalizando y fueran trabajando conjuntamente” (F2/O/SP/NA/M Pág 8)*

El primer paso en firme al modelo actual de Salud Pública es situado cronológicamente por las y los profesionales encargados del despliegue de la salud pública, en el año 2003. Fue el momento en que se aprobó la Ley de Protección de la Salud, fundamento que dio origen a la creación de la Agència de Protecció de la Salut (APS) mediante la cual se desplegó la rama de la protección de la salud en el territorio.

*“La Ley de protección de la salud que se aprobó en el 2003, es una ley del gobierno anterior, del gobierno de convergencia, y creó esta ley, nosotros cuando vinimos pensamos, tuvimos una , estuvimos pensado que hacemos con esta ley y el desarrollo, y optamos por decir no, no, vamos a desarrollar la y se creo la Agencia de Protección de la Salud” (F2/O/SP/NA/M Pág 8)*

Con todo, las y los profesionales entrevistadas/os consideran que la normativa legal clave es la Ley de Salud Pública, en la medida que es la que abre la puerta de acceso hacia el modelo de Salud Pública actual ya que materializa ideas y conceptos y suscita negociaciones inter-organizacionales y políticas que permitieron dar forma a un modelo de Salud Pública como entidad singular. Asimismo, en esta Ley se plasman las áreas que definen sus ámbitos de incumbencia y las ideas e intenciones se concretan en estrategias y recursos de Salud Pública.

Es dentro de este escenario legal en el que las y los gestoras/es de Salud Pública encontraron un marco que les permitió hacer efectivo el trabajo colaborativo entre diferentes ámbitos de intervención con la finalidad de dar respuesta a una visión compleja de los problemas de salud.

*“Jo penso que té la gràcia que té, és que probablement fins ara estàvem molt lligats a cada Departament, o sigui a veure, jo porto fent plans de salut des de fa molt de temps des del primer Pla de Salut, des del primer Pla de Salut s’ esta diguent que s’hauria de treballar intersectorialment, i des del primer Pla de Salut que treballar intersectorialment costa moltíssim, fins fa molt poc no hem començat a fer coses intersectorials perquè costa moltíssim i llavors clar, a mi el fet de que s’ estigui creant una cosa d’aquest tipus amb un suport ja amb una normativa legal que et digui la salut pública no se que, és clar això et dona molta més eina, molta més facilitat, clar en aquest moments si estem treballant intersectorialment en Educació, amb alguna cosa d’Esport, amb alguna cosa de, però tot i així va molt lent en el moment que tu tens una estructura de Salut Pública ben regulada que ve suportada per una llei, el clar tot això et facilita molt la feina” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág 18)<sup>civ</sup>*

Las y los profesionales encargados del despliegue de la ASPCAT consideran que el desarrollo del modelo actual de Salud Pública que se produce en Cataluña es coherente con el cambio de mirada y la reorganización de la Salud Pública a nivel estatal. Es decir, en sus discursos afirman que existe una relación entre las organizaciones del nivel



estatal y del autonómico que permite construir un modelo común de Salud Pública en los diferentes estratos de la administración. Más en concreto, aseveran que la Ley de Salud Pública de Cataluña sirve de base para el diseño de la ley a nivel español y que su experiencia en el desarrollo es útil para orientar la ley de nivel estatal.

*“Respecto a la... visión del conjunto del estado, de lo que representa la salud pública, tengo ahora que... está empezando a circular el borrador de la Ley General de la Salud Pública, no?! La que afecta a todo el estado, eh... han contado mucho con las aportaciones.. no, el borrador está lleno de referencias. Bueno, referencias no explícitas, pero te das cuenta de que están copiando la ley en muchos casos la ley de Catalunya, y luego que hemos participado de una forma bastante activa en la valoración de la... del documento, no? I evidentemente tiene luego sus los riesgos o las utilidades que le da el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales pero tengo la sensación de que se está articulando una manera... no uniforme, sino una.. forma conjunta y compartida de ver lo que es la Salud Pública”. (F2/O/SP/NA/M Pág. 2)*

#### **d.2) Las herramientas para la creación de un escenario y la formación de agentes para el despliegue del modelo de Salud Pública.**

A juicio de las y los profesionales entrevistadas/os, la Ley de Salud Pública constituyó un paso indispensable para el despliegue de la del modelo de Salud Pública, cuyo desarrollo sería liderado por la Agència de Salut Pública de Catalunya.

Afirman que la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT) no fue denominada de esta manera hasta que se aprobó la normativa que la definió y le dio legitimidad institucional para emprender su despliegue (aprobados en julio 2011)<sup>152</sup>.

*“Solamente a partir de que los Estatutos están aprobados, la organización tendrá carta de naturaleza para poder empezar a trabajar, esperemos que en los ...-dos o tres próximos meses estén aprobados y por lo tanto pueda empezar a funcionar” (F2/O/SP/NA/M Pág. 1).*

Antes de la aprobación de los Estatutos de la ASPCAT, se emprendieron acciones diferenciadas para preparar el escenario que hizo posible el funcionamiento de la ASPCAT. Una de ellas, como se afirma en las entrevistas, fue la constitución de una primera *Cartera de servicios de Salud Pública*, un documento que recoge las funciones y prestaciones de lo que ha acabado siendo la Agència de Salut Pública de Catalunya. Las/os entrevistadas/os expresan que la cartera de servicio fue realizada por el personal

---

<sup>152</sup> <http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3260/decret366.pdf> (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya nº 5920).(consultado el 12.06.2015).

técnico del Departament de Salut. Sin embargo, se aceptó que una vez aprobada la normativa, quienes definirían las líneas estratégicas y las funciones sería el área política.

*“Por tanto estamos, además, ... creando otras cosa, no?! Bueno, publicando la cartera de... el catálogo de servicios que luego será, una vez constituida la Agencia, será elll... el Gobierno el que les diga lo que tienen que hacer a través de la cartelera de servicios”. (F2/O/SP/NA/M Pág. 1)*

La toma en consideración de que los fenómenos vinculados con la salud tienen origen diverso y su tratamiento requiere de la integración de elementos que trascienden de los límites de las instituciones de salud llevó a que, paralelamente al despliegue de lo que acabaría siendo la ASPCAT, se iniciase el desarrollo de un proyecto estratégico interdisciplinar de Salud Pública que se propuso como base para el *Plan Interdepartamental de Salud Pública*. Este Plan es concebido por las y los profesionales como una herramienta indispensable para que diferentes departamentos públicos de la Comunidad Autónoma articulen políticas e intervenciones bajo el eje transversal e intersectorial de la Salud Pública.

*“Estamos trabajando en el Plan Interdepartamental de Salud Pública o al menos creando las bases para la el.. para ..de paraaa... ehh formularlo. Esto también será otra responsabilidad para la Agencia de Salud Pública, en el cual estarán descritas, cuales son las líneas estratégicas que en... relacionadas con la Salud Pública, realizarán una forma conjunta, otros departamentos en la línea de trabajar por los determinantes de la salud, no?! Aquellos que están fuera de la acción del ..-departamento de salud, vivienda, trabajo, educación, Medioambiente, urbanismo, etc, etc, no?! Todos los elementos que tienen que ver con realizar políticas que van a impactar sobre laaa... sobre la salud pública”.(F2/O/SP/NA/M Pág. 1)*

La *formación de profesionales* imbuidas/os de la visión de Salud Pública propuesta desde los niveles centrales del Departament de Salut fue considerada como una necesidad, según manifiestan las y los entrevistadas/os. Ahora bien, tal formación mantenía una mirada piramidal de la organización de Salud Pública donde, en primer lugar, se encuentran los niveles políticos, en segundo lugar los niveles directivos y, en la base de la estructura, el personal técnico que realiza las intervenciones en el territorio.

*“Molt bé, tens aquí tot de... I això, que era l'estructura clàssica, ja penjava d'uns... potser responsables funcionals a nivell regional amb un cap regional... regió, territori, i serveis centrals, no? (...) Que aquí ja hi havia tota una altre estructura jeràrquica” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 3)<sup>cv</sup>*

Partiendo de la mención y juicios vertidos en relación con la estructura piramidal, las y los profesionales entrevistadas/os informan que los planes formativos fueron ofrecidos

a los niveles directivos, lo que justifican por ver en esta formación la creación de “líderes” para proceso de despliegue de la ASPCAT, capaces de dirigir el sentido de las prácticas de las y los profesionales que trabajan en salud bajo el modelo de Salud Pública actual.

*“Este mes hemos terminado ya la formación de todos los los ma... los... mandos directivos dee.. tanto de primer como de segundo nivel, no?! Los que estarán liderando estos procesos en el territorio, en las regiones aquí en e... en los servicios centrales” (F2/O/SP/NA/M Pág. 1)*

Asimismo, consideran que la formación de los niveles superiores de la jerarquía institucional implica acercar las diferentes regiones de la organización, conocer las estrategias desarrolladas en salud y establecer lazos de relación entre ellas.

*“El Pla de Desenvolupament Organitzatiu. Són formacions que s’han fet en els últims anys, començant per aquests cervells alts no? de tota la organització, orientats al desplegament, i molt... de contingut molt estratègic. Molt amb gestió de recursos, amb gestió de canvi, amb coneixement transversal de la organització, i que a més a més, aquestes edicions de cursos PDO, per exemple hi coincidirien el cap de Lleida de no sé pas què, amb el cap de l’àrea de no sé què, de Tarragona i tal, per tant, ha anat molt bé, perquè s’han creat uns vincles que no existien. I la gent s’ha conegut. Però tot això ha quedat a nivell directiu” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 3)<sup>cvi</sup>*

Las personas entrevistadas, tal y como se desprende de las entrevistas, consideran necesario el inicio de una fase formativa orientada al personal del Territorio, con la finalidad de que el discurso que promueve el Departament de Salut se vea reflejado en las prácticas de los agentes que intervienen directamente en el territorio, y especialmente, que trasladen este discurso a las instancias municipales externas al Departament.

*“Que és, jeràrquicament més elevat que molts d’aquests, que treballa colze amb colze amb la direcció, i que està físicament en el territori (...) Llavors necessitem que aquesta gent participi de projectes PDO, interacció, i tingui coneixements estratègics d’allò que es pretén, no? Per què? Perquè què volem? En el territori tenir un equip implantat amb un cap clarament estratègic. És a dir, un senyor que es pugui relacionar amb els ajuntaments, que pugui anar amb els interlocutors de salut pública en el territori, en el propi... en el propi lloc on s’està fent l’acció, aproximar la resposta a la necessitat” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 4)<sup>cvi</sup>*

La escasa participación de las y los profesionales técnicos del Territorio en procesos formativos y en las actividades de implementación de la ASPCAT, ha derivado en que muchos profesionales técnicos que intervienen directamente en el territorio (municipio

o comarca), desconozcan los nuevos planteamientos de trabajo en Salud Pública y no se sientan partícipes del cambio de modelo.

*“És constant, molt repetit a totes les entrevistes, que, eeh... el tren va sense nosaltres. Sense tota la tropa. Perquè tu preguntes en què heu canviat? I diuen en re, ens fan fer més feina, ens fan anar als ajuntaments, però no sabem per què hi anem, dius, bueno (...) això ho diu la tropa...” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 4)<sup>cviii</sup>*

Los *proyectos demostrativos* son las herramientas que las y los profesionales encargados del despliegue de la *Agència de Salut Pública de Catalunya* consideran esenciales para acercar el modelo de la ASPCAT al territorio y promover el trabajo intersectorial. Asumen que la finalidad esencial de estos proyectos es expandir la Salud Pública a nivel territorial y generar un antecedente de trabajo conjunto que abra paso a alianzas y relaciones de la Agencia de la Comunidad Autónoma con el ámbito local.

*“La meva idea és anar fent mica en mica. Per exemple el Ripollès, el Ripollès, què estem treballant? Doncs estem treballant amb un projecte, tot el tema del... dels menús saludables, de les escoles... i tot això ens ha donat ja... lo que tenim a la Garrotxa ja ho tenim al Ripollès també, ja ho tenim muntat. I a partir d'aquí, bueno podem treballar quansevot altra cosa no? I... quan hàgim tin... tinguem ben assentat això que ja sabem que s'anirà fent(...)Pos la tenim sentada, a la Garrotxa, la tenim ja sentada en el Ripollès, la tenim sentada al Pla de l'estany. Al Pla de l'estany tenim ja una base fantàstica. Vull dir... A Girona, al Gironès casi, casi la tenim no ya? (...) Llavors això és una mica com allò de... de les granotes bullides no de que realment, anem bullint les granotes i quan no ens en donarem compte ja estaran bullides i no hauran saltat no? Però -Si ara me'n vaig a... aaa... jo que sé me'n vaig al Baix Empordà, doncs senyors va, a partir de demà comencem a treballar la... A veure la...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 24)<sup>cix</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública utilizan en sus discursos locuciones tales como “Proyecto Demostrativo”, “Ensayo Piloto” y “Proyecto Piloto” como expresiones intercambiables. Suelen servirse de estos 3 giros para definir intervenciones no definitivas, acciones que implican una puesta en *práctica provisional*, antes de que sean extrapoladas a la población general.

*“Lo que s'ha fet a la Garrotxa ha sigut un projecte en concret. Val? Per això jo et dic: Home, conceptualment, jo no acabo d'entendre que vulguem replicar, això, a tots els altres territoris.” (F2/CD/CS/NR/M Pág.14)<sup>cx</sup>*

En las entrevistas, las personas encargadas del despliegue de la ASPCAT caracterizan los proyectos piloto como *experiencias concretas* de puesta en práctica del trabajo coordinado entre diferentes administraciones y niveles organizativos. Sin embargo, al considerarlos como prácticas provisionales, afirman que no se puede hacer una

generalización de la experiencia de unos territorios a otros de forma directa. Por el contrario, expresan que para desarrollar esta tarea sería necesario un trabajo de evaluación del Proyecto Demostrativo y una valoración de las circunstancias particulares de cada territorio.

*“E: Clar jo no sé si es planteja com un... com una altre experiència pilot, que després se sumarà al... a l'experiència d'aquesta. Però és clar jo penso que tampoc ara (...)*

*I: Clar però si tu portes el projecte tal i com està ara, a transportar-lo a al... a altres llocs, com faràs, per aquesta coherència i aquest... és a dir...*

*E: No ho faràs, no ho faràs. I l'experiència de la Garrotxa no servirà per... per els altres perquè encara no hauràs extret”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág.9)<sup>cxii</sup>*

Al asumir que, hasta el momento, no se han emprendido acciones orientadas a valorar la situación de otros territorios y la pertinencia del modelo de trabajo y del enfoque propuesto en el Proyecto Demostrativo, las y los profesionales implicadas/os en el Proyecto Demostrativo recuperan el valor en sí del Proyecto, como ejercicio puntual de puesta en común de objetivos y de coordinación intersectorial en el territorio.

*“Tot això, jo... me quedat amb l'experiència de.. de tot això que te deia no? De com hem de treballar amb els diferents agents, de com hem de... descentralitzar desconcentrar la prop... jo, me he quedat amb aquesta experiència. Lo altre? Mmm... no” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.9)<sup>cxiii</sup>*

Asimismo, le atribuyen una *finalidad ilustrativa*, una estrategia para mostrar y poner en práctica un modelo que previamente se diseña como el adecuado. En este sentido, las y los profesionales participantes en los proyectos demostrativos incorporan las premisas de funcionamiento básicas que plantea el nuevo modelo de Salud Pública (trabajo intersectorial, articulación entre administraciones, implicación del territorio, participación y alcance de la intervención al mayor porcentaje de población objetivo del Proyecto Demostrativo). Es a partir de estas premisas que guían su puesta en marcha.

*Bueno, eh... La veritat eren molt senzilles, i és... De fet nosaltres ja havíem fet un intent de [interrupció de una tercera persona] [silenci] aaa...havíem fet ... un programa que ja intentava una mica el mateix, aaa que és em... diguem...mmm responsabilitzar el territori de les accions de promoció de la salut. O sigui que hi havia un aspecte que era el territori, això ho teníem clar: territori; un altre aspecte era la transversalitat, [se escuchen ruidos de movimiento de cosas] la transversalitat, és a dir, el treball amb educació sobretot i amb el món local, la participació ciutadana, etc, etc. O sigui que els grans eixos estratègics, que eren aquesta: la territorialitat, la cobertura del 100%, l'arribar realment a la població, la participació en diferents àmbits amb un projecte compartit, em... què més?! Bueno, tots aquests*

*elements ja els teniem, i aquests són els que orientaven*  
(F1/EO/SP/NA/M Pág.2)<sup>cxiii</sup>

Finalmente, afirman que los proyectos demostrativos tienen la *función de poner a prueba* la respuesta de los agentes de Salud Pública, otros departamentos de la Comunidad Autónoma y del territorio (municipios, ONGs, etc.) a la propuesta de trabajo planteada por el Departament de Salut en materia de Salud Pública. Sirven, pues, en opinión de las y los entrevistadas/os, para conocer los vínculos establecidos, la gestión de disidencias y la detección de intereses e implicaciones a partir de los diferentes espacios de saber-intervención.

*“Es que los ensayos de los proyectos demostrativos son la base de los Equipos Locales de Salud Pública o Territoriales eh? O sea nacieron con la intención de ser el embrión o el modelo de gestión sobre el cual basar esto. Éramos bastante conscientes, y además lo quisimos hacer de este modo, de que el cómo era más importante que el qué , ahora ya no será así, pero interesaba ver la capacidad que tenían los que gestionaban los proyectos de estar relacionándose con los otros de ver cual era la forma de trabajar, la forma de planificar, como resolvían los conflictos, como ...un poquito todo esto”. (F2/O/SP/NA/M Pág 19)*

A juicio de las y los profesionales que trabajan en el despliegue de la ASPCAT, los proyectos demostrativos y otras experiencias son importantes para generar vínculos y articular las estrategias de Salud Pública del entorno local y del Departament de Salut. Sin embargo, plantean la necesidad de establecer estructuras de coordinación más estables que los Proyectos Demostrativos. Afirman que dejar los primeros acercamientos entre el territorio y el Departament de Salut en meras experiencias, sin una estructura institucional continua y organizada, limita el alcance de las estrategias de Salud Pública de la región y del territorio, convirtiéndolas en anécdotas puntuales y debilitando el posicionamiento sobre Salud Pública que se plantea desde el Departament de Salut.

*“Però si vols realment fer una xarxa, has d'anar molt més enllà del que hem fet. I una cosa que tu m'has dit abans: Escolti'm i la xarxa social que havien dit que havia de ser-hi? Bueno jo de moment no la veig gaire. La veuria, si poguéssim tenir aquest entorn. Perquè un cop tens aquesta... nucli dur fet, llavors si que pots nar... afegint altres cosetes, i podries inclús dir: 'Goita! Ara que ja tenim això molt ben planificat, nem als restaurants o bar que hi han al cantó de l'institut i els hi diguem: goita, mirem de que menús que doneu per aquests nens siguin menús d'aquests que diguem no se què'... val?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 18)<sup>cxiv</sup>*

Con todo, las personas inmersas en el despliegue del modelo de Salud Pública asumen que su desarrollo (en especial, en la región y el territorio) se basa en las estructuras existentes de protección de la salud. Consideran que la creación de estructuras que

permitan dar respuesta a las necesidades de Salud Pública (no solo atender las necesidades de protección) requiere de un cambio organizativo, lo que supone la incorporación de nuevos recursos y conocimientos en Salud Pública. Sin embargo, aseguran que tal cambio no se produce. Por el contrario, afirman que la transformación de la Agència de Protecció de la Salut (APS) en Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) ha sido más nominal que efectivo, no viéndose reflejado en la estructura organizativa de la región o del territorio, ni plasmándose en una traducción en recursos suficientes para desarrollar las nuevas actividades de Salud Pública.

*“Dir altres noms doncs Subdirecció General i Protecció de la Salut i tal i qual se li canvia el nom i un se diu fulanito i altre menganito però la estructura en si no ha canviat tant, i llavors que passarà amb els Equips Territorials de Salut Sública ?. doncs evidentment que no en tinc ni idea, no en tinc ni idea, evidentment que si volem fer tot un munt de tasques que diu la Cartera de Serveis, de la Cartera de Serveis que ha de sortir que dirà pues evidentment no es farà ni la meitat perquè no hi ha personal i perquè aquí no hi ha infraestructura de personal, per exemple jo crec que no existeix” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.10)<sup>cxv</sup>*

### ***d.3) La articulación de los niveles territoriales como contrapeso organizativo y de distribución de recursos del modelo de Salud Pública***

Tanto desde los posicionamientos de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) como desde el ámbito local, la escasez de recursos se vuelve un elemento que dificulta el desarrollo del modelo de Salud Pública, en especial de Promoción de la Salud. Es en este sentido, que las y los profesionales implicadas/os en el despliegue de la ASPCAT plantean que la articulación entre el ámbito local y el Departament de Salut no debería ser solo una estrategia para unificar discursos a nivel conceptual sino también para optimizar recursos.

Por su lado, las y los profesionales del nivel local (municipio) manifiestan que uno de los elementos que movilizan la incorporación del territorio con el proyecto de la Comunidad Autónoma es la búsqueda de recursos económicos y técnicos, posiblemente proporcionados por parte del gobierno autonómico. Pero, por el contrario, afirman que la participación del ámbito local supuso la inversión de recursos municipales sin que esto se tradujera en un aumento de medios aportados por el Departament de Salut.

*“És l'únic problema que tenim, o sigui voluntat de treball, grup constituït, criteri, programa, projecte..., tot això el tenim ordenat, estructurat, no sé que i tal, bueno. On són els recursos ? Els recursos municipals no existeixen i en aquest temps actual menys, els recursos de la Generalitat..., bueno aquest projecte va començat que semblava*

*que ens havien de donar coses i tal..., si no ens costa calés estarem molt contents, m'explico ? Vull dir, és així i per lo tant, nosaltres si que des del Consorci que vol dir des del ajuntament hem fet un esforç important, jo he dedicat hores però les meves hores, goita ! a última hora..., però la meva gent que són tècnics que han de fer inspeccions i tal que han dedicat moltes hores i no hem cobrat ni una, vull dir, això no ha tingut un retorn econòmic, aquest és un dels problemes”.*  
(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)<sup>cxvi</sup>

Al mismo tiempo, las personas pertenecientes a la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), expresan que la articulación de la organización autonómica con el municipio es necesaria para poder abarcar las intervenciones de Salud Pública. En congruencia con ello, sostienen que los recursos municipales sirven para complementar las intervenciones y cubrir la cartera de servicios propuesta por la ASPCAT.

Asimismo, también afirman en las entrevistas realizadas que la dependencia de la ASPCAT para cubrir las prestaciones de servicios en Salud Pública (especialmente de Promoción de la Salud) con ayuda de los recursos territoriales, hace que las diferencias municipales en cuanto a recursos, generen disparidades. Es decir, los municipios que dispongan de recursos podrían coordinarse para optimizarlos y cubrir en mayor medida las propuestas de intervención de Salud Pública. Sin embargo, los municipios con recursos escasos o inexistentes para la Salud Pública tendrían, actualmente, dificultades para cumplir con la cartera de servicios propuesta.

*“Lo que diu la Llei de Salut Pública en aquest moment no podem donar la cobertura o tots els serveis que diu allà no, no els donaríem de cap de les maneres però vull dir sense dubte; estem a hores lluny. Què hem aconseguit nosaltres? Aviem una mini entesa entre determinades persones i tot això, però no... si no hi ha algú que faci..., no hi ha uns serveis municipals aquí ni res, n'hi ha llocs que hi existeixen, els serveis de promoció que les tenen molt més desenvolupades, aquí no existeixen els serveis de promoció evidentment ni en altre localitat, no existeixen com a tals, llavors si pensem que hem de donar cobertura a la cartera de serveis que dirà de l'Agència de Salut Pública evidentment que no, en aquest moment no”* (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 10)<sup>cxvii</sup>

Los niveles directivos encargados del despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) afirman en las entrevistas que, en la pretensión de articularse con el territorio, un objetivo de la creación de la Agència de Protecció de la Salut (APS, antecedente de la ASPCAT), fue que los ayuntamientos conociesen y asumiesen su responsabilidad en Salud Pública y llegasen a establecer vínculos de colaboración entre las entidades locales y el Departament de Salut. Las y los profesionales pertenecientes a los niveles directivos afirman que, al hacer explícita la responsabilidad compartida, ambas instituciones de la Salud Pública asumen un compromiso para que estas competencias sean cubiertas en el territorio.



*“Entonces que pasó, cuando hubo la, eee, cuando se desplegó la Agencia de Protección de la Salud uno de los primeros pasos, porque además así lo señalaba la ley y luego también lo hemos recuperado en la Ley de Salud Pública, es presentarnos a los ayuntamientos y decir, recordarles oiga yo soy la Agencia de Salud Pública o la Agencia de Protección de la Salud ahora dirán yo soy la Agencia de Salud Pública, tengo una serie de competencias y usted tiene las suyas, si no las puede ejercer, lleguemos a hacer un convenio a ver como podemos nosotros colaborar con ustedes para que la población no quede sin servicios. La gran mayoría de las veces que hicimos esto cuando estábamos desplegando la agencia de protección fue que el alcalde se enteró de que tenía estas competencias. Decía ostras esto es mío? No lo sabía o no lo querían saber, pero también se les abrió el cielo porque, el, el espíritu de la, de los ensayos o de la reforma de salud pública, es que son dos administraciones juntas colaborando” (F2/O/SP/NA/M Pág. 10)*

Asimismo, afirman que los recursos y la organización de la Salud Pública en los municipios no es, para las y los profesionales de salud pública entrevistadas/os, comparable ni equitativa. Por el contrario, distinguen entre ayuntamientos que tienen una gran tradición de Salud Pública, de otros que tienen un departamento con escasos recursos y de aquellos que no presentan ningún recurso local dedicado a este propósito. Estos aspectos, remarcan, hacen que el despliegue de la Salud Pública articulando al Departament de Salut y el territorio no se haga de igual forma en diferentes sectores.

*“Jo crec que no... no és homogeni a tot arreu. A més la Garrotxa era un puesto totalment diferent que tota la resta eh... tenia unes peculiaritats molt diferents que la Garrotxa eh, perquè... Englobava tota la salut pública dins del món local. Saps què vull dir? Clar, això és... aquest model, no el trobem... per exemple en aquí la regió no el trobem enlloc més, no? Clar, llavors... era més fàcil implicar el món local, perquè agafant S [nombre de un consorci comarcal], ho agafaves tot. Però és clar, a la resta de... de sectors aquí sí anem al Baix Empordà i tal aquesta figura no hi és” (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 8)<sup>cxviii</sup>*

Las y los profesionales de Salud afirman que, si bien todos los ayuntamientos se rigen por la misma normativa y, por tanto, tienen decretadas las mismas responsabilidades en Salud Pública, los costes de mantener una estructura técnica es para los municipios pequeños inalcanzable, de forma que no pueden dar cobertura de forma autónoma a esta competencias

*“A todo, a los ayuntamientos. Todos están, tienen la misma normativa y en principio deberían tener todos igualmente algún tipo de recurso, pero las economías de escala les desfavorece porque no es , es imposible des de un ayuntamiento de 100 habitantes o de 1000 habitantes poder pagar el salario de un técnico de salud”. (F2/O/SP/NA/M Pág. 10)*

No obstante, las y los profesionales de los niveles directivos de Salud, aseguran que la mayor parte de la población reside en municipios con un censo considerable, que tienen recursos municipales dedicados a la Salud Pública<sup>153</sup>.

*“Entonces el 5 % de los ayuntamientos tienen más de 20.000 habitantes y el 95 % tienen menos de, de 20.000 habitantes, en todos los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, es decir ese 5 % , que por cierto es más del 70 % de la población, eee puedes identificar algún recurso de salud pública, algunos muy grande, yo que se, por ejemplo Barcelona tiene una Agencia de Salud Pública y los pequeños, bueno y los no tan pequeños, Sabadell, Terrassa, todos esos, Rubí , Sant Cugat todos los del área metropolitana que tienen más de 20.000 habitantes por supuesto, tienen centros de salud pública”.* (F2/O/SP/NA/M Pág. 10)

Los municipios con censo reducido<sup>154</sup>, según afirman las y los profesionales de Salud Pública, no suelen tener recursos propios que puedan dedicar a esta cuestión. Manifiestan que estos municipios presentan dificultades notorias para asumir sus propias competencias, y requieren de ayuda técnica y económica de otras instituciones supramunicipales (diputaciones, consejos comarcales, Departament de Salut) para dar respuesta a sus necesidades y competencias de Salud Pública.

*“Pero ¿qué pasa con los otros? pues no tienen a nadie. Tu sabes muy bien que, la la Diputación esta proporcionando ayuda técnica sobre todo ¿no?”* (F2/O/SP/NA/M Pág. 10)

#### ***d.4) El recurso a la crisis político-económica como pretexto del estancamiento en el desarrollo del modelo de Salud Pública***

Aunque las y los profesionales del Territorio y de la ASPCAT se refieren reiteradamente a la necesidad de provisión de recursos, tanto a nivel autonómico como municipal, para posibilitar el despliegue del modelo de Salud Pública de forma equitativa en todo el territorio, manifiestan que la situación actual de crisis económica tiene como consecuencia una escasa inversión en nuevas actuaciones de Salud Pública y repercute en la generación de situaciones de incertidumbre respecto al futuro laboral de quienes intervienen.

---

<sup>153</sup>Estos recursos pueden ir desde disponer de una sola persona encargada hasta contar con estructuras complejas volcadas exclusivamente en labores de salud pública.

<sup>154</sup>Estos municipios integran un porcentaje minoritario de la población, alrededor de un 30% del total de habitantes de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

*“Els grans interrogants del recursos: si canvien les hores, si treuen professors, com aniran les dinàmiques... que ara no... a veure, jo el problema que tinc ara més... la incertesa que tinc en aquest moment no el tinc amb el programa que jo penso que ja he anat fent la feina, sinó els moments que vivim d'incertesa, no? Vull dir, això que t'estava explicant, no? Com que no sabem com quedaran els claustrs, no sabem com tot funcionarà, ara és molt difícil amb aquests grans interrogants poder plantejar temes amb els propis professionals. Convocarem una reunió i la gent estarà pensant si l'any que ve serà al centre, si ho podrà fer... i és clar, igualment que amb les eleccions, jo tampoc sé si l'any que ve hi seré. I tots aquests interrogants i incerteses i el Departament de Salut què farà... és davant de tot això... el programa el tenim preparat, jo crec que a nivell de comarca donat que tenim una situació estable i jo diria en tema de S[empresa] i així tampoc...crec, no sé, que no hi hagi retallades i que no es pugui mantenir la gent de S[empresa], doncs s'intentarà tirar endavant, (F3/EO/SPIE/NT/NS Pág.3)<sup>cxix</sup>*

A los cambios laborales y a la reducción de recursos (amparada en justificaciones por causa de la crisis), cuyos efectos son visibles en el despliegue del modelo de Salud Pública se suma, según manifiestan las y los profesionales de Salud, los cambios en la representación política. Afirman que el cambio de gobierno Autonómico genera una situación de *impasse* en el desarrollo del Proyecto Demostrativo que requiere una redefinición ideológica que permita continuar, o no, con el despliegue de la ASPCAT.

*“El context actual d'entorn que s'ha creat. Hi ha hagut canvi de govern i per tant hem estat uns mesos aturats aviam què passava amb el projecte de Salut Pública. Sabem que continua, i que continuarà, jo crec eh? Igual, o molt igual a lo que estava previst, per tant, tot seguirà igual a efectes de... ideològics, de idea, de cap a on es vol anar. Però això ens ha tingut aturats uns mesos. Emm... no hem pogut continuar venent-nos de la mateixa manera perquè no sabíem què passaria amb la gent concreta que ocupava els llocs, no sabíem els... els propis caps d'equip patien pel seu lloc, deien: És que si desapareixem o no desapareixem, o què passa? Eeeeeemmm... no sabíem si es crearia l'agència o no, els estatuts es publicarien, ara sabem que es publicaran però durant uns mesos no ho hem sabut... bueno, no hi ha hagut cap d'alt a baix, però hi ha hagut com un parèntesi d'anar més a poc a poc o més a veure-les venir. Paral·lelament, ha canviat el... el Departament, de Salut, s'ha creat una secretaria, finalment hem sabut que és una secretaria també de Salut Pública, la d'estratègia de Salut Pública. Perfecte però no... no hem sabut...” (F3/O/Pt/NR/V Pág.8)<sup>cxix</sup>*

Ante este marco de incertidumbre política, social y económica, las y los profesionales participantes en la ASPCAT muestran un cierto conservadurismo en el desarrollo de intervenciones de Salud Pública: plantean no comenzar con acciones complejas e innovadoras. En especial, se limita la coordinación de las intervenciones de promoción de la salud en la comarca y los municipios, por parte de las y los profesionales de la ASPCAT . Justifican este conservadurismo por la carencia de recursos y conocimientos

sobre este área<sup>155</sup> de las/os profesionales de salud pública de la ASPCAT regional y territorial, que están habituados a desarrollar tareas de protección de la salud.

*“També trobo que una petita cosa que es faci i que... i que hi hagi una continuïtat, un seguiment i una avaluació doncs això...no sé, et crearà un impuls per anar agafant cosetes petites. El gran problema seria que ja comencessim a engegar un munt de coses, perquè aviam, ens perdriem, ens desmotivariem i d'aixòs” (F1/O/Pt/NR/F Pág.10)<sup>exxi</sup>*

<sup>155</sup>Las/os profesionales de la ASPCAT del nivel regional y territorial, tienen mayoritariamente una formación en protección de la salud.

## ***EJE II: Desde un modelo de Salud Pública complejo hacia una organización compleja de la Salud Pública***

Este segundo eje en el que se recogen los resultados del análisis realizado concentra los discursos relativos al proceso mediante el cual las y los profesionales entrevistados/as identifican y dan cuenta de las lógicas de relación entre diferentes instituciones en el marco general de organización de la Salud Pública.

La mirada que las y los entrevistadas/as proyectan sobre el modelo de la Salud Pública puede ser calificada, sin ningún género de dudas, como una mirada construida a partir de la complejidad. Es decir, se interpreta y se opera con los componentes de la Salud Pública desde la asunción de que son una multiplicidad de elementos la que pueden influirla, de la toma en consideración del constante dinamismo de los fenómenos que determinan a la salud de la población y, por supuesto, desde el reconocimiento de la intervención de gran diversidad de agentes e instituciones que trabajan temas relacionados con la salud.

El Eje se compone y organiza alrededor de 5 categorías:

- a) Categoría 1: La Salud Pública como sistema de conocimiento-intervención caracterizado por la complejidad.
- b) Categoría 2: La estructura organizativa de la Salud Pública como campo de tensiones entre un funcionamiento jerárquico y una actuación transversal.
- c) Categoría 3: La intersectorialidad como plasmación de la complejidad a través del ejercicio de la acción coordinada en Salud Pública.
- d) Categoría 4: Posiciones institucionales, coherencia discursiva y liderazgo como vectores organizativos de la Salud Pública.
- e) Categoría 5: La ambivalencia del proceso participativo como elemento estratégico para una nueva organización de la Salud Pública.

**a) Categoría 1: La Salud Pública como sistema de conocimiento-intervención caracterizado por la complejidad**

Esta categoría está construida a partir de los componentes esenciales que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para sostener el discurso de la complejidad, concepto del cual se sirven para argumentar sobre la pertinencia de impulsar un modelo de Salud Pública que trascienda las fronteras de las ciencias médicas y que requiere del trabajo coordinado entre diferentes áreas e instituciones. La complejidad es caracterizada en este marco de la Salud Pública como un proceso dinámico (afectado por el tiempo y las situaciones cambiantes), interactivo (mediado por múltiples factores que convergen para determinar el estado de salud de la población) y, por lo que se refiere a la intervención, intrincado. Asimismo, la mirada de la Salud Pública bajo el prisma de la complejidad supone poner en marcha todo un conjunto de sentidos y estrategias de trabajo transversal e intersectorial.

La noción de complejidad, esencial en la definición de la categoría, se organiza en torno a 3 segmentos de sentido que las y los profesionales de Salud Pública manejan en sus discursos. Concretamente:

- a.1) La multifactorialidad como determinante del continuo salud-enfermedad.
- a.2) La retroalimentación mutua de conocimiento, intervención y situación como propulsor de la complejidad
- a.3) La Salud Pública como catalizador comunitario

***a.1) La multifactorialidad como determinante del continuo salud-enfermedad.***

Las y los profesionales de Salud entrevistadas/os entienden que apenas existen problemas Salud Pública provocados por un solo foco causal. Por el contrario, argumentan que estos problemas se caracterizan por ser multifactoriales, puesto que su aparición depende de la interacción de causas de origen diverso (biológicas, estilos de vida, ambientales, etc.). Asumen, además, que su abordaje requiere intervenir sobre todos los posibles factores que determinen la aparición del problema de salud (por ejemplo, el sedentarismo, la alimentación, el estrés, etc.) y manifiestan que, aunque los

problemas sean causados por un número muy reducido de factores claramente delimitados, suelen exigir la participación de más de una institución gubernamental, organizaciones no gubernamentales y/o entidades privadas.

*“Departamento de Salud, Vivienda, Trabajo, Educación, Medioambiente, Urbanismo, etc, etc, no?! Todos los elementos que tienen que ver con realizar políticas que van a impactar sobre laaaa... sobre la salud pública”.*(F2/O/SP/NA/M Pág. 1)

*“Les diputacions, aquí a Girona tenim el Dipsalut, que és un element important amb molts recursos, i que ve de la diputació que està dintre de la diputació. Per tant és un altre... és una altre singularitat. Els sectors econòmics. En Salut Pública amb els sectors econòmics. Quan parlem amb la indústria... bueno, pues quan parles amb els flaquers per demanar que facin pa amb menys sal, o parles amb els fabricants d'embotits que facin embotits amb menos sal, pues estàs fent intersectorialitat”* (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18) <sup>cxix</sup>

### **a.2) La retroalimentación mutua de conocimiento, intervención y situación como propulsor de la complejidad**

De análisis de las entrevistas se desprende la asunción de que las condiciones de vida, valores, creencias y relaciones de las personas se encuentran mediadas por diferentes fuentes de sentido, cuyos objetivos pueden ser diversos según su componente ideológico, político, social, económico, etc. En este sentido, las y los profesionales de salud pública expresan que es necesario trabajar con los diversos ámbitos de influencia en la vida de las personas para homogeneizar discursos y acciones y dirigirlos hacia un modelo de Salud Pública acorde con los discursos institucionales difundidos abiertamente.

*“És clar, a veure un bollicao, s'ha de lluitar perquè tot un màrqueting social no? perquè si menges un bollicao doncs quan surts de... Saps? Coses que surten per la tele. Llavors tot això també es pot... es pot anar treballant amb els sectors no? que ara també des del ministeri ha sortit una normativa que s'ha de treballar amb això, amb el contingut en greixos, dels aliments”* (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16) <sup>cxix</sup>

En especial son las y los profesionales de Salud Pública los que focalizan su atención sobre los determinantes sociales de la salud y quienes, continuamente, hacen explícita la interrelación entre la situación, social, política y económica que enmarca las posibilidades del desarrollo de la salud. Es por este motivo que acostumbran a insistir

en la necesidad de hacer trascender las políticas e intervenciones de Salud Pública más allá del ámbito médico.

*“Doncs, si anem a canviar el determinant...anem a posar, en aquest moment, la visió de salut...I anem a sortir fora de l'entorn del departament i a treballar conjuntament amb l'ajuntament. I què fen? Ho fen tot directament des d'aquí i fem un programa vertical que arribi a tots els llocs igual? No oye! (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4) <sup>cxxiv</sup>*

### **a.3) La Salud Pública como catalizador comunitario**

Las y los profesionales de Salud Pública sostienen que ésta tiene que tomar en consideración y adecuar su actuación a los elementos políticos, sociales y económicos de la comunidad donde se desarrolla.

*“A nivell de Barcelona, i aprofitant els Plans de Desenvolupament Comunitari, això s'està fent. A nivell de la resta de Catalunya, l'ho estem intentant veure com lo podem articular dintre del marc de les dinàmiques normals de cada territori” (F4/O/Pm/NA/M Pág.5) <sup>cxv</sup>*

Asimismo, también aprecian la Salud Pública como una herramienta útil para promocionar unos valores sociales específicos. En este sentido, las y los profesionales entrevistadas/as destacan explícitamente el rol que puede jugar la Salud Pública para mantener a la sociedad activa y productiva<sup>156</sup> y, de forma implícita, el papel que podría representar en la reproducción de hábitos y formas de ser acordes con la sociedad occidental mediterránea y europea.

*“L'alimentació mediterrània, aquell distintiu, saps...? És un programa que has de complir una sèrie de requisits, val? Per exemple, per dir-te un exemple, has de complir que el 50% de les postres ha de ser fruita fresca i iogurt, que amb el pa hi ha d'haver l'opció de triar pa integral, que a la taula has de tenir oli d'oliva per poder d'això. Una sèrie de coses, de requisits que has de complir, que també van amb l'alimentació mediterrània. Si ho compleixes, doncs et donen un distintiu. A més a més d'això doncs has de promocionar caminades saludables, o tenir tríptics de centres excursionistes o coses promocionant... Si compleixes tot això doncs et donen un distintiu que hi diu que el teu restaurant és AMED. En la mateixa mediterrània, surts en una web que te'nm fan propaganda i d'això” (F1/O/Pt/NR/F Pág 12) <sup>cxvi</sup>*

---

156Tratados en el Eje III, en la categoría 2: “La Salud Pública y el engranaje productivo en tiempos de liberalización y privatización”.



**b) Categoría 2: La estructura organizativa de la Salud Pública como campo de tensiones entre un funcionamiento jerárquico y una actuación transversal**

Esta categoría reúne los discursos que las y los profesionales de salud sostienen sobre la estructura organizativa existente en la Salud Pública. Afirman que se trata de un modelo organizativo jerárquico (estructurado mediante niveles con una gradación central, regional y territorial) que coexiste con una forma de trabajo transversal.

En defensa de la transversalidad, las personas entrevistadas argumentan que, dado el carácter multifactorial de los problemas de salud, es necesario abrir los límites de trabajo de cada área especializada de la organización de Salud Pública hacia un trabajo coordinado con la finalidad de actuar eficazmente sobre la salud poblacional.

En congruencia con el marco que encuadra esta categoría, se recogen las descripciones y los argumentos que las acompañan que las y los profesionales hacen de la estructura de Salud Pública existente del Departament de Salut, sus funcionalidades, sus límites y sus búsquedas para el establecimiento de vínculos de intervención, que han sido estructurados en torno a 2 segmentos de sentido:

- b.1.) La jerarquía orgánica y funcional de 3 niveles de la Salud Pública
- b.2.) La transversalidad como dominio cooperativo y multidisciplinar

***b.1.) La jerarquía orgánica y funcional de 3 niveles de la Salud Pública***

Las y los profesionales entrevistadas/os describen la organización de Salud Pública en base a tres niveles, que les sirven para dar cuenta de su funcionamiento a partir de una estructura jerárquica cuyas funciones y localizaciones están claramente delimitadas.

Describen un nivel central como el estrato a partir del cual se definen los problemas de salud y se dirigen las estrategias hacia al territorio: Es el centro funcional pensante de la organización, el que integra y pondera los *inputs* del mundo exterior (obtenidos mediante estudios y análisis) y, a su vez, envía directrices para la acción localizada en espacios específicos.

*“El cervell de la organització està reformat, té uns criteris té un discurs, i, ens ha enganxat l’aturada, a una cúpula formada” (F3/O/Pt/NR/V Pág.5)<sup>cxvii</sup>*

Identifican el nivel central como foco de origen del saber y foco impulsor de las acciones y atribuyen a las personas que lo conforman el manejo de saberes especializados y el ser fuente legítima de conocimiento en salud. Así, las y los profesionales de Salud Pública describen el nivel central de la organización como el marco donde se sitúa el análisis y los conocimientos de la salud, siendo sus integrantes quienes los producen y los difunden.

*“Perquè venen dos tècnics de Barcelona a les nostres reunions. I ells porten quinze anys, vint anys, fent programes de tabac. I clar això és... (...) bueno en saben... en saben molt. Perquè son gent que han estudiat, no? Son d’aquests que jo dic de despatx. D’estudiar i també d’anar a difondre no? Perquè bueno, han treballat molt això. I jo penso que aquí és la... la cosa aquesta no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)<sup>cxviii</sup>*

Las *regiones sanitarias* constituyen el nivel intermedio de la organización de la Salud Pública. Se trata del ámbito en el que se articulan las necesidades territoriales y los lineamientos del nivel central. Las y los entrevistadas/os definen a las/os profesionales que desarrollan su actividad en este nivel como las/los estrategias que realizan propuestas al nivel central, aunque es este quien, finalmente, decide aceptarlas acepta o no.

*[sobre el nivel central y su vinculo con la región] “Però bàsicament d’alguna forma, aquest d’aquí són arte i parte d’alguna forma de fer una proposta estratègica, igual que nosaltres quan fem el Pla de Salut, que fem en el Pla de Salut, fem una proposta de Pla de Salut amb una anàlisi no sé una proposta, però aquesta proposta no s’ha aprovat fins que no passa més a munt, aquest més a munt te la poden tombar, o te la poden aprovar, normalment te l’aproven” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 17)<sup>cxix</sup>*

Las y los profesionales adscritas/os a este segundo nivel son caracterizadas/os, especialmente, como quienes toman las directrices del nivel central y las traducen en una planificación específica, teniendo en consideración la situación del territorio y los recursos existentes. Sostienen que es en esta tarea que las y los profesionales de Salud Pública de la región, además de planificar, se articulan con el territorio para negociar responsabilidades y acciones específicas con el propósito de cumplir con los objetivos de salud planteados a nivel central.

*“Perquè normalment qui ho ha fet són els tècnics que més saben d’aquella cosa, llavors una vegada l’has aprovada es quan tu lo que diu aquí l’has d’operativitzar i ho fas (...) doncs aquí seria una mica, aquest*

*els que formen part bàsicament de la proposta estratègica que és discuteix aquí” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 17)<sup>cxxx</sup>*

*“s’hauria de fer per cadascuna de les Àrees Bàsiques a veure exactament què es pot fer, cadascuna de les Àrees Bàsiques o cadascuna de les zones del territori juntament amb les escoles del territori assentar-se i mirar a veure què es pot fer i amb la comunitat, o sigui s’hauria d’agafar a nivell casi et diria d’Àrea Bàsica municipi , amb els responsables per veure això d’aquí, què podem fer cada un abans de començar a fer res” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 7)<sup>cxxxi</sup>*

Finalmente, describen a los *equipos territoriales* como el nivel inferior, el brazo ejecutor de las directrices del nivel central adaptadas según la planificación de la región. Sus profesionales son identificados/as como *la tropa*, aquellas/os que están en el terreno actuando a partir de las ordenes de la región.

*“Si, tu tens aquí un... tu abans tenies la... la tropa... un equip tropa i aquí tenies un coordinador. Si aquest és un 22, aquest posem-li un 23... Molt, molt a prop no? És... és com el delegat de la classe, un que li dius ara coordina'm l'equip. Molt bé, tens aquí tot de... I això, que era l'estructura clàssica, ja penjava d'uns... potser responsables funcionals a nivell regional amb un cap regional... regió, territori, i serveis centrals, no”? (F3/O/Pt/NR/V Pág. 2)<sup>cxxxii</sup>*

Las y los profesionales de la región afirman que los *equipos territoriales* realizan trabajos específicos, muchas veces ajenos al la visión holística de la salud que las *regiones sanitarias* y el nivel central dicen promover. Atribuyen esta situación a la tipología de trabajo que las y los profesionales del Territorio realizan habitualmente. Se trata de actividades específicas que parcializan la complejidad de la Salud Pública en áreas de acción concreta debido, principalmente, a la falta de formación en una mirada global acorde con los planteamientos de los niveles superiores (central y regiones sanitarias). Argumentan que los *equipos territoriales* obedecen siguiendo los lineamientos marcados por los rangos superiores, pero sin conocer el sentido actual de la Salud Pública que propone la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) desde los niveles centrales y regionales. En este sentido, aseguran las y los entrevistadas/os, los *equipos territoriales* al ser quienes, día a día, actúan en el territorio van construyendo la Salud Pública desde su parcialidad.

*“Una cúpula formada, o diguem-ne alineada, però al territori no. I tots aquests valors que l'organització trasllada,(...) Quan un servei regional, es relaciona amb un ajuntament, puc tenir un discurs. I... però no aconseguim que els inspectors, a sobre el terreny i en la relació diària tinguin aquest discurs. Per tant l'organització només ha pogut vestir amb aquest discurs cúpules. Per tant les funcions que surten d'aquesta estructura de l'organització, estan alineades, i les funcions que surten d'aquesta, encara no estan alineades”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)<sup>cxxxiii</sup>*

La justificación que las y los profesionales de Salud pública confieren a la estructura jerárquica que concibe *cerebros, estrategas y tropas* en la acción de Salud Pública se basa en el discurso de la equidad. Afirman que solo un órgano superior es capaz de garantizar una visión global y la cobertura de Salud Pública en toda la Comunidad Autónoma. Bajo este prisma, el trabajo en salud (ausente de la supervisión de los niveles centrales y la planificación regional), podría generar desigualdades territoriales o prácticas parciales que se escapan del bien común de la Comunidad Autónoma.

Las y los profesionales de las *regiones sanitarias* aseguran que el territorio dota de información específica que permite matizar las acciones propuestas desde niveles superiores. Pero, al mismo tiempo, consideran que el conocimiento específico y profundo de su propio territorio, actúa en detrimento de un saber generalizado sobre la situación de la Región Sanitaria y la Comunidad Autónoma (que atribuyen a las Regiones Sanitarias y al nivel central del Departament de Salut). Este saber parcializado, que las y los profesionales de las regiones sanitarias atribuyen al territorio, deriva a considerarlos menos fiables para valorar la propia situación del territorio en relación a una estrategia de las *regiones sanitarias* o del nivel central.

*“Jo crec que el professional que està amb el territori, pos coneix bé el que ha de fer el d'aixos però no té exactament ni el mateixos ímputs ni les mateixes... nivells de coneixement. Amb lo qual no vull dir que no en tinguin de coneixements eh?! Tenen un coneixement molt... probablement... molt... mooolt... important, de la seva zona, però no tenen la visió de conjunt del global i no poden valorar tant si estan millor o pitjor que un altre lloc corre... concret” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 10)<sup>cxxxiv</sup>*

Desde la perspectiva de las y los profesionales de las *regiones sanitarias*, la tarea del territorio en la planificación de acciones de Salud Pública es aportar información y propuestas para adaptar los lineamientos del Departament de Salut a las situaciones específicas del territorio y hacerlas más efectivas. Sin embargo, los lineamientos desde los niveles centrales y la operativización y el control hacia los niveles territoriales por parte de las *regiones sanitarias* son concebidos como garantes del seguimiento de un discurso de salud común en todo el territorio. Por este motivo, las y los profesionales de Salud Pública afirman que el territorio no puede tomar decisiones de intervención de forma independiente, sino que es quien informa y obedece a los mandamientos de las estructuras superiores.

*“D'aquí del territori, per fer estratègies. En aquest moment, no té sentit... l'equip local no pot decidir ell solet. Sense les prioritats que li vinguin de més amunt. Ara volia un Pla de Salut per enrollar una estratègia del departament amb unes prioritats. Val? Llavors a aquests se'ls hi ha de dir: goita! Aquestes son les prioritats d'aquest any. A vera com ens hi posem? Llavors el territori hauria de fer una proposta,*

*s'hauria de valorar si és la proposta adequada, si no s'han deixat res, si s'han deixat algo o ha també iniciat algo, haurien de demanar-ho en aquest equip més gran, i després començar a treballar” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 19)<sup>xxxxv</sup>*

### ***b.2.) La transversalidad como dominio cooperativo y multidisciplinar***

Las y los profesionales de Salud recurren al discurso de la complejidad para dar cuenta de la necesidad de hacer trascender la Salud Pública en todos los ámbitos de intervención pública<sup>157</sup>. Bajo la concepción actual de la salud como un todo complejo e interrelacionado, plantean que las estructuras de trabajo requieren integrarse dentro de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) como un equipo multidisciplinario coordinado. Es decir, pasando de centrar las metas institucionales en el logro de objetivos específicos, para pasar a concebir cada una de las estructuras de salud formando parte de un puzle en el que cada una de las piezas tiene metas concretas pero que “encajan” con las demás y, al unirse, dan sentido a una finalidad global: la Salud Pública. Bajo esta idea, las y los profesionales definen al trabajo transversal como una manera de incorporar a cada área un sentido de equipo, en el que cada área cumple su función pero donde la suma de todas ellas hace la Salud Pública.

*“Bueno el... el... en transversalitat, què consisteix lo que és salut en totes les polítiques que és poder aglutinar... fa salut pública joventut, fa salut pública agricultura fa salut... és intervenir en tot això. No té... no vol dir que fem de tot a tot arreu. Allò nosaltres no teníem... Jo me'n recordo al principi de sortir el primer esborrany de la Llei de Protecció de la salut que es parlava d'equips multidisciplinars. (...) Som una agència que pot intervenir, que pot coordinar, que pot opinar amb tot, però necessàriament cada departament segueix fent lo seu. Si no és una agència que faci de tot, si no que cada departament segueix fent lo seu, i nosaltres tenim un transversalitat”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)<sup>xxxxvi</sup>*

Las entrevistadas y entrevistados construyen el concepto de transversalidad a partir de la identificación de una institución a la que diferentes áreas pertenecen. Si bien, en sentido estricto, se refieren al trabajo coordinado desde diferentes áreas de la ASPCAT,

---

<sup>157</sup>En la categoría 2 “La Salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un propósito” del Eje I examiné, como resultado del análisis, diferentes áreas de problematización e intervención que las y los profesionales de Salud Pública describen como propias de esta ámbito de saber-intervención: (a) Protección de la Salud, área donde se identifican y gestionan riesgos; (b) Promoción de la Salud, ámbito de intervención sobre las prácticas cotidianas de las personas en aras de “alcanzar el máximo bienestar poblacional”; (c) Prevención de la Enfermedad, área estrechamente vinculada a la Promoción, pero centrada en aquellos aspectos que puedan evitar el desarrollo de una enfermedad o empeoramiento del estado de salud de la población; y (d) la Vigilancia Epidemiológica, que consiste en la monitorización del estado de salud de la población.

en ciertos casos aluden un trabajo transversal más extenso, identificando como institución común al Departament de Salut.

Diferencian el concepto de transversalidad del de intersectorialidad<sup>158</sup>. Mediante el primero aluden a las relaciones que se establecen dentro de la organización de referencia (ASPCAT o Departament de Salut), mientras que el segundo atañe a las relaciones que la institución realiza con otros ámbitos de saber-intervención ajenos a la organización.

*“Quan parlem d’intersectorialitat, com que ja estem parlant de fora, ja no estem parlant dintre de la mateixa Generalitat de Catalunya (...). Quan parles d’intersectorialitat, les realitats són molt diverses”.*  
(F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)<sup>exxxvii</sup>

La incorporación de la mirada transversal a la organización generó, a juicio de las y los profesionales de Salud Pública, ciertas reticencias por el significado que le era atribuido. Afirman que muchas/os técnicas/os de Salud Pública pensaban que el trabajo transversal implicaba perder la especificidad de su ámbito de saber-intervención y que, con ello, estaban bajo la amenaza de verse obligadas/os a hacer intervenciones diversas que podrían distar de su formación inicial.

*“Eem I va haver-hi una gran controvèrsia perquè la gent interpretava que ara haurem de saber de tot no? Ara haurem de fer de tot”*  
(F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)<sup>exxxviii</sup>

En contraste, los niveles directivos de salud pública argumentan que, lejos de pretender que todas las personas hagan trabajos dispares, el modelo de transversalidad plantea la creación de equipos multidisciplinares compuestos por especialistas. Es decir, cada área mantendría sus funciones y objetivos específicos, a los cuales (sin perder de vista la especificidad de cada área) se añadiría una visión de conjunto. De este modo, el modelo de transversalidad mantiene la legitimidad de cada área y busca la articulación entre ellas como forma de unificar esfuerzos para abordar la realidad compleja en la que cada una de las áreas interviene.

*“I en realitat s’estava parlant de persones especialistes dintre d’equips multidisciplinars, és a dir, que siguin els equips els que siguin pluripotencials, però no les persones. Jo puc ser un especialista en seguretat alimentària dintre d’un equip pluridisciplinar, no? això mateix traslladat a l’agència, jo crec que vindria a ser el mateix”.*  
(F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)<sup>exxxix</sup>

---

<sup>158</sup>Examinada como categoría 3, “La intersectorialidad como plasmación de la complejidad a través del ejercicio de la acción coordinada en Salud Pública”, de este mismo Eje.

Las y los profesionales de Salud encuentran la mayor dificultad en el despliegue de un trabajo transversal en la propia estructura de la organización de Salud. La estructura jerárquica mediante la que está conformado el Departament de Salut y la ASPCAT dificulta, a juicio de las/os entrevistadas/os, el desarrollo de un trabajo transversal. Afirman que existen reticencias para trabajar coordinadamente entre las y los profesionales que ven en peligro su espacio de poder y entre quienes no reconocerían la legitimidad de las personas que, posiblemente, estarían llamadas a ocupar cargos en niveles directivos.

*“Doncs dintre del Servei Regional la M [nombre] aviam, evident evident, té problemes amb la directora de Serveis Territorials, bueno, no s'entenen, no parlen el mateix idioma, i l'epidemiologia amb la N [nombre], amb la N [nombre] i la P [nombre] . No parlen el mateix idioma i d'això. Que hi han enveges? Doncs sí, doncs sí. Jo pel que sé la P [nombre] això, que a lo de l'Agència de Protecció de la Salut no hi pugui intervenir i d'això li dol, val?” (F1/O/Pt/NR/F Pág.17)<sup>exl</sup>*

*“E: Sí aviam, la N [nombre] és la cap d'epidemiologia. La N [nombre] és metge i la M [nombre] és biòloga. Què passa? Doncs que tots els tiros diuen que la M [nombre] serà de directora de l'Agència de Salut. Clar, costa que una metge no es vegi en aquest càrrec.*

*I: És clar, val. I posa...*

*E: Jo, és lo que conec. Evidentment lo que desconec no d'això però no sé, vull dir... és lo que em penso. Vale? Tampoc... Però no tenen... es respecten i d'això però... no sé, no... en un moment donat sí que pots veure una mica de clima de bon rotllo però no...no, és lo típic.” (F1/O/Pt/NR/F Pág.18)<sup>exli</sup>*

En relación a este aspecto, las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que es necesario re-definir roles, reconocer la heterogeneidad profesional, y calibrar las funciones que juegan en la organización los diferentes ámbitos de saber-poder para reducir la desconfianza sobre el proceso por miedo a la perder poderes.

*“E: (...) jo no interpreto pas que el fet de que vingui en J [nombre] hagi de preveure que la M [nombre] ha de desaparèixer i jo hagi de desaparèixer. Jo no ho interpreto aixis. Si s'interpreta aixis, vol dir que aquí tenim un petit conflicte de... de, de papers diguem-ho aixis.*

*I: Clar.*

*E: No es tracta de pensar és que hi ha masses galls al galliner perquè penso que seria un error. Penso que el paper de cada un és molt diferent.” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 5)<sup>exlii</sup>*

La rigidez que suele mostrar el carácter vertical de la organización por las reticencias a perder espacios de poder es, según manifiestan las y los profesionales de Salud Pública, un gran impedimento para lograr un desarrollo del trabajo transversal. Esto se debe a

que la posición jerárquica superior dificulta en, muchos casos, el desarrollo de actividades cooperativas entre el personal técnico y entre diferentes áreas o instituciones, actuando como barrera que filtra las decisiones técnicas.

*“Vull dir jo que sé, les estructures jo... ai, les estructures, com es diu? La jerarquia, val? És el gran problema. A vegades un perquè té un càrrec superior doncs sembla que hagi de fer més coses o que s'hagi de sentir superior, val? Però el que importa és que aquests funcionin com un equip independentment que aquest vingui de S[consorci comarcal] , l'altre vingui de no sé on i l'altre vingui de salut” (F1/O/Pt/NR/F Pág.8)<sup>cxliii</sup>*

Ante esta circunstancia, las y los profesionales de Salud que apuestan por un trabajo coordinado entre áreas e instituciones, aseguran que desarrollan estrategias informales para encontrar espacios que les permitan llevar a cabo las tareas propuestas desde una perspectiva transversal (entre áreas de la organización) e intersectorial (de la organización con otras instituciones).

Pero, al mismo tiempo, afirman que, al tratarse de estrategias informales, hacen que en muchos casos la actuación intersectorial y/o transversal sea un trabajo dificultoso, producto de alianzas momentáneas, voluntades personales y búsqueda de espacios de fuga a la estructura jerárquica.

*“Tenim l'habilitat no? de buscar-nos espais no? I tot que a vegades no anem a la velocitat que volem no, perquè hi ha molts buits poder en aquest procés hi ha moment que se'ns atura perquè el dia a dia se'ns menja i les dificultats se'ns mengen no? Llavors a vegada tenim com a gaps. Que dies ostres m'haig de posar amb allò? Per altra banda jo penso que hem tingut experiències gràcies a la F que ens ha facilitat la participació de Salut als Barris que hem començat ja a treballar amb agents nostres al territori de protecció que ja els estem educant cap a la promoció i a més això és una experiència molt bona” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 1)<sup>cxliiv</sup>*

Ante esta situación, aunque la institución mantiene su estructura vertical, las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT argumentan que el énfasis del nuevo modelo de Salud Pública en la realización de un trabajo transversal, implica aumentar los flujos y el intercambio entre las diferentes áreas y entre los diferentes niveles de la organización. Asimismo, plantean la necesidad de implantar un modelo de descentralización, concebido como forma de hacer llegar la Salud Pública al territorio, lo que conllevaría la creación de nuevos espacios y cambios de dinámicas organizativas donde la comunicación en sentido vertical y horizontal se volvería una norma más que una hazaña de resistencia a la autoridad.

*[en relación al año 2011] “O sigui, en aquests moments ara m'ho miro i diríem: ostres, és la era la foto del 2009, perquè ara hem avançat molt*



*en relació amb permear a l'organització. Ara ja tenim referents de promoció en cada una de les regions” (F4/O/SP/NA/M Pág.7)<sup>cxlv</sup>*

Las y los profesionales implicados/as en el despliegue de la ASPCAT afirman que la incorporación del modelo transversal en Salud Pública requeriría de un cambio de concepción del trabajo cotidiano. Para ello, describen la importancia de desarrollar un sistema formativo orientado a transformar la mirada compartimentada del trabajo en Salud Pública en una mirada transversal e intersectorial.

Consideran que la búsqueda de permeabilidad de la organización y que mantiene el discurso de descentralización se puso en marcha a partir de la lógica jerárquica de la organización. De este modo, desde los niveles más altos de la organización, se comenzó a formar una mirada transversal. Afirman las/os entrevistadas/os que el proceso formativo se inició en las esferas de alto nivel directivo de la organización de Salud Pública y fue bajando hacia los niveles que se encuentran en la parte inferior de la estructura piramidal de la organización

*“Tinguent en compte que com que s’ha començat de dalt a baix, els PDO van començar pels directius, comitè de direc... bueno, comitè de direcció no, en van fer un l’any passat, va començar per els subdirectors i... no, subdirectors no, caps de servei. Caps de servei ja n’hi havia un piló perquè, prop de vint-i-pico a tot el territori més tots els de servei central, més els de serveis regionals, pum, pum, pum, pum, pum... I es van polir tres o quatre edicions només formant caps de servei. Llavors clar, has anat baixant, i has anat deixant fora tot el (no se entien una palabra) de l’organització. Emmm, clar, es podia haver començat de dalt a baix o de baix a dalt. S’ha començat de dalt a baix”.* (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)<sup>cxlvi</sup>

La formación iniciada desde el nivel superior de la estructura piramidal de la organización se vincula, a juicio de las/os entrevistadas/os, al poder que le atribuyen a cada una de las personas según su posición en la organización. Sugieren que son las personas del estrato superior quienes se encuentran en posiciones de poder de movilizar agentes y recursos, a quienes se les atribuye el liderazgo del cambio.

*“X [nombre] no deixa de que és un tècnic que fins fa molt poc no en coneixia gran cosa, i no té la capacitat de lideratge que té la M [nombre]. O sigui pot ser que tècnicament potser inclús en pugui saber-ne, no sé si més, o, o, o per l’estil; però no té la capacitat de lideratge que pugui tenir la M [nombre], quan diu una cosa la M[nombre]”<sup>cxlvii</sup>* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 4)

El proceso de formación bajo una perspectiva múltiple y un trabajo intersectorial y transversal en Salud Pública se queda en los niveles superiores de la ASPCAT, según manifiestan las personas implicadas en su despliegue. Es decir, apenas llega a los

niveles intermedios de la organización y está ausente en la labor que las/los agentes territoriales desarrollan cada día. Esto, expresan, hace invisible el cambio a un trabajo transversal por parte de los propios agentes de la ASPCAT que actúan en el territorio.

*“Has format els directius, d’acord, té tota la lògica, són els que han d’impulsar després no? Ara anàvem a continuar, anar baixant, cap als responsables i coordinadors. Aquest primer nivell més bàsic de coordinació. I no hi ha hagut calés, això ja s’ha aturat, s’han hagut de parar els PDOs. Aviam si... si es reprenen o passa algo ja tenim la gent distribuïda per edicions i en tres anys ja es anava a formar a tothom. S’ha parat. Per tant aquí, hi ha una esquerda en aquí al mig, entre els que han d’executar, entre les mans i el cervell” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)<sup>exlviii</sup>*

La no inclusión de los y las profesionales de niveles intermedios-bajos de la organización genera, según las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT entrevistadas/os, una separación estos hacia la institución y, por tanto, lleva a distanciar el trabajo de cada agente con el objetivo general la organización. Esto haría que los cambios promovidos por la estructura de Salud Pública no sean efectivos en las prácticas de salud que se materializan en lugares y momentos concretos.

*“Les persones tenen sensació d’estar fora del tren del desplegament, cosa que és molt preocupant. És a dir els inspectors de càrrega diuen, això no va amb nosaltres no... parlo del desembre de l’any passat eh? Emm... esteu fent un canvi i nosaltres no hi som convidats. Eeeh... distància amb el servei regional. El següent nivell jeràrquic d’un inspector de territori o d’un sanitari del territori és el servei regional, ja molt més que el món llunya, Roc Boronat tot això cau molt lluny. I ells diuen hi ha molta distància amb el servei regional. És aquesta primera corona que et comentava de la direcció. Quant trobo una primera corona que sap de què parlem, i fora d’aquí... la nada, no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 2)<sup>exlix</sup>*

Asimismo, quienes se posicionan en niveles intermedios de la organización expresan que la falta de formación en el nuevo modelo de Salud Pública genera inseguridades para quienes tienen que coordinarse directamente con el territorio, aspecto que limita el liderazgo de la ASPCAT en el territorio.

*“Lo que necessitem o que necessitaríem seria formació, de moment el Departament no ens n’està donant, val? Aviat ja serem Agència de la Salut Pública però de moment aquesta informació no l’estem rebent però ja hem de començar a iniciar programes de promoció. A més a més, que som uns quants que l’hem de liderar això ho hem de transportar al territori. Clar, aquesta persona el què vol és seguretat, que tingui seguretat i que la persona que tingui a dalt també n hi demostrí de seguretat i jo que tingui jo algu aquí que tambe men*

*demostrí, aquí potser si que hi es, pero es clar, aquí hi ha 60 persones que fan promoció” (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)<sup>cl</sup>*

Con todo, si bien las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT afirman que la formación en una mirada transversal es necesaria para dar pie al paso de un trabajo vertical a uno más coordinado horizontalmente, no es suficiente para garantizar un trabajo transversal. Desde su óptica, manifiestan que una vez sea adquirido el conocimiento teórico, éste debe ser interiorizado como un hábito en la práctica cotidiana de quienes trabajan en Salud Pública, aspecto que plantean-difícil por requerir romper con la tradición especializada y compartimentada del trabajo en salud.

*“Les estructures canvien, costen molt de canviar-les, és molt complicat, però justament aquest equip operatiu en el territori lo que hi ha és representació de totes les franges verticals per veure si s’horitzo, bueno es fan més horit, bueno perquè col·laborin de manera més horitzontal no? Ara fins a quin punt amb aquest equip doncs es podràa coordinar i fer més horitzontal les activitats,(...) Però realment és difícil no? és com dir... com passar de coneixement a hàbit no? és una mica això no? de com passar de que les coses han, poden funcionar d’una manera diferent que potser és molt més eficient a realment que es facin d’aquesta manera, tots estem molt, tenim una inèrcia”.* (F2/EO/V/NR/M Pág. 3)<sup>cli</sup>

En los esfuerzos por permeabilizar la organización, las y los profesionales de los niveles directivos agregan a la formación y a la articulación en la práctica, la creación de una figura intermedia de inspector/a de sector. Esta figura cumpliría la función de trasladar la información del territorio a un nivel de autoridad superior. Es decir, se trataría de una figura elevada ligeramente del espacio territorial hacia un nivel intermedio de coordinación entre el territorio y la planificación estratégica de la región y su tarea consistiría, esencialmente, en contribuir a la conexión entre las intervenciones que desarrollan las/os técnicas/os que trabajan directamente en el territorio, y los lineamientos propuestos por la Región Sanitaria.

*“Que és, jeràrquicament més elevat que molts d’aquests, que treballa colze amb colze amb la direcció, i que està físicament en el territori, no sé com dibuixar-t’ho perquè s’entengui que aquest senyor està situat aquí”.* (F3/O/Pt/NR/V Pág.3)<sup>clii</sup>

Sin embargo, las y los profesionales de los niveles directivos expresan que, la incorporación de una nueva figura en la escala jerárquica, no consiguió cumplir la función para la que fue creada. Por el contrario, la falta de formación en una mirada intersectorial y transversal de la Salud Pública hizo que estos/as no conozcan sus funciones orientadas a permeabilizar la ASPCAT y, por el contrario, acabaran actuando

como competencia con quienes antes eran compañeros/as, generando así conflictos en el territorio.

*“Llavors què passa? (...) Aquest senyor ha promocionat, pues... no? laboralment i tot plegat, i aquest senyor, aquest, com que ve d'aquí, el que ens passa més habitualment és que faci la feina d'aquest senyor, una mica millor. Amb lo qual, anul·la, sense voler... no? aquests senyors es dediquen a coses tant mundanes com passar-nos una declaració de dietes o una... controlar els horaris de la gent. Això és una cosa que s'hi ha de posar diners per una raó estratègica d'implantació en el territori, no? També fan això, anul·len aquests. I aquests estan emprenyats. Llavors quan... la reflexió que van fer a l'octubre van dir, necessitem formar amb PDO<sup>159</sup> amb aquesta gent, perquè és la gent que està a trinxera” (F3/O/Pt/NR/V Pág.3)<sup>cliii</sup>*

### **c) Categoría 3: La intersectorialidad como plasmación de la complejidad a través del ejercicio de la acción coordinada en Salud Pública**

Esta categoría se estructura en base a los discursos que las y los profesionales mantienen en relación con el reconocimiento de la complejidad de los fenómenos de Salud Pública y la necesidad de trascender las intervenciones de salud yendo más allá de los límites que marca el del sistema sanitario. Partiendo de la premisa de que los problemas de salud tienen un origen multifactorial, defienden como ineludible el trabajo coordinado entre las diferentes y heterogéneas áreas de saber-intervención. Es decir, abogan por trabajar intersectorialmente.

La intersectorialidad<sup>160</sup> es utilizada en los discursos analizados como una noción que destaca por remitir, sintetizándola en un vocablo, a una dimensión práctica. Hace referencia a las acciones coordinadas emprendidas por agentes involucrados en la consecución de un objetivo común recurriendo a sus responsabilidades y competencias y específicas. Lo esencial de esta coordinación en el marco de la intersectorialidad es que cada agente conserva sus particularidades y que el acoplamiento entre agentes está

159Plan de Desarrollo Organizativo.

160En las entrevistas, las y los profesionales hacen referencia a la intersectorialidad para referirse coordinación entre sectores gubernamentales (que propiamente es lo que en el apartado teórico abordé como intersectorialidad) pero también utilizan el concepto de intersectorialidad para referirse a la coordinación de las instituciones gubernamentales con instancias no gubernamentales (ONGs, empresas, consorcios, etc), esta última noción es más acorde al concepto de gobernanza. Sobre La conceptualización de intersectorialidad y gobernanza véase el capítulo 4 “*Transversalidad, intersectorialidad y gobernanza conceptos para la salud Pública*” de la Segunda Parte de la tesis.

orientado a evitar duplicidades en las intervenciones para hacerlas más efectivas y optimizar recursos.

En las coordenadas del trabajo intersectorial en Salud Pública destacadas por las/os entrevistadas/os, el territorio ocupa un lugar relevante puesto que es donde las intervenciones se hacen efectivas pero, también, por ser objeto de controversia en la medida que se plantea la interrogación de cuál es el lugar que ocupa en la toma de decisiones.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 3 segmentos de sentido que permiten apreciar cómo ha sido construida la mirada sobre el trabajo intersectorial. Concretamente:

c.1.) La intersectorialidad como noción estratégica para la coordinación de la acción común y la preservación de la singularidad de los agentes.

c.2.) El territorio como ámbito de materialización de las acciones y campo de controversia decisional en el trabajo intersectorial.

c.3) La intercomunicación de saberes y prácticas como preludeo ineludible del trabajo compartido.

***c.1.) La intersectorialidad como noción estratégica para la coordinación de la acción común y la preservación de la singularidad de los agentes.***

Basándose en una comprensión de la Salud Pública fundamentada en la complejidad, las y los profesionales entrevistadas/os reconocen que son múltiples los elementos que pueden influir sobre la vida de las personas (hábitos, medio ambiente, determinantes sociales, etc).

*E2: (...) quan tu estàs veiem això i dius per exemple en cardiovascular i amb càncer, doncs hi ha una cosa important que hi ha unes quantes coses que si tu haguessis controlat alguns factors de risc no tindries patologia d' alguna forma i quins són aquells factors de risc, pues des d' alguns lligats amb l'alimentació, léase obesitat//*

*E1:// activitat física//*

*E2: // léase hipertensió, val, pot ser llegat en això però també pots trobar léase tabac d' alguna forma i tot això d' aquí té una vessant important que seria del món sanitari de cessació del tabac, de control de l' obesitat de control sanitari, però de la part de la promoció*

*seria evitar que això passi, i ja passa a ser una prevenció primària o inclús si vas més enllà una prevenció primordial quan tu ho agafes a nivell de l'escola que encara no hi ha res de res i simplement estàs inculcant hàbits saludables, per tant tot això d'aquí d'alguna forma va molt lligat//*

*E1:// podríem parlar dels determinants no F [nombre]?*

*E2: // i que busques en aquí, l'altre punt que estan treballant aquí, són els determinats socials, ja o els determinants de malaltia, sinó inclús els determinants socials*

*E1; la visió ecològica que diuen de la malaltia (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 22)<sup>cliv</sup>*

La salud, a juicio de las y los profesionales de Salud, debe traspasar las estrechas fronteras del ámbito sanitario e internarse también en todos aquellos otros en los que se desenvuelva la vida de las personas (educación, urbanismo, medio ambiente, trabajo, etc.) para tratar los problemas de salud en su entorno, incorporando los diferentes componentes que puedan determinarlos. Para ello, proponen el trabajo intersectorial entre Departamentos de la Generalitat de Cataluña y con entidades del tejido comunitario (en especial municipios, pero también ONGs, empresas, etc).

*“E: (...) aquí el paper de la salut pública pot tenir un...*

*I: Sí.*

*E: un paper molt rellevant, no? O sigui que jo crec que dependrà, però que en el fons es tracta de dir: escolta, com podem treballar plegats en aquest nivell, serveis de salut pública, serveis... salut pública, quan dic això estic parlant tant de la higiene com dels ajuntaments, institucions, organitzacions, altres entitats, l'escola, etc., per poder abordar això" (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)<sup>cliv</sup>*

Abordar un trabajo en relación con la Salud Pública enfocado desde diferentes ámbitos, temas y áreas implica, como sostienen las y los profesionales de salud, un cambio no sólo procedimental sino de la propia tradición de trabajo. Puede decirse que sería casi un cambio de paradigma, en la medida en que se trataría de transformar una forma de trabajo admitida como autosuficiente en otra basada en la coordinación y en la conciliación de medios y esfuerzos con ámbitos ajenos al de la salud, tomada en el sentido restringido convencional. Pese a todo, afirman que el trabajo de coordinación se vuelve un desafío porque comporta cambiar la dinámica de trabajo compartimentada por áreas con escasa interrelación por un estilo de organización permeable y capaz establecer vínculos y acuerdos de intervención con ámbitos de acción diversos.

*“És clar, el gran problema entre les administracions és la coordinació entre elles, cadascú va per lliure, vull dir, hi ha programes que poden incidir en el suïcidi que vinguin de salut, que vinguin... jo que sé, de... d'acció social”. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 5)<sup>clvi</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública destacan el carácter práctico de la intersectorialidad ya que, afirman, no se trata de construir argumentos teóricos sobre la importancia del trabajo coordinado entre diferentes áreas de intervención, sino que se trata de pilotar, en las acciones diarias de intervención, la articulación entre disciplinas. Destacan, en relación con ello, la significación que tiene la Ley de Salud Pública en la definición de la relevancia que tiene la incorporación de ámbitos de intervención ajenos a salud *stricto sensu* en el tratamiento de los problemas de salud pública y también en la delimitación de responsabilidades de cada uno de ellos, con la finalidad última de que todos estos ámbitos asuman compromisos y actúen en consonancia con el discurso oficial de Salud Pública que propone el Departament de Salut.

*“Entonces que es lo que ha hecho la Ley de Salud Pública? Ha sido repartir las responsabilidades. Primero, primero tomar conciencia de lo que es la salud pública y cuales son los ámbitos de responsabilidades de cada uno de los actores, si decimos que política territorial tiene que ver, o el urbanismo tienen que ver con la salud pública tu no puedes, esto nada más tiene que ser retórico, tienes que hacer que los servicios de urbanismo trabajen para la salud pública(...) O sea que la Agencia de Salud pública es inter, inter, eh?” (F2/O/SP/NA/M Pág.11)*

A fin de que los ámbitos de intervención no sanitarios se impregnen del sentido de la Salud Pública, las y los profesionales de Salud atribuyen a los organismos de salud el liderazgo en la incorporación de la intersectorialidad. Consideran que deben asumir un rol directivo en las políticas y actuaciones en Salud Pública puesto que son los promotores originales de este ámbito de saber y experiencia.

*“Sempre hem dit que qui planifica és el Departament de Salut. La proximitat en el territori la busques, perquè allò que planifica el Departament de Salut, el territori ens digui el que és més adient”. (F2/CD/CS/NR/M Pág 7)<sup>clvii</sup>*

La conceptualización que las y los profesionales de Salud realizan sobre la Salud Pública como espacio de saber-intervención complejo, vinculado con todos los aspectos de la vida de las personas, no sólo les lleva a destacar la importancia de coordinación con otros espacios de saber sino, al mismo tiempo, la dificultad que esto supone. Manifiestan que cada territorio presenta particularidades específicas y variabilidad de desarrollos y estructuras de intervención. Desde su óptica, esto implica el

inconveniente de establecer criterios estándar sobre los principales organismos y agentes que deberían trabajar con salud y sobre sus respectivos roles.

*“E: Escolta Valèria, salut pública, és que... interacciona amb tot.*

*I: Sí, i tant.*

*E: Amb tot”. (F2/CD/CS/NR/M Pág 11)<sup>clviii</sup>*

*“Sí. Cada... cada... cada puesto serà a una escala diferent i hi haurà interlocutors diferents, però jo crec que sí. Amb Educació no crec que hi hagi problema. Perquè amb Educació tu t'entens amb el Departament d'Educació, i... i ja està. Passa que és clar el món local potser sí que és més complicat, perquè el món local, hmmm... com ho agrupes tot? O vas a l'Associació de Municipis, o vas a la Federació de Municipis, que envii un represen... que representi tots ells no? Vull dir, has de buscar una altra estratègia aquí en tot cas no? Perquè aquí l'estratègia de la Garrotxa amb S [empresa], no hi és en altres puestos no? Si ho vols fer al Baix Empordà, a qui crides? Palafrugell? I deixes Palamós de banda? O la Bisbal de banda? O... com ho fas no? Llavors és clar, o els unifiques tots, o... clar, s'ha de... jo crec que cada puesto s'ha de posar tot en joc no? però bueno, jo crec que sí que es pot fer.(...) Home, eeh... fins ara hem treballat conjuntament, tot això ho hem fet conjuntament. Eeh... sobre paper i teòrica eh? Ara s'ha de portar a la pràctica que és on t'està”.(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág 9)<sup>clix</sup>*

Trabajar intersectorialmente en Salud Pública implica, para las y los profesionales de Salud, que cada entidad mantenga sus características y especialidades pero, destacan, habiendo una coordinación entre todas. Esta coordinación debería garantizar la complementariedad de las actuaciones en salud, repartiendo responsabilidades y garantizando, de esta manera, actuaciones continuas y coherentes sin irrumpir en los ámbitos de saber-poder de cada área.

*“Molts dels resultats de les accions prioritzades tenen que veure amb coordinació dels serveis socials, amb fer grups de coses, amb potenciar jo que sé...algun programa que es fa des de Barcelona, per exemple, que la gent baixi...un programa en que hi ha persones joves que ajuden a baixar a persones grans al carrer... per a què puguin caminar, per a què puguin relacionar-se, que puguin socialitzar-se...I moltes vegades les accions tenen que veure en que l'Ajuntament sàpiga lo que està fent el centre de salut...I el centre de salut sàpiga lo que està fent l'Ajuntament...Perquè a lo millor estant repetint coses i hi ha coses que ningú les fa”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.6)<sup>clx</sup>*

Las y los entrevistadas/as remarcan lo determinante de las interacciones entre las diferentes áreas para negociar las acciones que se lleven a cabo en relación con la salud poblacional. Según esta perspectiva, tal negociación se produciría en el trabajo de



colaboración entre agentes e instituciones y permitiría definir las propuestas más adecuadas sobre la intervención en la salud poblacional.

*“Aquesta manera de treballar de col·laboració i cooperació. És a dir, no té sentit que des de aquí fent un programa molt maco amb mitjans...El que té sentit és posar-se al costat, treballar al costat de la gent per a generar les millors propostes possibles...eh?” (F4/O/Pm/NA/M Pág.6)<sup>clxi</sup>*

Destacan que el trabajo coordinado entre diferentes instituciones que intervienen en actividades de salud o se vinculan con ellas, permite generar un discurso común desde todos los ámbitos de intervención poblacional en relación con la salud.

*“lo que aporta és una cultura organitzativa nova que permet arribar (...), un programa únic i homogeni per tothom, etc, etc” (F1/EO/SP/NA/M Pág.12)<sup>clxii</sup>*

*“agafem els programes, unifiquem-els, convertim tots aquests programes que té la gent... Convertim tots els programes del tabac amb un projecte d'abordatge integral del tabac a la Garrotxa, que té potes, i que cada pota fa... no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 28)<sup>clxiii</sup>*

La creación de un discurso común en Salud hace posible, según la mirada profesional, aunar las fuerzas de cada ámbito de intervención para aumentar la efectividad de las intervenciones.

*“Crec que és la mateixa situació. El CatSalut ha jugat un paper...igual que lo han jugat els ajuntaments durant molts anys en què la promoció de la salut es feia a partir de ells...o es feia a nivell de programes centralitzats...I, ara, l'ho que tenim que fer és cooperar tots. I llavors, quan es construeix aquesta cooperació...justament aquesta tarda parlaven amb gent del Servei Català de la Salut d'un programa a una jornada sobre Salut i Escola, eh? (...)Per la feina dels professionals de salut de les àrees bàsiques i la feina del CatSalut en el territori...centralitzando, coordinando...ehhh...professionals magnífics, amb noms i cognoms tots ells...que s'han implicats moltíssim...(...)A partir d'allí, es genera un discurs comú i a veure com entre tots podem aconseguir més de l'ho que aconseguen sols” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 15)<sup>clxiv</sup>*

En esta misma línea, a juicio de de los y las profesionales de Salud entrevistados/as, la intersectorialidad, también se convierte en una estrategia para evitar actuaciones duplicadas y liberar tiempo y recursos. Precisamente, la disposición de recursos permitiría una mayor cobertura de las actuaciones ya existentes y la planificación de otras nuevas, en consonancia con las problematizaciones realizadas sobre la salud de la población.

*“Treballar en l’entorn fa que tu sàpigues que això l’ho pots utilitzar. I per tant, si estàs treballant en l’Ajuntament te enteras d’aquestes coses...que si tu estàs en el teu entorn de salut...ehhh...Salut Pública, salut...ehhhh...sistema sanitari....ehhh...no te enteras a vegades...Llavors, aquest treball conjunt és el que fa que no dupliquem coses i que fem coses noves...i que fem coses que siguin complementaries” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 7)<sup>clxv</sup>*

Para la posición de Promoción de la Salud del Departament de Salut, el discurso de la intersectorialidad adquiere tal relevancia para dar respuesta a la complejidad de Salud Pública (localizando a ésta en todos los entornos en que conviven las personas y como operación para lograr una mayor eficacia en las intervenciones), que deja de ser meramente un mecanismo para convertirse en un elemento clave en la definición del ideal de sociedad saludable. Dicho sintéticamente, generar vínculos de colaboración entre agentes e interiorizar el discurso de salud como una práctica continua con una responsabilidad compartida colectivamente serían signos indispensables para definir una sociedad sana.

*“La societat que s’articula i això és una societat sana! Nosaltres no volem que faci el paper del Sistema Sanitari...és a dir, la infermera ja fa el seu paper, la comadrona ja fa el seu paper...i la societat civil té que fer el seu paper...i tots junts articulem” .(F4/O/Pm/NA/M Pág. 17)<sup>clxvi</sup>*

### **c.2.) El territorio como ámbito de materialización de las acciones y campo de controversia decisional en el trabajo intersectorial.**

Las y los profesionales de Salud Pública del Departament de Salut asumen que por más que se planifique a nivel general y los resultados sean observables en un territorio amplio (como el autonómico o el estatal), es en el nivel “micro” (comunidad, barrio, familia, etc.) en el que las intervenciones maximizan su relevancia porque es dónde se materializan los efectos y donde se entretienen con las condiciones estructurales y las prácticas cotidianas de las personas. En este sentido, asumen que los lineamientos de salud adquieren sentido en situaciones y contextos concretos en el momento en el que se llevan a la práctica.

*“Es la gran...és el gran repte. És el gran repte i... vull dir, jo et diré que això ens costarà però és lo principal. En tots els sentits; es a dir, el treball conjunt des de l’estructura central de promoció i el territori, el treball des de l’estructura del territori amb els altres agents que estan fent promoció de la salut en el territori...des de aquesta vesant de respecte i de valorització amb l’ho que s’està fent. I des d’aquesta vesant que cooperem junts per a aconseguir lo millor. Però això ens costarà*

*(...) Però al final les coses passen en un nivell molt local i, a lo millor, tenim que tenir tots paciència...també les altres institucions, les altres entitats...i nosaltres tenim que fer un discurs continuo, continuo, continuo de treballar conjuntament amb el territori i construir molt conjuntament” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 14)<sup>clxvii</sup>*

En su labor, las y los profesionales adscritas/os al Departament de Salut dotan de especial importancia el trabajo conjunto con las y los agentes del Territorio ya que, aseguran, es la manera de conocer las condiciones de vida específicas de cada colectivo (una fuente de agua particular, alimentos concretos, escuelas, hogares, empresas, etc.) y las actividades que se llevan a cabo y diseñar intervenciones de salud capaces de calar en las prácticas que se dan a un nivel “micro”.

*“Treballar en l’entorn fa que tu sàpigues que això l’ho pots utilitzar. I per tant, si estàs treballant en l’Ajuntament te enteras d’aquestes coses...que si tu estàs en el teu entorn de salut...ehhh...salut pública, salut...ehhhh...sistema sanitari...ehhh...no te enteras a vegades...Llavors, aquest treball conjunt és el que fa que no dupliquen coses i que fen coses noves...i que fen coses que siguin complementaries”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 7)<sup>clxviii</sup>*

Sitúan el ámbito local en una posición privilegiada al atribuirle el estar en disposición de un “conocimiento situado” y específico del entorno en el que se realiza la intervención. Asimismo, además de resaltar la relevancia del conocimiento del territorio para promover una intervención eficaz, consideran que este conocimiento particular es indispensable para movilizar recursos y agentes.

En especial, destacan esta capacidad de movilizar recursos y agentes en los municipios que poseen una cierta organización en Salud Pública (los municipios de un tamaño poblacional considerable)<sup>161</sup>.

*“Aleshores aquesta gent jo crec que els estem recu, els a podrem anar recuperant i aleshores és d’una gran importància, perquè el que pot fer realment moltes coses al territori , estem parlant d’ajuntaments grans i mitjos eh, clar els petits ho tenen més difícil i això haurem de valorar com ho articulem, però els grans i els mitjos, clar, coneixen el seu territori i hi poden arribar, coneixen el professorat, tenen relació amb l’escola i és un lloc òptim per a fer tot això”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)<sup>clxix</sup>*

Afirman que en el territorio confluyen una amplia variedad de intervenciones en Salud Pública. Destacan particularmente por su heterogeneidad las realizadas en Promoción de la Salud, que abarcan desde intervenciones del sistema asistencial, pasando por la Agència de Salut Pública de Catalunya y las impulsadas desde las instituciones y

---

<sup>161</sup>Esta capacidad se considera evidente en ayuntamientos grandes y medianos, mientras que en los ayuntamientos pequeños se ve limitada.

organizaciones municipales y ciudadanas (ayuntamientos, ONGs, etc.). Tales intervenciones, aseguran, se realizan a menudo de forma independiente y sin coordinación con los planteamientos del Departament de Salut.

*“Bueno, aviam...el món local té tot una panòplia de institucions, d’organitzacions que poden fer promoció de la salut. I aquí si que entren doncs, jo que se’, organitzacions juvenils, joventut, esports (...) Salut, que en la seva basant d’agència i, CatSalut, i educació, aquests són el nucli d’or de l’organització. Ara...en el món local evidentment té, això...joventut, esports, ONG’s, mmm, i els mossos d’esquadra o els policies, perquè no només són els mossos d’esquadra, són els policies locals, etc, etc, hi tenen un paper . Moltes vegades ha passat que també moltes d’aquestes organitzacions diríem de cossos de seguretat...am...han muntat el seu propi sistema de promoció de salut, que tot això també s’haurà d’anar ajustant en aquest projecte transversal i que cadascú també faci la seva feina ben feta. Eh?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)<sup>clxx</sup>*

En este sentido, advierten que la falta de conocimiento y el aislamiento en las intervenciones realizadas en el territorio implicaba, muchas veces, -duplicar acciones, lo que se acababa convirtiendo en una disputa entre instituciones pugnando por beneficiarios/as, territorios y sentidos de la intervención.

*“El territori anava tirant milles, anava fent els seus projectes i, aaa, nosaltres també anàvem fent els nostres, i moltes vegades ens convertíem en competidors, el que estem intentant muntar és un sistema, cooperatiu a on siguem socis als tres nivells, local , regional i central” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)<sup>clxxi</sup>*

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública sostienen que la historia y diversidad de intervenciones aisladas en Promoción de la Salud en el territorio hace que su integración y coordinación en un plan común junto con la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) se convierta en el principal desafío de la coordinación entre sectores gubernamentales e instancias no gubernamentales.

*“Però...el gran repte...l’ho tenim molt present, eh? L’ho tenim molt present...però això no vol dir que no costi...al inrevés, costarà molt però això no vol dir que no sigui l’ho més rellevant. Per mi és l’ho més rellevant (...) És com qualsevol lloc...es a dir, que tu estes en un restaurant i...mmmmmm...vull dir, el cambrer de, al final no sap que o no fa l’ho que sigui...o el cuiner o el que sigui...tots són part de tot. I l’ho tenim que treballar conjuntament i si, a lo millor, aquest lloc fins aquest dia no havia estat un restaurant perquè havia estat un lloc que produïen aliments per càtering ...doncs, són habilitats que se tenen que incorporar”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.14-15)<sup>clxxii</sup>*

Plantean que el desafío de coordinarse y colaborar implica mantener un reconocimiento de los trabajos hechos hasta el momento por las diferentes-

instituciones, pero con miras de conseguir aunar el sentido de las intervenciones en un discurso continuo y coherente de Salud Pública acorde con el del Departament de Salut.

*“Perquè, que ningú oblidí que això que jo te dic no? dels ASSIRs, dels Equips d’Atenció Primària, de totes aquestes per... professionals que estan en el territori, i que fa molts anys que estan fent promoció sense que ningú els recolze i sense que ningú els hi dingués un duro. I que ho feien per voluntat, i com a voluntariat casi. Que ara no els a desbanquin. Se’ls ha de tenir en compte, eh?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 20)<sup>clxxiii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública que trabajan en la región relativizan el poder de decisión territorial y manifiestan la necesidad de incluir las estrategias a gran escala para regular ciertas prácticas territoriales. Afirman que algunas intervenciones a nivel local son posibles a partir de una negociación en el territorio, pero otras requieren de un compromiso político a nivel estatal o autonómico que regule las condiciones de salud en el territorio.

*“Si però... com es fa això? Com ho fas per impedir que s’implanti un McDonald’s? Home, jo crec que sí, i crec que estava previst parlar amb la indústria, no? I... amb els càterings que fan el menjar a l’escola, per dir’ls-hi escolta... a més crec que ells tenen un problema dins de revisió de menús escolars i coses d’aquestes, no? Per intentar dir, escolta! Doncs home... ajudeu no? O... jo què sé, o doneu fruita a l’escola. Jo que sé que van a oferir fruita no? Intentar canviar els hàbits a... implicant a més gent, jo crec que sí que és necessari implicar tota aquesta gent no ho sé no... evidentment el pes és molt fort cap a l’altre cantó també eh? Però igual que per exemple parlem de... del fumar a... els cotxes de formula 1... que poc temps endarrere es va prohibir, que es portés... Clar, però això no sé... això s’ha de regular d’una manera o una altra... però això ja és molt, molt d’amunt no? i molta gent que ha de col·laborar... Però des del territori és molt difícil regular això eh. No és una cosa territorial, és una cosa eeem... bueno de govern no? una cosa... que nosaltres no hi podem entrar... si que pots parlar amb els... amb els de la teva zona no? Amb els que fan el càtering dels esplais, els d’allò... que intentin fer, menús, doncs... d’allò saludables, però és clar... eeeem... d’això a evitar que... no ho sé... no ho sé. No sóc pas un expert en salut pública eh?” (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 11)<sup>clxxiv</sup>*

El modelo de trabajo coordinado entre diferentes instituciones genera, entre las y los profesionales de Salud Pública del Departament de Salut, interrogantes sobre cómo serán ahora definidos los problemas prioritarios de Salud Pública: ¿el territorio adquiere un rol más activo en la definición de los problemas de Salud Pública o debe seguir los criterios del Departament de Salut?

Mediante este interrogante, es posible apreciar cómo en los discursos entra en juego el espacio de poder que se le confiere a cada institución y área en el trabajo intersectorial.

Se destacan dos posicionamientos: el de quienes conceden al territorio un carácter instrumental y el de quienes le confieren un papel protagonista.

El primero es defendido por quienes, desde los niveles directivos del Departament de Salut, mantienen que debe ser esta instancia la que detente un rol de mayor legitimidad en la definición de prioridades y estrategias de intervención. Afirman que la participación del territorio debe producirse instrumentalmente, colaborando en la aplicación de los lineamientos realizados a nivel central, mediante la provisión de recursos y conocimientos territoriales para alcanzar una mayor efectividad de las actuaciones. Asimismo, plantean que la definición conjunta de prioridades entre el territorio y el Departament de Salut pone en riesgo las metas de salud del Departament, puesto que el territorio podría proponer objetivos diferentes.

*“És la Regió Sanitària la que diu el que desplegem en cada un dels territoris que, la regió sanitària, qui li diu què ha de desplegar, és, la... la, la... la centralitat no? El CatSalut, a nivell central, i el Departament de Salut a nivell central, val? Clar, a la llarga, el que podria passar si anem desplegant totes aquestes estructures arrel d'aquest assaig és que en temes de salut pública ens passés el mateix. Que aquestes estructures del territori, ens diguessin: no miri jo ara vull fer promoció... ai no sé... de les cols de Brussel·les, perquè em sembla que jo tinc un cultiu molt important de cols de Brussel·les en aquí, i home, a mi m'agradaria posar-ho. Doncs potser, aquell any, el departament de salut no és una prioritat, i el pressupost que té, no és per utilitzar-lo en aquesta línia. És per utilitzar-lo amb una altre línia. Saps què vull dir? (...), a veure, si, té posat les cols de Brussel·les no? Si, dintre del que el departament planifiques hi hagués la vessant de cols de pastanagues i de... no sé, d'albergínies, i en el baix Empordà doncs, el cultiu, fos de cols, la proximitat amb el territori el que ha de portar és, veure que no els forçaràs a fer una altre línia que no sigui aquesta. Però sí, però... a no sortir-te.” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 7-8)<sup>clxxxv</sup>*

En segundo posicionamiento, también con origen en el Departament de Salut, defiende, en contraste con el anterior, una perspectiva territorial. Afirman que el territorio debe asumir un papel más activo en la definición de prioridades y trabajar, junto al Departament, en la identificación de necesidades, el establecimiento de prioridades y el diseño de actuaciones.

Plantean que el territorio debe proponer sus prioridades en salud y enviarlas a la región, de manera que las intervenciones se impulsen desde el territorio. Este segundo posicionamiento no obvia la existencia de los lineamientos generales sino que reconoce la existencia de 2 fuentes de definición de problemas de salud pública: la que emerge directamente desde el territorio y es específica en él, y la que brota del análisis y de las políticas en un sentido global y generalizado a nivel autonómico. Ambas fuentes

deberían, en opinión de las entrevistadas y entrevistados, complementarse siguiendo un modelo de Salud Pública comunitaria.

*“Se suposa que també hi haurà una altra font d’informació i és que la que genera la pràctica al territori. Per tant jo crec que almenys hi haurà dos fonts d’informació per fer anàlisis i per prendre decisions. Una que vindrà de l’anàlisi de les dades mmm diguem més ... aaaa fred, més objectiu, i l’altre que vindrà de la pròpia experiència que es crearà al territori i que baixarà a través de la regió fins als serveis centrals i que també ens influiran no només per ....treballar d’una certa manera, sinó també per aaaa , diguem-ne anar ressituant els temes més importants” (F1/EO/SP/NA/M Pág.11)<sup>clxxvi</sup>*

### **c.3) La intercomunicación de saberes y prácticas como preludeo ineludible del trabajo compartido**

Las y los profesionales de Salud coinciden en que la intersectorialidad constituye un prisma que permite conocer la diversidad de intervenciones y enfoques sobre los fenómenos de salud. En virtud de sus principios y de las prácticas que inspira, las diferentes instituciones se ven en la necesidad de explicitar las actividades que llevan a cabo, sus estrategias de intervención, los entornos donde actúan y las personas a las que las se dirigen.

*“jo entenc que el que s’ha fet és, posar sobre un paper blanc sobre negre, de què és el que hi ha. Què és el que hi ha en els diferents àmbits eh. Dintre del... de, àmbits i departaments eh? Perquè quan parles de departaments, parles del Departament de Salut, Departament d’Educació i món local”. (F2/CD/CS/NR/M Pág. 3)<sup>clxxvii</sup>*

El conocimiento mutuo entre agentes e instituciones es, según afirman, para las y los profesionales de Salud Pública, un paso esencial para comenzar a articular las actuaciones generando espacios comunes y vínculos relacionales.

*“¿No? que había habido una , eee, bueno, una forma común de trabajar , de conocer los problemas, de abordarlos, yo tengo la impre, la sensación de que es un proceso de construcción y que se va... Cuánto se ha podido hacer en todo esto?, pues, pues variará, no? Pero al menos estamos en camino, no, yo creo que es manifestemente mejorable, pero al menos vamos en camino, nos hemos perdido el miedo los unos a los otros respecto a interpelarnos, a mostrar como hacemos las cosas, cada vez hay más procesos de trabajo comunes” (F2/O/SP/NA/M Pág. 17)*

Plantean, sin embargo, que el conocimiento de agentes y la puesta en común de las actividades que se llevan a cabo es un primer paso para alcanzar un trabajo coordinado en Salud Pública territorial, pero no el único. Trabajar de manera compartida también requiere de estrategias que permitan pasar del conocimiento mutuo al trabajo colectivo continuado.

*“Llavors si que si ha servit... jo crec que ha servit per molt, per veure... primer per conèixer, i després per veure què fa cada un, no? I això jo crec que hi ha una base de dades tot feta, amb unes fitxes, amb uns d'allò. O sigui s'ha fet molta feina, el que passa que ara, aquesta feina s'ha de continuar”.*(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 2)<sup>clxxviii</sup>

Aunque las y los profesionales del Departament de Salut atribuyen al territorio un papel esencial para garantizar el trabajo de Salud Pública a nivel local (por ser el territorio que, en coordinación con la ASPCAT, actúa cotidianamente en espacios y situaciones específicas), los planteamientos de abordaje conjunto mantienen la búsqueda de coherencia con los lineamientos del Departament de Salut. Es por ello que, en las entrevistas, afirman que la presencia de la ASPCAT (en todos sus niveles: centrales, regionales y territoriales) es necesaria para dirigir la reorganización de las actividades de Salud Pública en el sentido propuesto por el Departament de Salut hasta que esta sea asumida como propia por parte del territorio.

Consideran, asimismo, que una vez interiorizada esta forma de trabajar coordinadamente, el territorio podría actuar con menor seguimiento de la región (que responde al modelo autonómico de salud pública). Esto permitiría alcanzar una coherencia de actividades con el modelo hegemónico de la Salud Pública y definir qué actividades son las más adecuadas para abordar un tema sin que esto implique un cuestionamiento constante de las actuaciones que se desarrollan en el territorio.

*“És començar a treballar una mica més en xarxa, jo penso que és l'important. Llavors una mica , és definir una mica els rols o sigui el primer rol es una mica de planificar és que que esta més peix d'entrada però d' alguna forma això és la primera vegada que t'hi poses vull dir un cop has fet una mica ja deixes de ser, no se si m' explico, ja comences a tenir més habilitats, ja no cal d' alguna forma treballar”.* (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 2)<sup>clxxix</sup>

*“Jo crec que és el que s'ha volgut aconseguir formant l' operació operativa en el territori i per això també s'ha volgut que tinguéssim ara carta verda per, per triar els temes i per portar ells una mica la iniciativa, el que passa que necessiten una mica d'acompanyament perquè per exemple ara estem parlant d'implantació i no s'havia pensat amb els indicadors, vull dir que encara necessiten un cert acompanyament per banda de l'equip operatiu regional, però crec ue, i això des de, des de lo que seria doncs això, la, la regió és una de les coses que tenim clara que si no s'implica el territori això no tindrà*



*continuïtat perquè a més a més ara una vegada feta la, l'assaig en la Garrotxa el que es vol això doncs és això, en plan gota d'oli anar-ho implantant a altres parts del territori i ja s'està pensant en quines parts del territori doncs es comença a treballar, perquè si es comença a treballar ara , el curs vinent ja es podrà implantar en una altra comarca" (F2/EO/V/NR/M Pág. 2) <sup>clxxx</sup>*

#### **d) Categoría 4: Posiciones institucionales, coherencia discursiva y liderazgo como vectores organizativos de la Salud Pública**

Los discursos que permiten organizar esta categoría son aquellos mediante los cuales las y los profesionales de Salud Pública sitúan a las instituciones y a los agentes en relación con sus acciones y con la toma de decisiones en el marco de la intersectorialidad. Concretamente, si bien el trabajo coordinado con diversas instancias gubernamentales y no gubernamentales es defendido como indispensable para garantizar un abordaje integral de la salud pública, la coordinación no se produce de forma equitativa entre cada agente e institución. Por el contrario, las y los profesionales de Salud Pública sitúan a cada instancia en una posición específica en el entramado de relaciones intersectoriales. Posicionamiento que las personas entrevistadas justifican a partir de criterios sobre la relevancia y pertinencia de cada institución y agente para el despliegue de intervenciones de Salud Pública.

Los argumentos de los que se sirven para defender sus puntos de vista y enmarcar la legitimidad, la relevancia y el contexto de acción en Salud Pública pueden ser estructurados en torno a 3 segmentos de sentido:

d.1) El binomio conocimiento-intervención en la distribución de legitimidades y el control de recursos como posicionador institucional.

d.2) Los motivos para incorporar en la Salud Pública otras instancias de salud *lato sensu*.

d.3) La unificación de la heterogeneidad de discursos sobre la Salud Pública y su operativa.

**d.1) El binomio conocimiento-intervención en la distribución de legitimidades y el control de recursos como posicionador institucional.**

Las y los profesionales entrevistadas/os manifiestan que la convivencia de las actuaciones de Salud Pública en el territorio del Departament de Salut y el ámbito local, sumada a la actual política de territorialización de la Promoción de la Salud de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), implica resituar las funciones de cada ámbito, teniendo en cuenta el tejido asociativo de los ayuntamientos, las intervenciones llevadas a cabo hasta el momento y el nuevo escenario que proporciona la Ley de Salud Pública de Cataluña.

*“Escolti'm com que hem de complir aquestes competències jo faig fins aquí a primer i tu enganxes d'aquí fins allà a segon” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 9).<sup>clxxx</sup>*

En relación con este abordaje integral de la Salud Pública, afirman que las posiciones de cada agente e institución no es equivalente sino diversa, cada una de ellas/os (instituciones y agentes) tiene unos conocimientos, una legitimidad institucional y unos recursos específicos.

Por lo que respecta al conocimiento, las y los profesionales de salud atribuyen al Departament de Salut, especialmente a los niveles centrales, el dominio de mayor saber en Salud Pública. Explican este reconocimiento de saber privilegiado con el manejo de estudios y la evidencia científica<sup>162</sup> y, también, que con la tradición de trabajo en diferentes ámbitos y temas del territorio.

*“Però és clar eeh... com a agència, l'encàrrec quin era? Que, ostres! La Direcció General de Salut Pública, és qui en sap més d'aquests temes. És on te hi ha el coneixement no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.4)<sup>clxxxii</sup>*

La apreciación del Departament de Salut como instancia privilegiada de saber proviene tanto de las y los profesionales de la propia institución como desde fuera de esta, incluido el gobierno local.

En las entrevistas realizadas a quienes desarrollan su labor en el nivel territorial, puede apreciarse la consideración que dirigen a las y los profesionales del Departament de Salut (tanto de Asistencia en Salud como de Salud Pública) como poseedores de un rol experto debido a su formación constante y a su experiencia específica en en el área. Es por ello, principalmente, que asumen que el trabajo del territorio no debe cuestionar los problemas de salud y las intervenciones definidas desde el Departament. Por el

---

<sup>162</sup>Para profundizar sobre este aspecto, véase la categoría 1: “La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública”, del Eje IV.

contrario, adoptan la necesidad de trabajar con las y los profesionales del Departament para garantizar el correcto abordaje de la Salud Pública. De hecho, como sostienen en las entrevistas, la pertinencia de las actividades y la idoneidad de las propuestas del Departament de Salut son aspectos que se hacen evidentes y, por tanto, incuestionables por el territorio.

*“E: Bueno sabem menys..., o sigui nosaltres amb lo que comptem i hem comptat sempre és amb lo millor de la gent que hem treballat de manera coordinada durant tot aquest temps en el territori, és a dir nosaltres no sabem , la gent que hi ha en el S[empresa], no és que sapiguem , el que si sabem és treballar de manera coordinada i de manera eh.. diguem-ne conjunta, amb una altra gent que en sabem molt més que nosaltres o sigui nosaltres no discutim de salut pública amb les infermeres APS perquè ens sembla de tontos discutir anar a discutir amb algú que és especialista. És dir, és més una funció col·laborativa, una funció de sumar de participar i de creure’t que allò va bé o sigui discutir amb els grans “liners”, però jo tinc tota la confiança en què la A [nombre], en què la M [nombre] facin lo que han de fer, vull dir facin lo millor que és pot fer, vale?”*

*I: Si*

*E: Perquè estan, perquè s’han format, perquè es segueixen formant i perquè nosaltres toquem 50 teclès i no podem estar a tot arreu”  
(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.20)<sup>clxxxiii</sup>*

Junto al reconocimiento de saber que las y los profesionales del nivel local hacen del Departament de Salut, también destacan la tradición interventiva del propio municipio. Es su historia de trabajo en el ámbito de salud la que las/los habilita especialmente como ámbito de conocimiento situado de salud territorial.

El conocimiento conceptual y el conocimiento resultado de la experiencia práctica son elementos a los que las y los profesionales del municipio recurren para posicionar al Departament de Salut y al municipio en diferentes ámbitos de saber en salud. Al atribuir ambos conocimientos al Departament de Salut, asumen que este tiene legitimidad para establecer líneas estratégicas en salud y, al asignar al municipio el conocimiento de la práctica, colocan el nivel de legitimidad en las actuaciones locales. No obstante, cuestionan la pertinencia de realizar intervenciones a aquellas instituciones que consideran carentes de ambos tipos de saber.

*“[sobre una institució supramunicipal] Aquests hasta s’atreveixen d’anar pel món diguen que nosaltres no en sabem i que sort que han vingut ells i ens han ensenyat com ho havíem de fer escolti’m que vostès porten un any treballant i jo fa deu anys que estic treballant amb el mateix, que m’està tractant de subnormal! perquè si en deu anys jo no sóc capaç de saber que haig de fer i vostè en un any és capaç de saber que ha de fer és que aquí tenim un problema molt seriós, m’entens?”*

*Potser el problema és que jo no tinc recursos i vostè està malgastant els que té, m'entens?"* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.16)<sup>clxxxiv</sup>

En cuanto a la legitimidad institucional, las y los profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) asumen que el Departament de Salut es el organismo genuino en Salud y la ASPCAT, adscrita a él, lo es específicamente en Salud Pública, puesto que fue constituida por el gobierno autonómico con ese fin.

*"Salut perquè li toca de dret, perquè és salut. És clar, després hi ha molts altres departaments. Hi ha..hi ha joventut, hi ha esports, hi ha... no sé... què més... No sé jo trobo que més o menys tots els departaments hi ha alguna cosa que els hi toca."* (F1/O/Pt/NR/F Pág.7)<sup>clxxxv</sup>

Asimismo, las y los profesionales de la ASPCAT de niveles centrales y regionales sitúan a los municipios en otra posición legitimidad en el desarrollo de intervenciones en salud pública. Ello se debe, no tanto por ser una instancia creada específicamente para este fin, sino porque los municipios, al igual que la Comunidad Autónoma y el Estado tienen competencias en Salud Pública y, por este motivo, tienen derechos y obligaciones de intervenir en su población en este ámbito.

*"La Salud Pública a nivel de las prestaciones del sistema de salud (mmm) con lo cual, se reconoce la prestación ... de salud pública como una parte de las prestaciones del sistema de salud, (...) con lo cual los poderes públicos, que que son competentes, la administración general del estado, las comunidades autónomas y municipios, han de, proactivamente proporcionarlas a la población"* (F2/O/SP/NA/M Pág.1)

Las y los profesionales de la ASPCAT del nivel central y regional destacan la importancia del territorio en la provisión de servicios de Salud Pública<sup>163</sup>. De hecho, desde la ASPCAT territorial, las y los profesionales de Salud admiten la importancia del territorio en el quehacer de Salud Pública a nivel local. Sin embargo, ciertos municipios delegan las intervenciones de Salud Pública a otras instituciones. Ahora bien, las personas entrevistadas, argumentan que, las instituciones a quienes el municipio delega sus intervenciones son entidades público-privadas<sup>164</sup> y no son salud<sup>165</sup>.

Estos dos argumentos son manejados en sus discursos por las y los profesionales de la ASPCAT territorial como factores que deslegitiman a la entidad de Salud Pública en el territorio.

---

<sup>163</sup>Véase la Categoría 3 de este Eje: *"La acción coordinada en Salud Pública como estrategia de intervención en la complejidad"*.

<sup>164</sup>Un consorcio público-privado al que el municipio le delegaba las competencias municipales.

<sup>165</sup>En contraposición a quién sí lo es, como el Departament de Salut.

En relación al primer argumento, el que sea una institución público-privada les sugiere dudas a las entrevistadas/os sobre los intereses no vinculados directamente con la salud que pueda tener la institución, tales como albergar objetivos mercantilistas. En este sentido, plantean situaciones a las que atribuyen el uso del poder que le confiere la acreditación municipal en Salud Pública para obtener beneficios económicos. Hacer *negocio por hacer salud*, se vuelve una crítica primordial de las y los profesionales de la ASPCAT territorial hacia la entidad del municipio, principio que se contrapone a la función del Departament cuyo objetivo principal es la Salud.

*“El problema de S[consorcio], .. és que és una empresa pública i un empresa privada, saps... té un laboratori...val, i el públic és bueno lo que fa...”*

*I: laboratori de què..*

*E1: d'anàlisi ...*

*E2: ...d'aliments, d'aigües, de legionel·la....*

*E1: això és privat i la part pública és lo que fan els Ajuntaments ... diguéssim lo públic i medi ambient. Clar, a nosaltres com inspectors clar ens els trobem en aquest àmbit ... ens trobàvem que anàvem a fer inspeccions a un restaurant ..*

*E2: o, encara ens hi trobem (...)S[empresa], aprofitant que té, que tenia algunes competències de medi ambient o alguna cosa //*

*E1://aprofitant que anaven als llocs per altres coses els derivaven al seu laboratori ... cosa que no haurien de fer, // perquè tothom és lliure d'anar al laboratori que vulgui” (F1/GtiO/Pt/NRiNT/F (2) Pág. 5)<sup>clxxxvi</sup>*

Al mismo tiempo, suman desconfianzas sobre la profesionalidad y la fiabilidad de las actividades que realizan:

*“E1: Vull dir que cada analítica que trobaves hi veies errors després en trobaves una, una a la xarxa que l'alumini sobrepassava i aixos, i estava malament a l'hora de transcriure'l...”*

*E2:.. clar de moment sembla que... se'ls hi ha compatibilitzat fer les dos coses i convivim amb això... llavors clar hi ha gent de l'equip que poder ha tingut... més enfrontaments” (F1/GtiO/Pt/NRiNT/F (2) Pág. 5)<sup>clxxxvii</sup>*

El segundo argumento, el *no ser salud*, genera reticencias porque las/los agentes del Departament de Salut del Territorio se identifican como los/as únicos/as representantes del ámbito de salud en tanto forman parte de la institución legitimada.

*“Quan va sortir S[Consorcio] l'equip d' aquell moment d' inspecció de veterinaris es van posar en contra, aquest van pels llocs i diuen que són salut” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 13)<sup>clxxxviii</sup>*

Desde la posición de la ASPCAT en la región, las y los profesionales defienden que detentan la mayor legitimidad en Salud pero reconocen que también el municipio tiene competencias en Salud, como queda en evidencia mediante constatación de que comparten responsabilidades y actuaciones en Salud Pública.

*“Ja esta bé que diguin que són salut, perquè ja ho són salut, perquè la salut, la Protecció de la Salut no només és competència nostra com a departament sinó que és competència dels ens locals i a Olot els ens locals tenen consorci, clar aquest consorci tenia una part que era privada i que per finançar-se necessitaven recursos evidentment”* (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 13)<sup>elxxxix</sup>

Pese a todo, como se constata en el análisis de sus discursos, tratan al municipio como “ámbito de salud en minúsculas” ya que el saber y los lineamientos estratégicos siempre se los asignan al Departament de Salut. Reconocen la legitimidad del municipio en relación con la Salud en un segundo nivel, un nivel ejecutor que requiere de la formación y de la supervisión de quienes encarnan la autenticidad de la Salud.

Atribuyen al Departament de Salut una categoría superior en la definición de problemas y líneas de intervención. Dicho con otras palabras, el tener el conocimiento sobre la Salud, lo sitúa en una posición predilecta para definir cómo y sobre qué actuar.

*“La matèria gris de la protecció esta en aquests de salut i en aquest moment ha passat a l'Agència que passa, evidentment, si una persona de S [consorci] he d'anar a fer una inspecció d'un restaurant no en sap tant com nosaltres, però quina és la nostra ja no diria... la nostra obligació? quina és la nostra obligació? Agafar a aquesta persona i dir-li mira, quan hagi de fer la inspecció aquest són els procediments, aquest és el protocol de protecció de l'agència i a més a més les primeres vegades que hi vagis jo ire amb tu i te n'ensenyaré . i aquesta és l'idea o sigui llavors, ja no direm, perquè clar un tècnic nostre quan comença si el deixes sol”* (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 13)<sup>exc</sup>

Desde el ámbito local, las y los profesionales del municipio identifican a la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) como autoridad indiscutible en la definición de las directrices de intervención (protocolos y líneas estratégicas) en Salud Pública. Asumen las definiciones de problemas y estrategias de intervención dictadas por esta como incuestionables y, por tanto, acatan las normas de intervención sin poner en duda su pertinencia.

*“També és veritat que nosaltres en ser com hem de ser respectuosos i hem dit: “escota'm els protocols els marqueu vosaltres, els protocols d'inspecció els marqueu vosaltres. Nosaltres ja entenem que vosaltres sou i sereu Agència de Protecció de la Salut i per lo tant com que sereu Agència de Salut Pública en el futur, els protocols de control i tal no volem que siguin diferents de la resta de Catalunya i els ho deixem marcar, no els deixem els marqueu i nosaltres seguirem els vostres*

*protocols, només faltaria! , o sigui jo amb això no faré una guerra perquè em sembla estúpid”.* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 17)<sup>cxci</sup>

En las entrevistas, las y los agentes del Territorio defienden su parcela de autoridad porque sospechan que, posibles instituciones de nivel supramunicipal, puedan arrebatárselo.

*“Els governs locals tenen unes competències en salut i en Salut Pública i en Promoció de la Salut; jo els hi dono una llei i mentres no canvien la llei aquestes competències són nostres i per lo tant no hi ha ningú en aquest món que ens les pugui prendre a no ser que voluntàriament nosaltres les deleguem a qui sigui, vale? i jo sóc vehement i m’he enfadat amb la Diputació de Girona quan ha intentat usurpant-nos això i m’he enfadat amb el Departament de Salut quan ha intentat passar per sobre d’una cosa que jo crec que és una absolut..., bueno que és una llei, vale?, això a mi em posava en una situació de crisi permanent perquè clar jo era el terrorista, és a dir, ells tenien pensat una estructura global i d’aquesta estructura global sortia un tio, un enanito d’allà de les comarques d’interior de Catalunya allà perdut quasi bé a França que els hi deia que això no podria ser i que a més a més cridava i que a més a més anava...”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)<sup>cxcii</sup>

Las y los agentes del Territorio entrevistadas/os defienden insistentemente su historia de trabajo en Salud Pública y subrayan que las responsabilidades para con su población son indiscutibles. En congruencia con ello, se autodefinen como ámbito de Salud, otorgando legitimidad a su poder de decisión y defendiendo la incumbencia del gobierno local en Salud Pública.

*“Nosaltres tenim una manera de treballar, que nosaltres no estem explicant coses perquè ens acabem d’aixecar avui de dormir sinó perquè portem una dinàmica, perquè tenim clar quins són els nostres criteris, quines són les nostres obligacions i que intentem complir d’una manera d’acord?”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)<sup>cxciiii</sup>

Remarcan con empeño que, más allá de la legitimidad del Departament de Salut en materia de Salud Pública a nivel autonómico, en cada territorio el municipio mantiene su parcela de poder, que se vuelve indiscutible por estar amparada por la ley. Poder que, muchos ayuntamientos, no defienden.

*“E: (...) no collons, jo sóc l’amo a casa meva i a mi no em vindràs a tocar la pera ni ningú “, que s’ha cregut ?, m’explico?”*

*I: Si*

*E: tanta Regió Sanitària com vull i tant Departament de Salut com vull però jo sóc l’ajuntament, jo sóc l’ajuntament les competències són meves “a callar-te, que mano jo aquí “ s’ha acabat. Clar això no hi ha cap més ajuntament que tingui valor ni ganes ni voluntat de fer-ho”.* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 24)<sup>cxciiv</sup>

En relación a las diferencias entre la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) y el municipio, las y los profesionales del municipio destacan que el Proyecto Demostrativo de despliegue de la ASPCAT ha servido para que se hiciese visible el territorio y quedase patente su relevancia en las intervenciones locales de Salud. Entienden que a partir de la articulación entre la institución autonómica y el municipio se obtendría una visión más completa de la situación de la población y se lograría un aumento de la efectividad de cada una de estas instancias.

*“I això ha provocat en algú, no en tots, en algú un canvi de pensament i de paradigma i entendre que des del Govern Central i des de la centralitat de Barcelona no és suficient per entendre que caray està passant en el món i per lo tant i per eficiència com si jo fos el millor sinó que hi ha gent en el territori que tal tal. Per això sol ja val la pena, vale?”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)<sup>cxv</sup>

El reconocimiento a los municipios como elementos esenciales para comprender la Salud Pública, no basta para generar un cambio en las relaciones institucionales. Las y los entrevistadas/os aseguran que el Departament de Salut mantiene una hegemonía en Salud por sus conocimientos y recursos, situando al municipio ante una relación desigual frente al gobierno autonómico, el cual es concebido como un eje de poder que controla y gestiona los discursos y los recursos en Salud.

*“Ara això implica un canvi d'actitud ?, no perquè el poder de la centralitat, el poder del Govern és infinit. El poder del Govern no té res a veure amb el nostre poder, si nosaltres tenim la llei a favor perquè la llei diu que és molt decisió nostre, però els recursos, les capacitats, la gent per treballar, el no sé que ho té el Govern i per lo tant és una relació asimètrica, totalment asimètrica”* (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)<sup>cxvi</sup>

Las y los profesionales del municipio reflejan la lucha de poderes institucionales entre el Departament de Salut y el mundo local en la disputa por los recursos (en especial, económicos). El resultado de esta disputa se traduciría, ni más ni menos, que en la posibilidad de disponer de medios técnicos y de estructura para trabajar en Salud Pública.

Bajo esta mirada, afirman que el Departament de Salut y otras estructuras supramunicipales, lejos de potenciar la capacidad territorial y las competencias municipales y en lugar de promocionar su autonomía mediante soporte económico y técnico, asumen ciertas responsabilidades de las administraciones locales de provisión de servicios, promoviendo de esta manera una dependencia continua de los gobiernos locales de las administraciones supramunicipales.

*“Diputacions i Generalitat ens volen tractar i ens tracten i això a mi m'encén, em posa, m'encén, ens tracten con si fossin adolescents*



*irresponsables, ens han de guiar perquè nosaltres no en sabríem; jo sóc adult i sóc responsable des meus actes i jo sé llegir el BOE exactament ay el DOC exactament igual que vostè i per lo tant sóc capaç de saber el que m'està demanant quines són les obligacions que tinc el problema que jo no en tinc els recursos, vostè està fent trampes al solitari i està jugant amb mala llet perquè com que vostè té un problema i no és capaç d'assumir-ho que fa?, me'l delega a mi i em dona la competència a mi i la responsabilitat a mi; les piscines la responsabilitat dels municipis, la legionel-la responsabilitat dels municipis, val?, i els recursos, ah no és que els recursos ja m'ho oblidat, a no, no s'hi val, no s'hi val si la responsabilitat és meva els recursos també, vale?, per lo tant aquí hi ha un problema i és un problema estructural, un problema estructural del nostre país” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 16) <sup>excvii</sup>*

Para algunas/os profesionales de Salud Pública del municipio, según afirman en las entrevistas, la provisión de servicios responsabilidad del municipio desplegados por instituciones supramunicipales, es una acción paternalista que podría volverse una amenaza al desarrollo autónomo del municipio y de sus competencias de Salud Pública a nivel local.

*“Jo crec que els ajuntaments..., és portar una altra vegada allò que ja te he dit: “jo vull ser adult i vull que el meu ajuntament sigui adult “, i per lo tant jo tinc unes competències i aquestes competències l'has he d'exercir i depués m'he d'anar a barallar amb qui sigui per treure els recursos, amb qui sigui, sigui la Diputació, sigui en D sigui amb qui sigui, vale? Però jo he de complir les meves competències no puc esperar que no sé qui em solucioni els meus problemes, això és de gilipolles , això és d'adolescent irresponsable”. (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24) <sup>excviii</sup>*

En relación con los recursos, las y los profesionales de la ASPCAT afirman que existen intervenciones sobre un mismo problema de salud que se dan tanto a partir del territorio como a partir del Departament de Salut. Expresan, pues, que en Promoción de la Salud existen diversos recursos autonómicos y locales que se solapan duplicando intervenciones en el territorio.

*“Pos jo de tabac faig un programa que es diu no em fumis, i un altre que es diu, fumar menys, i un altre que es diu no sé què, no? Vale. Pos tenim eeh... jo que sé, vint programes al territori, que es diuen de diferenta manera, i que s'estan fent (...) Oncolliga és una associació de malalts de càncer que té molta potència a Girona, i que també està fent moltes coses de promoció. Llavors vam veure que el... Oncolliga estava treballant en molts instituts de la província amb un programa seu. L'Ajuntament de Girona estava treballant amb els instituts de la ciutat de Girona amb un programa més o menys de Oncolliga però també seu”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5) <sup>excix</sup>*

Sin embargo, asumen que los recursos del Departament de Salut son indiscutiblemente válidos, y les atribuyen un estatus superior a los del territorio al estar diseñados por

quienes consideran expertas/os en la materia. A partir de la idea de superioridad de los recursos del Departament de Salut, pretenden diseminar sus proyectos en el territorio mediante el establecimiento de alianzas, al mismo tiempo que buscan complementarlos con los recursos territoriales.

*“Per exemple, un Consell Comarcal, que vol treballar, jo que sé per posar... tabac, és absurd, per mi, que es gastin uns recursos fent un programa o fent un tríptic perquè aquí, tindran els tríptics que ja els màxims experts en la matèria que els poden fer, i que a més a més són gratuïts. Per tant, aquest consell comarcal on t’ha de dedicar els esforços no és a fer un tríptic, és en difondre’l. M’entens? Llavors el... el nostre encàrrec en els directors generals era aquest: A veure mireu, el territori que hi ha, quins agents, com es relaciona, com us podeu relacionar, no? I com, podem fer arribar tot això” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5)<sup>cc</sup>*

Las y los profesionales de la ASPCAT afirman que el municipio es una fuente de recursos relevante, puesto que permite movilizar los existentes, negociar políticas y dinamizar el seguimiento proyectos en el territorio. Es decir, consideran necesaria la implicación del municipio por su proximidad con los agentes locales.

*“Món local evidentment perquè si un es diu T [nombre] altre es diu E [nombre] , algun altre regidor d’Educació i ell que té els contactes amb aquest i amb aquell altre i tot això evidentment que en principi aquí el J [nombre] com a responsable comarcal (...) s’implica molt i evidentment el món local s’ha implicat molt (...) món local que en certa manera se podia implicar o no, si no s’hagués implicat no s’hagués fet res però al implicar si” (F1/EO/Pt/NT/V Pág 15)<sup>cci</sup>*

Desde el discurso de las y los agentes del Departament de Salut, el territorio es un recurso que puede hacer llegar la Salud a la población, pero no alcanza la legitimidad del conocimiento y de la adecuación de las intervenciones al mismo nivel que pueda plantear el Departament de Salut. Mediante estos argumentos se retoma el primer eje de posicionamiento de legitimidad en Salud: el saber. En efecto, la provisión de recursos se subordina a un discurso único de la verdad en Salud, proveído por quienes saben o, lo que es lo mismo, el Departament de Salut se posiciona en un rol experto.

*“nosaltres hem de liderar la protecció de la salut perquè? Per què som els que en sabem més i això és una realitat”. (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 13)<sup>ccii</sup>*

El planteamiento no es sencillo porque, por una parte, el reconocimiento del trabajo de Salud Pública local se hace necesario pero, al mismo tiempo, plantean la búsqueda de un discurso coherente en Salud Pública que implica, en cierto modo, la vigilancia de las actuaciones locales para garantizar que se orienten en el sentido general previsto para toda la Comunidad Autónoma.

*“Des de l’origen, de que hi ha un departament que planifica, perquè si no, dintre de quatre dies, que vol dir uns anys eh? Podríem córrer el risc de... bueno, el que a vegades amb entitats proveïdors ens ha passat. Ara et posaré un exemple diferent. Nosaltres tenim una entitat proveïdora, (...) pot creure no? que li agradaria desenvolupar una línia assistencial x. (...). És la regió sanitària la que diu el que despleguem en cada un dels territoris que, la regió sanitària, qui li diu què ha de desplegar, és, la... la, la... la centralitat no? El CatSalut, a nivell central, i el Departament de Salut a nivell central, val?” (F2/CD/CS/NR/M Pág.7)<sup>cciii</sup>*

La capacidad que se adjudican para movilizar los recursos territoriales, también es destacada como propia por las y los profesionales del municipio que trabajan en Salud Pública. Es en este sentido que asumen un rol instrumental de generación de redes locales, de dinamización del trabajo en Salud Pública y de provisión de recursos en el territorio para conseguir unas metas de Salud Pública local coherentes con las metas señaladas por el Departament de Salut.

*“No podem estar a tot arreu, nosaltres si que assumim una funció de lideratge entre cometes, de lideratge entès com aconseguidor, com a proveïdor de recurs, com això, com a secretaria, com a logística que són les coses que nosaltres podem fer, eh?, i evidentment hi han coses de salut, perquè, anem aprenent és Així” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)<sup>cciv</sup>*

Con todo, aunque se incorporan en el Proyecto Demostrativo y adoptan la necesidad de trabajar coordinadamente con el Departament de Salut, presentan críticas y cuestionamientos sobre las estrategias que la ASPCAT propone. Estas críticas se centran en las necesidades económicas de los ayuntamientos para la realización de sus actividades y en la relación de dependencia que podrían tener los ayuntamientos hacia la ASPCAT.

En relación con las críticas relativas a aspectos económicos, algunos profesionales del municipio que trabajan en Salud Pública, consideran que la priorización de provisión de servicios que podría hacer la ASPCAT con los ayuntamientos que no tuviesen estructuras en Salud Pública, podría compensar las desigualdades territoriales de recursos técnicos y económicos en Salud Pública. No obstante, generaría un agravio para con quiénes sí tienen recursos de Salud Pública, porque estos estarían realizando esfuerzos en destinar recursos propios para la provisión de unos servicios que, en otros municipios, son dados gratuitamente por la Comunidad Autónoma.

*“Escota’m a veure t’ho explicaré molt ràpid i molt fàcil perquè ens entendrem de seguida. Figueres li estàs fent tu el control dels restaurants i del no sé que i del no sé quantos, a Olot no fas pas cap. Jo no vull pas que facis res estrany, tot allò que destines a Figueres en la teva gent a mi m’ho passes amb diners. El dia que Figueres s’ho pagui perquè tu li passis una nota i li diguis, escota’m això que jo faig per*

*vostè aquí val 10.000 euros a mi m'ho deixes de pagar, però mentres a Figueres li paguis i a mi no, jo vull els diners. Clar, no ens em sortim, 'bueno és que nosaltres tenim pensat donar els serveis i no els recursos' 'No, no, els serveis no me l'has de donar, ja me'ls dono jo els serveis, lo que vull és que ens tractis igual que als altres. A mi m'estàs maltractant perquè jo estic fent els serveis que em pertoquen i surto penalitzat davant d'un que no està fent allò que li pertoca que li està fent tu i els hi fas de franc'. bueno, pues no és normal. Però no, no m'ha donat res, bueno no ens ha donat com ajuntament res, ni un duro, no hi comptem tampoc, eh?". (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24)<sup>ccv</sup>*

Asimismo, afirman que la gratuidad de las intervenciones desde las instituciones supramunicipales limita las exigencias territoriales sobre las intervenciones de Salud Pública.

*"mentre ells ho facin de franc no puc parlar d'eficàcia i d'eficiència estem parlant d'una altra cosa" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18)<sup>ccvi</sup>*

*"Ja ho sabia d'entrada això, però aquest discurs jo no el vull deixar de fer, jo aquest discurs l'hi he fet davant de la consellera i si mai tinc l'oportunitat de parlar amb l'actual conseller també li faré el mateix discurs, perquè per això és el discurs que toca, és el discurs de racionalitat, de seny, de dir : 'escolti jo sóc gran i jo assumeixo les meves responsabilitats , vostè ha d'assumir les seves'" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24)<sup>ccvii</sup>*

También manifiestan dudas respecto de la continuidad de actividades provistas, de forma gratuita, desde la ASPCAT y expresan que tales intervenciones pueden derivar en una futura necesidad de cofinanciación entre la administración de la Comunidad Autónoma y la administración local. En este sentido, en las entrevistas realizadas, sostienen que la gratuidad de las intervenciones sería una forma de generar dependencia hacia la ASPCAT que, posteriormente, tendría que ser pagada.

*"punt de crítica que és on de més em vaig esforçar i no em vaig sortir, és la dimensió d'inseguretat jurídica que genera la Llei de Salut Pública en el tema del finançament, val?, perquè la Llei de Salut Pública en el capítol de finançament de lo que és la cartera de serveix obra una porta que no vam aconseguir tancar al cofinançament per part dels ens locals, o sigui ara t'ho estan donant de franc però hi ha una porta oberta, en la llei, que el dia que ells vulguin et podem demanar el cofinançament" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.18)<sup>ccviii</sup>*

Las y los profesionales del municipio afirman que con la cofinanciación los ayuntamientos que actualmente tienen recursos verían compensados sus esfuerzos (porque ya no percibirían como contraproducentes los esfuerzos propios del municipio para dar cobertura a sus responsabilidades en Salud Pública) y, al mismo tiempo, la cofinanciación de ciertas acciones permitiría un mayor control (exigir y hacer un seguimiento) desde el gobierno local de las acciones propuestas por la ASPCAT.

*“en el moment que sigui cofinançat a mi em donen autoritat que avui no tinc, per mantenir la meva gent i per mantenir la meva estructura, vale? En el moment que sigui cofinançat estarem parlant d’eficàcia i eficiència. Si d’una cosa jo en sé i ells no sabem gaire és d’eficàcia i d’eficiència en la prestació de serveis i en el rendiment de la gent, per lo tant estan en el meu territori” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18)<sup>ccix</sup>*

Sin embargo, la co-financiación de la Salud Pública bajo la mirada del territorio se vuelve un arma de doble filo. En efecto, puesto que genera desigualdades en el territorio, se volvería a una situación de inferioridad de condiciones en los municipios con menores recursos.

*“Però bueno jo com que estava allà defensant els interessos del territori i dels interessos del municipalisme penso que un dels principals greuges que porta la llei implícit com una càrrega de profunditat diguem és aquest, és a dir en el moment que tinguem problemes això serà cofinançat” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18)<sup>ccx</sup>*

#### ***d.2) Los motivos para incorporar en la Salud Pública otras instancias de salud lato sensu***

Además del Departament de Salut y de los municipios, las y los profesionales de Salud Pública constatan la existencia de otras instituciones que realizan intervenciones susceptibles de ser articuladas con la ASPCAT. No se trata del ejercicio de competencias institucionales de intervención en Salud, sino de instituciones que, de alguna forma, desarrollan actividades vinculadas directa o indirectamente con la Salud Pública.

Las y los entrevistadas/os describen dos tipologías de instituciones: la de la red de salud del territorio y la de actuaciones coyunturales.

La tipología de la red de salud del territorio incluye aquellas instancias que trabajan directamente en temas de Salud Pública de adscripción no municipal. Por ejemplo, ONGs encargadas de la promoción de la salud.

*“Oncolliga és una associació de malalts de càncer que té molta potència a Girona, i que també està fent moltes coses de promoció. Llavors vam veure que el... Oncolliga estava treballant en molts instituts de la província amb un programa seu” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5)<sup>ccxi</sup>*

En cuanto a la tipología de las actuaciones coyunturales, comprende las entidades que desarrollan un trabajo supeditado a las circunstancias del momento y dependientes de las características del área de abordaje o de los sujetos de intervención que las y los

profesionales de Salud Pública quieren tratar. En el caso del Proyecto Demostrativo<sup>166</sup>, las y los profesionales de la ASPCAT y del municipio atribuyen especial relevancia a las entidades con competencias o tradición de trabajo con población joven.

Las personas entrevistadas, valoran la relevancia de las instituciones que realizan actuaciones coyunturales a partir de los mismos criterios que utilizaban para posicionar a las instituciones del ámbito de la salud<sup>167</sup> en espacios de poder: los conocimientos sobre el tema específico de intervención, la legitimidad institucional para intervenir sobre ellos y los recursos que hacen posible su intervención.

A partir de estos tres criterios, las y los profesionales entrevistadas/os van posicionando a las diversas instituciones que desarrollan actuaciones coyunturales: a quienes atribuyan mayores conocimientos, legitimidad institucional y recursos tendrán un mayor peso en el reconocimiento como instancia relevante para intervenir coordinadamente con las instituciones de Salud Pública. Precisamente, a partir de estos tres componentes, para el desarrollo del Proyecto Demostrativo, identifican al Departament de Educació, como institución incuestionable que debe coordinarse con la ASPCAT.

*“no hi ha persona més bona per ensenyar a un infant que un mestre, això ho hem de tenir molt clar TOTS, eh?, vull dir, perquè han estudiat per això i vull dir, no sé, per tractar temes alimentaris, per tractar temes d'això, si el mestre està ben format, el que hem de fer és una bona actuació formativa , una bona actuació de, de coordinació , però si el mestre aaaa, està format en aquest tema, el millor per ensenyar aquest tema és el mestre” (F2/EO/E/NR/D Pág. 2)<sup>cxii</sup>*

Asimismo, en este entramado de posiciones, según los conocimientos del área, la legitimidad institucional y la capacidad para movilizar agentes, las y los profesionales del Proyecto Demostrativo van situando a otras instituciones en niveles secundarios o terciarios de participación en el Proyecto:

Adjudican en un nivel secundario de importancia en la participación del Proyecto Demostrativo a áreas como juventud o deportes puesto que, si bien intervienen sobre la población infante o joven, su alcance es más limitado y tienen un menor reconocimiento por su capacidad formativa que el sistema educativo. Según

---

166 El Proyecto Demostrativo donde se inscribe la tesis, se orientaba a desarrollar un proyecto de Educación y Promoción de la Salud en Niños y Jóvenes.

167 Tratado en el segmento precedente de esta categoría: d.1. *“El binomio conocimiento-intervención en la distribución de legitimidades y el control de recursos como posicionador institucional”*.

manifiestan las y los profesionales entrevistadas/os, son áreas que pueden extender los discursos de Salud en el entorno joven más allá de los límites de la escuela.

*“Perquè és clar per exemple, una cosa que jo penso que a la Garrotxa, mm... no s’ha tingut en compte i per mi és molt important és joventut. (...) perquè cada municipi té una gent de joventut, que són... gent, bueno, encantadora no? (...) No tot s’acaba a l’escola”.* (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 27)<sup>ccxiii</sup>

*“Joventut no es pot venir aquí, no el crides o no li cliques una mica perquè ells no...són una mica, vull dir no són de primera..., si que són de primera línia però la seva activitat principal no és la salut de la joventut perquè la joventut esta molt sana”* (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)<sup>ccxiv</sup>

Confieren relevancia, a un nivel más terciario de relevancia, a instituciones que consideran alejadas de los objetivos de Promoción de la Salud y de la población diana<sup>168</sup>.

*“Vull dir, mossos estan a drogues i d’això... a... o de comportament o de... no sé, coses de tot el que es... el que es... a part de salut”* (F1/O/Pt/NR/F Pág. 7)<sup>ccxv</sup>

*“el Mossos no és la seva activitat principal vetllat per la salut dels joves i dels mossos, evidentment és col·lateral”* (F1/EO/Pt/NT/V Pág.15)<sup>ccxvi</sup>

Las y los profesionales de Salud Pública entrevistadas/os juzgan que, quienes tienen competencias en Salud Pública (la ASPCAT y el municipio), deberían estar siempre presentes en el desarrollo de intervenciones de Salud Pública territorial, y coordinarse a través de redes estables de relación inter institucional en el territorio. En contraposición, estiman que la participación de instituciones que realizan actuaciones coyunturales, debe ser dinámica y acorde con las necesidades de intervención que plantea Salud Pública.

*E: D’aquestes persones que s’han sentat en una taula, a veure, al fin i al cap aquí el que s’ha assentat en una taula ha sigut educació, el món local, i el Departament de Salut, i el Departament de Salut, doncs en aquest cas l’Agència i el CatSalut com a braç operatiu del departament val? A veure, és molt vàlid eh, però, mmm... A on hem de... amb què ens hem de basar, perquè això sigui rèplica a tot arreu? No sé.(...) Bueno, existirà en aquest territori. Però és que no sempre en temes de Salut Pública hi posaràs educació.*

*I: No, nono.*

---

168A lo largo de las entrevistas y, en general, durante todo el trabajo de campo realizado han sido frecuentes, en relación con este tipo de participación colateral, la mención de instituciones como la Policía y su realización de actuaciones vinculadas con la Promoción de la Salud (como, por ejemplo, la disuasión del consumo de drogas, aunque el enfoque es de carácter más represivo que educativo) o el comercio (cuyo objetivo esencial es la obtención de beneficios privados mediante la realización de actividades lucrativas).

*E: M'entens? Vull dir, això és vàlid per aquest tipus d'assaig que s'ha fet. Però per què ha de ser vàlid en altres coses. Aquí hi ha uns actors que són sempre vàlids que són els actors del Departament de Salut si és que realment el Departament de Salut lidera les coses. Que és l'agència i CatSalut.*

*I: Sí.*

*E: Aquests actors els has de posar, però tu el dia que vulguis desplegar uns temes de promoció amb la gent gran, què hi pintarà educació en aquí (F2/CD/CS/NR/M Pág. 9)<sup>ccxvii</sup>*

### ***d.3) La unificación de la heterogeneidad de discursos sobre la Salud Pública y su operativa***

Las y los profesionales de la ASPCAT, en su pretensión de promover un discurso unificado de Salud Pública en todo el territorio acorde con los planteamientos del Departament de Salut, proponen que quien debe velar por el cumplimiento de esta meta es la ASPCAT, mediante la supervisión y coordinación del territorio. En consonancia con ello, plantean un trabajo intersectorial y la coordinación de intervenciones en Salud Pública bajo el criterio de quienes *son salud*, para garantizar la extensión de su discurso.

Si bien, en un primer momento, surgió la idea de habilitar a instituciones mediante la evaluación de sus actividades en materia de Salud Pública, las y los profesionales descartaron esta propuesta por los inconvenientes que supondría. En este sentido, se plantean cuestiones sobre cómo seleccionar las actuaciones, quién tiene la autoridad para decidir las y cómo comunicar a ciertos actores que dejen de realizar su actuación, si llevan años haciéndola, cómo escoger, etc.

*“jo també ja veig que... que si hi ha gent que si ja fa anys que ho fa, i és el seu programa, i és el seu... i tot l'amor propi també dir-li, escolta a partir d'ara, ja ho faig jo no fa falta que hi vagis tu no? Jo crec que... que a veure en principi jo crec que la gent està, eeh... ho veu positivament això i crec que... que ja els hi agrada, però jo m'agradarà veure, el moment de triar després, eeem... eh... aquí s'haurà de fer amb molt de tacte jo crec no? Perquè pot haver-hi, no? Que trepitgis, eeh... algun ull de poll sense volguer. És a dir no escolta, a partir d'ara, ja ho farem nosaltres perquè lo que feies tu era una merdeta, no vull dir... el meu programa és més potent, explicant lo mateix, que l'altre, no? llavors, aquí, jo crec que, no sé, no? Hasta potser pot afectar temes econòmics no? si tu vas per unes xerrades a les tardes amb un col·legi, i si te les paguen, i et diuen no és que a partir d'ara les farà aquest altre senyor dius, osti! I jo què? No? vull dir, fins ara, fa deu anys que ho faig*



*no? Perquè no? no? El meu no era bo? Saps?” (F2/CD/CS/NR/Ma Pág. 3)<sup>ccxviii</sup>*

Destacan también la importancia de las jerarquías institucionales que hacen difícil permitir o prohibir actividades a quienes no tengan dependencia organizacional con el Departament de Salut. Mantener las cuotas de poder de cada institución se vuelve un mecanismo imprescindible para evitar confrontaciones.

*“Jo crec més amb aquest model. Jo aquest model d’acreditar... no sé fins a quin esglaió de la cadena es pot fer eh...(…) i tu com acredites un ajuntament?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 21)<sup>ccxix</sup>*

En sus discursos, las y los profesionales de la ASPCAT recurren a la diferenciación entre las intervenciones de Promoción de la Salud, más diversas y complejas, y las intervenciones de Protección de la Salud<sup>169</sup>, que sigue criterios normativos, para destacar que, más allá de las complicaciones políticas que pueda generar la acreditación de una u otra institución en salud, lo que realmente presenta dificultades es establecer el mecanismo de acreditación en actividades de Promoción de la Salud, ya que la consideran un área etérea<sup>170</sup>.

En este sentido, partiendo de la diferenciación entre Protección de la Salud y Promoción de la Salud, afirman que el espacio de creación de discursos e intervenciones de protección en el territorio es limitado, cerrando la realidad a las disposiciones normativas. Por este motivo, las y los profesionales de Salud Pública plantean que las actividades de protección sí pueden ser acreditadas por su restricción de criterios normativos traducidos a protocolos de actuación y al seguimiento de estos.

Del mismo modo, aceptan que las tareas de Promoción de la Salud, al no delimitar específicamente una forma de hacer y debido a la existencia de muchas actividades que pueden ser leídas en clave de Promoción de la Salud, se vuelven un espacio abierto a nuevas propuestas y discursos de salud, difíciles de acreditar.

*“Clar és molt complicat. Jo no ho sé, jo és un tema que tampoc eeh... s’ha parlat però també s’ha parlat una mica de l’acreditació de... de proveïdors en protecció de la salut. Eh per exemple doncs, ara tenim unes Entitats que col·laboren... col·laboradores amb l’administració que per exemple de lo que són torres de refrigeració que tenen risc de disseminar legionel·la, eh? Doncs aquestes empreses són les que fan el... el control, vale? I desinfecten i analitzen i tot això. Nosaltres l’únic que fem és supervisar que es fa això. No? A aquest nivell és fàcil no? El...”*

---

<sup>169</sup>Para profundizar sobre la diferenciación entre la promoción y la protección de la salud véase el segmento “*La Protección y la Promoción de la salud como balanceadores de la Salud Pública*” de la Categoría 2: “*La Salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un propósito*” del Eje I.

<sup>170</sup> Véase la categoría 5: “*La condición etérea d la Promoción de la Salud y sus efectos*” del Eje VI.

*per exemple a la llarga suposo que existiran entitats que inspeccionaran els restaurants no? segurament i miraran si el restaurant... bueno però en promoció... pfff ho veig més difícil no? tenir un proveïdor acreditat” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 22)<sup>ccxx</sup>*

Las y los profesionales de la ASPCAT argumentan que, ante la dificultad de acreditar instituciones por motivos de poder jerárquico y por la diversidad de actividades de Promoción de la Salud, es necesario generar alianzas institucionales para que quienes trabajen en Salud Pública asuman los lineamientos del Departament de Salut.

*“s’havia parlat, però això no... no... a veure jo penso que més que acreditar-les... és clar tu com acredites?... no ho sé eeeh.... jo que sé una associació de no sé què, de l’Alt Empordà, que fa un tema de drogues. Com l’acredites? Jo penso que més que acreditar-la és tenir-la, eeh... al teu costat. No? I... i dirigir-la, i...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 21)<sup>ccxxi</sup>*

*“i això... per exemple doncs, amb la gent del Gironès, aquest equip que tenim de l’ajuntament de Girona, eeeh... és clar aquest és una mica el que diem la... aquests si que els hem de tenir al costat perquè és que... són molt potents no? I és clar, només haig de pensar que ells dissenyen programes”.(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 29)<sup>ccxxii</sup>*

### **e) Categoría 5: La ambivalencia del proceso participativo como elemento estratégico para una nueva organización de la Salud Pública**

Esta categoría se estructura en base a los sentidos que se construyen en torno a la participación. Es el de participación un concepto de uso recurrente en la definición del nuevo modelo de Salud Pública y, habitualmente, acostumbra a aparecer en los discursos estrechamente conectado con referencias al trabajo intersectorial y a la transversalidad y, muy especialmente con la gobernanza en Salud. Es decir, conectado con el desarrollo de políticas de Salud Pública a partir de la implicación y negociación de concepciones, valores y prioridades entre sectores diferentes de la comunidad (gobierno local, entidades no gubernamentales, ciudadanía, etc).

Los discursos que conforman esta categoría se estructuran en torno a 2 segmentos de sentido. El primero reúne los argumentos mediante los cuales las y los entrevistadas/os justifican lo determinante de tomar en consideración la participación en Salud Pública y el segundo, se configura en torno a la relevancia que le otorgan a las instituciones y a las personas como agentes de participación. Concretamente:

e.1) La participación como instrumento estratégico en la organización y funcionamiento de la Salud Pública.

e.2) La interdependencia mutua de instituciones y personas como garantía del proceso participativo en Salud Pública.

### ***e.1) La participación como instrumento estratégico en la organización y funcionamiento de la Salud Pública***

Las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT interpretan el proceso participativo como *una herramienta* que posee dos características. Por una parte, sirve para conocer a los agentes territoriales, sus recursos, sus saberes y las actividades que llevan a cabo y también para detectar aquellas que sean clave en el territorio.

*“No havien treballat mai amb els educadors, o sigui feia vint anys que feien promoció de la salut i no coneixien els mestres! Vull dir que això ha estat una gran trobada entre ells” (F1/EO/SP/NA/M Pág 16)<sup>ccxxiii</sup>*

Por otra parte, permite generar una red de instancias del territorio que se impliquen en el desarrollo de intervenciones en Salud Pública de acuerdo con los lineamientos del Departament de Salut.

*“E1: Com que aquí a nivell regional tenim als òrgans de coordinació llavors quan en vinguin les línies estratègiques es vine salut, ah, vine joventut , vine educació sente’ns-hi vine Cat Salut.*

*E2: Sente’ns, uita aquí tenim les estratègies com ens hi posem a fer-ho” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 18)<sup>ccxxiv</sup>*

En el proceso participativo, cada participante se posiciona desde la institución que representa (sus motivaciones e intereses) y negocia vínculos y roles que favorecen la colaboración. Es decir, el proceso participativo actúan como un *laboratorio* para generar una red de gobernanza en Salud Pública.

*“Jo crec que sí que s’anirà fent. Passa que també hi ha diferents ritmes entre els proveïdors, hi ha diferents nivells de conscienciació. Vull dir que per tenir una intencionalitat has de ser conscient d’aquest paper que vols jugar, no? Aquest rol” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 5)<sup>ccxxv</sup>*

Al destacar la relevancia de la participación como una herramienta para conocer y articular agentes que trabajen en Salud Pública, cada instancias participante en el proyecto asume que la tarea participativa requiere de una inversión de esfuerzos organizativos, de recursos y de tiempo.

*“gent que s’hagi dedicat al projecte... nosaltres no hem tingut gent alliberada que faci el projecte, hem tingut gent que està treballant en*

*escoles, que està treballant a les administracions, que, a més a més a la feina quotidiana i del dia a dia i de les altres coses que fa, està participant en aquest projecte, i per tant sempre ha estat bueno, ha costat, no ha tingut gent, un grup d'especialistes alliberats per fer això, sinó que ha participat gent que està fent la seva tasca docent, o la seva tasca en salut, en un hospital...* “(F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 5)<sup>ccxxvi</sup>

Sin embargo, a juicio de las y los entrevistadas/os, los límites de la participación se sitúan entre la tensión de su capacidad para generar alianzas institucionales y sentidos comunes de salud (garantizando así su continuidad en el tiempo y la implicación institucional para la gobernanza en Salud Pública) y la necesidad de ser efectivos y planificar acciones de Salud Pública con un bajo coste (en especial, temporal).

En el caso específico de los grupos de trabajo, las y los profesionales del Equipo Operativo expresan que el proceso participativo ha generado dificultades de gestión y demora en el desarrollo de actividades.

*“La història aquesta de comissions i més comissions que tothom tenia allà veu i vot i explicava coses que avances amb una lentitud endimoniada que et tornes lero perquè tothom es cansa, tothom acaba cansat, ningú sap on anem perquè no hi ha ningú que tingui una estratègia clara de saber on anem i tal”* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)<sup>ccxxvii</sup>

Las y los profesionales implicados en el Proyecto Demostrativo señalan que es fundamental invertir en tiempo y en recursos para garantizar un proceso participativo, aunque es importante que esta inversión no sea superior a los beneficios esperados. En consecuencia, ante la pretensión de obtener mayores ganancias que inversión hecha, defienden que la participación, concebida como herramienta, requiere de unos límites para que sus efectos sean acordes con los esfuerzos y recursos invertidos. Por ello, ante la percepción de excesiva inversión temporal y de recursos y ante las dificultades para gestionar el proceso participativo, una vez alcanzado el objetivo principal<sup>171</sup>, las y los profesionales del Equipo Operativo entrevistadas/os justifican la introducción de una nueva fase. Mediante esta nueva fase, el proceso participativo se redujo a la actuación de un número reducido de agentes clave identificados en cada grupo de trabajo, formando así un grupo más pequeño para la confección de un producto concreto. Plantean que sea este grupo reducido quien haga una revisión y reagrupación de contenidos, para dotar de una línea argumental entre contenidos elaborados por los grupos de trabajo facilitar su entendimiento a terceros/as.

*E: “Escoltem , amb tot lo que tenim ja hem fet el procés de participació ja sabem a on està tothom, hem pogut detectar quins són més o menys experts i qui són capaços, per lo tant, deixeu-nos si us hi sembla fer un treball de revisió de tot això sense canviar ni línies ni objectius ni*

---

<sup>171</sup>Poner en común las actividades de Promoción de la Salud y conseguir un conocimiento e implicación con el discurso de Salud pública del Departament de Salut.

*competències, per fer un treball de reagrupament a veure si som capaços de simplificar tot això una mica.*

*I: Què dius, les activitats, no?*

*E: Sobretot nosaltres el que volíem era poguer donar una visió de continuïtat en el projecte, una visibilitat per quan el professor o qui sigui de fora ho agafi que entengui què està fent perquè el que passava fins ara era que quan ho agafava un de fora , que ja era enrevessat fins i tot per nosaltres, deien i “aquests que intenten fer “, clar parlant de salut, parlant d’una escola saludable , parlant d no sé que.. i això com s’ho menja? , com s’ho fa?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.1)<sup>ccxxviii</sup>*

Con todo, más allá del conocimiento entre agentes, de la puesta en común de actividades y de la elaboración de un catálogo de actividades según los resultados de los grupos de trabajo, las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT plantean la necesidad urgente de pasar de la construcción teórica a la acción ya que, a su juicio, es en este momento donde se ponen en juego las relaciones establecidas y la fortaleza de los compromisos institucionales alcanzados en el proceso de participación.

*“I aquest serà un punt clau, una pedra de toc important per veure com el posen en marxa tot això. Però bueno, jo crec que hi ha les condicions adequades perquè es tiri endavant, eh?” (F1/EO/SP/NA/M Pág.2)<sup>ccxxix</sup>*

Asimismo, admiten que el paso a la acción se hace necesario para mantener la implicación institucional y, en especial, de las personas.

*“Em truquen la gent a mi i han participat en el projecte, la visió de la gent és de cansament o sigui la gent em diu 'estic esgotat del projecte iestic esgotat perquè em perdut dos anys discutint', o sigui és veritat que hem fet una feina d’apropament, de saber el que tu penses i el que jo penso de fent-se amics i de tal però ho hem fet tan llarg, ho hem fet tan farragós, ho hem fet tan cansat que la gent s’ha esgotat , i per lo tant a mi em truca la gent i em diu: 'a mi aquest projecte m’interessa, m’agrada, ja em va bé però truca’m quan tinguis alguna cosa que sigui tocable, que jo pugui fer una feina” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.12-13)<sup>ccxxx</sup>*

## ***e.2) La interdependencia mutua de instituciones y personas como garantía del proceso participativo en Salud Pública***

Las instituciones y las personas son, para las y los profesionales que trabajan en el Proyecto Demostrativo, dos pilares indispensables para garantizar el buen desarrollo del proceso participativo. En este sentido afirman que, por una parte, el proceso participativo se concreta en las personas que, con ciertos saberes, intereses, voluntades y posiciones, se involucran en su desarrollo y, por otra parte, atribuyen al ámbito

institucional el carácter de marco posibilitador y promotor del propio proceso participativo.

*“A veure, no sé, a veure, els processos participatius són complicats. A veure, és clar, finalment el procés participatiu global s'acaba concretant en unes persones. Després de que això impliqui a més gent a darrere depèn d'aquestes persones com estenguin aquest treball fet en les comissions en cada un dels seus sectors, de manera... Educació es va intentar fer, i es va aconseguir bastant” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4)<sup>ccxxxi</sup>*

*“Hi ha escoles que s'han involucrat més, que hi ha persones que han estat treballant amb els eixos, han treballat amb els àmbits, des del primer dia han participat molt en tot el procés. Hi ha altres escoles que no han participat tant. Després això depèn del grau de participació de les persones que hagin vingut, doncs que sí que les escoles ara estiguin més ben preparades o no. Clar, és que és com tota la vida, eh? Les estructures, les possibilitats, les opcions que hem permès que tothom hi participés hi han sigut” (F3/EO/E/NT/D Pág. 7)<sup>ccxxxii</sup>*

Consideran que la disposición institucional y la voluntad (concebida en términos de facultad personal) son las dos caras de una misma moneda que hacen posible el desarrollo del trabajo participativo y la intervención en salud pública. Afirman que, sin la voluntad de los y las agentes en mantener y desarrollar el Proyecto Demostrativo este no sería posible y, sin la representación institucional, los contenidos y acuerdos no tendrían sentido.

*“Aviem estem parlant em em [5 segundos de silencio]... no sabria dir-te quin és tot plegat, institució i persona a vegades personalitzem però perquè darrere hi ha una institució un canvi que això ho dic amb tot el pes...no sé en quin percentatge però molt important una cosa amb l'altra, aviem educació, en el món escolar és important (riu)(...) institució jo crec no sé si per bé o per mal o per aquí o per allà , però té un pes, bueno no sé em sembla”. (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 16)<sup>ccxxxiii</sup>*

*“No.. s'ha de .. no, no es pot tirar endavant un projecte territorial de promoció si no hi ha una implicació dels professionals” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 2)<sup>ccxxxiv</sup>*

Las y los profesionales involucradas/os en el Proyecto Demostrativo expresan que, el déficit de implicación institucional y/o personal, vuelve la participación, como mínimo, limitada<sup>172</sup>. Entienden que esta limitación es debida a las condiciones cotidianas del trabajo y a la falta de espacios formales para la transmisión del Proyecto Demostrativo a otros actores, aspectos que acotan su diseminación. Dicho sentenciosamente, según este planteamiento es, sobre todo, el marco institucional restringe el proceso participativo.

---

<sup>172</sup>En relación al Proyecto en el que realicé el trabajo de campo, puedo asegurar que denotan una fuerte implicación profesional del nivel local.

*“Perquè s’hi va implicar bastant més gent en el... en el treball, i per tant segurament hi ha una implicació important, però és clar, estem parlant no sé, d’un 2% dels 200 de tota la zona (...)Perquè una cosa és tens el treball del dia a dia i l’altra això que és a més a més, i vas fent com pots i ho expliques a qui tens proper però a vegades tampoc tens els àmbits i els fòrums per anar-ho estenent a la resta” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4)<sup>ccxxxv</sup>*

A juicio de las personas entrevistadas, el interés institucional hacia un trabajo encauzado transversalmente y/o intersectorialmente facilitaría la participación puesto que, una orientación así, implica la circulación de un flujo de información y el establecimiento de continuas relaciones entre personas y departamentos. Sin embargo, la organización vertical que caracteriza la actual estructura jerárquica institucional (al menos, Educación y Salud) dificulta que el proceso de participación se extienda a todas las áreas específicas de trabajo. En efecto, para que esta propagación se produzca deben ser trascendidos no solo las conexiones en horizontal (representadas por las áreas de la misma organización o por las relaciones entre departamentos y organizaciones diversas en un mismo nivel de desagregación) sino también traspasar los diferentes niveles jerárquicos organizacionales<sup>173</sup>.

*“Arribar a tot arreu és molt complicat, això hagués fet falta que després en els claustres hagués estat un tema important de debat, que s’hagués fet arribar a tot el professorat, i això em dóna la impressió que almenys a educació no ha passat. Potser... en alguns claustres s’ha informat de manera puntual, però jo crec que no hi ha hagut la implicació actual de tot el col·lectiu... en el treball. I m’imagino que en els altres sectors deu haver passat una mica el mateix, que les persones que venien sí que coneixien el tema i hi estaven implicats, i potser algú més que els era proper, però em dóna la impressió que la.. l’extensió d’això a la resta no s’ha produït. I segurament és molt complicat de fer-ho, eh?” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4-5)<sup>ccxxxvi</sup>*

*E1: I un altre element jo penso que la gent que està fent la salut pública a nivell de Direcció General, a nivell Comitè Directiu doncs bueno, primer que ens han fet un programa de desenvolupament directiu, l’estem fent ara cada setmana, això ens ha cohesionat molt no? (...) llavors totes aquestes accions que quedaven allà a Barcelona i que després a través de l’unitat de planificació podien baixar una mica embassegades al territori i com podien ara flueixen, dic ara cada 15 dies tenim reunions surten els programes, surten els projectes, surten les unitats estratègiques. A llavors que el que jo penso que el que falta és això, que des de la regió, la regió sanitària tinguem//*

*E2: // ho vidualitzeu una mica millor que això és un tema que encara tenim pendent (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 3)<sup>ccxxxvii</sup>*

---

<sup>173</sup>Para la investigación que nos ocupa, en nuestro caso deberían ser traspasados el nivel central, el regional y el territorial.

Si bien definen el trabajo participativo en referencia a la dinámica de los grupos de trabajo locales, afirman que su existencia depende del soporte institucional generado a partir de las instituciones representadas en el Equipo Operativo. En este sentido, plantean que el origen del proceso participativo se inicia y se promueve institucionalmente desde el Equipo Operativo, órgano que funciona como gran marco-agente que posibilita, limita, promueve y orienta el proceso participativo.

*“Hi ha l’equip operatiu, que és l’ànima de, del, del... del pla transversal aquest que proposem. Després una cosa important és que ells han jugat fort també amb el tema de participació, i s’ha creat ... u .. o sigui... hi ha hagut un procés que ha anat ‘in creixendo’ de participació dels professionals” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 2)<sup>ccxxxviii</sup>*

Las y los comprometidas/os en el propósito participativo afirman que la implicación institucional y de las personas va cambiando según los intereses que se entretengan en el proceso. En el inicio del proyecto, la implicación institucional del Equipo Operativo se fue incrementando, como queda reflejado, por una parte, en el interés de diferentes instituciones por el trabajo que se llevaba a cabo y, por la otra, en el soporte a los grupos de trabajo territoriales.

*E1:(...) bueno que de moment ens podem sentar, la F [nombre], la N [nombre], jo i ara el X [nombre], puf es que tirarem milles//*

*E2://si eso seria//*

*E1: amb DipSalut, perquè la gent tenen moltes ganes (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 13)<sup>ccxxxix</sup>*

Sin embargo, a medida que el proyecto iba llegando a sus etapas finales, la participación de la región se redujo, siendo el ámbito local quien continuó en cierta medida con el proyecto, mientras que el territorio asumió la responsabilidad de mantener el trabajo colaborativo y articulado entre instituciones de salud.

*“Jo crec que tot això que hem fet no quedarà aturat, malgrat estiguem la situació econòmica que estiguem, perquè en el territori ja hi ha una voluntat” (F3/EO/SPIE/NT/NS Pág 5)<sup>ccxli</sup>*

Además de las instituciones gubernamentales de la Comunidad Autónoma y del municipio, las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT toman en cuenta la participación de la sociedad civil organizada (en especial organizaciones no gubernamentales que trabajen en salud) en tanto representan a grupos y defienden intereses de un sector de la comunidad (jóvenes, afectadas/os por una enfermedad, personas mayores, etc).



En este sentido, argumentan que las entidades que trabajan hacia o con las personas tienen la capacidad de conocer sus necesidades y formas de ser y hacer. Asimismo, manifiestan que la participación de las entidades hacen posible que estas representen a las personas como un reflejo que transmite sus intereses y particularidades. Para reforzar esta opinión, citan como ejemplo de procesos participativos algunas acciones que suelen limitarse a entidades organizadas, no a la comunidad a nivel general o a beneficiarias/os directas/os.

*“Encara no hem acabat d’arrodonir el tema de com participa la comunitat en el salut als barris. La Llei de Barris ja té una comissió d’avaluació i seguiment en que se li dona resposta a totes les entitats que hi ha, les associacions de veïns, etcètera...” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)<sup>ccxi</sup>*

Con todo, las y los implicadas/os en el despliegue de la ASPCAT afirman que los individuos, a nivel personal, tienen escasa cabida en los procesos de Salud Pública. De hecho, no citan ningún procedimiento que incluya a la persona no adscrita a una organización en procesos participativos de Salud Pública. Es más, las y los involucradas/os en el despliegue de la ASPCAT reconocen tener dificultades para pensar cómo incluir a las personas sin representación institucional y para determinar cómo seleccionar en la participación a quienes tengan un conocimiento legítimo y carezcan de intereses ocultos.

*“Bueno, aquí yo es una de las cosas que opino ¿eh? De que bueno, algunas veces les he hablado, aquí deberíamos estar cercando un ciudadano individual, si hay algún ciudadano individual con criterio y con carisma yo creo que no debería estar vetado aquí, pero la idea es que sea un, muy representativo de instituciones. Con , el, el modelo de funcionamiento del reglamento yo creo que lo puede permitir porque tampoco no es tan estricto ni tan encorsetado ¿eh? Pero mmmm, yo creo que estaría bien que algunos ciudadanos, no manipuladores no? Sino que trabajen de una forma honesta, deberían, deberían poder estar allí. Pero el modelo no lo promueve mucho, yo creo que no lo promueve aunque no sé si explícitamente lo limita, o sea que si alguien quiere decir alguna cosa ahí tiene una tribuna para poderla decir” (F2/O/SP/NA/M Pág.7)*

### ***EJE III: La salud pública, parte del sistema social***

Este Eje aglutina los discursos mediante los cuales las y los profesionales de Salud Pública explican la inscripción del modelo de Salud Pública en las coordenadas del sistema social actual, caracterizadas por la mediación del mercado como lógica que articula la configuración de las relaciones sociales y donde la Salud Pública, justifica sus intervenciones a partir de su utilidad a este sistema.

Concretamente, en primer lugar, se presentan los discursos que, las y los profesiones del Territorio más críticas/os, despliegan para configurar el escenario social neoliberal y la necesidad de adaptar a las instituciones de Salud Pública a partir de este escenario. En segundo lugar, se presentan los discursos que las/os profesionales entrevistados articulan en torno a conceptualizar a la salud pública como una acción del gobierno que permite el funcionamiento de las sociedades neoliberales: habilita la acción del mercado acreditando la actividad productiva de las empresas, al mismo tiempo que crea sujetos útiles al sistema (que consumen, producen y reducen gastos de la Asistencia en Salud).

El Eje se compone y organiza alrededor de 2 categorías:

- a) Categoría 1: La permeabilidad de modelo de Salud Pública a los imperativos hegemónicos del neoliberalismo.
- b) Categoría 2: La Salud Pública y el engranaje productivo en tiempos de liberalización y privatización.

**a) Categoría 1: La permeabilidad de modelo de Salud Pública a los imperativos hegemónicos del neoliberalismo**

Esta categoría reúne los discursos que las y los profesionales de Salud Pública del Territorio más críticas/os construyen en relación a las transformaciones sociales y a cómo las instituciones gubernamentales tratan de incorporarlas readaptando su funcionamiento para, como suelen esgrimir, mantener su vigencia y utilidad. Identifican a la flexibilización, el mercado y el consumo como elementos claves que median la nueva configuración social. Y a la eficacia como argumento que justifica los cambios institucionales. Además, al mismo tiempo que reconocen a la lógica neoliberal como prisma que articula el cambio institucional, plantean la invisibilización de su presencia a los ojos de la población general como estrategia que tiene el sistema social neoliberal para hacerse más fuerte.

Los discursos que conforman esta categoría estrechamente imbricados se estructuran en torno a 3 segmentos de sentido:

- a.1) La nueva regulación de la vida (bajo el Neoliberalismo) y su expresión en el desconcierto institucional.
- a.2) La eficacia como justificación de la necesidad del cambio organizativo y la desregulación.
- a.3) La racionalización mercantil como matriz ideológica de un nuevo sentido común y de una nueva forma de vida.

***a.1) La nueva regulación de la vida (bajo el Neoliberalismo) y su expresión en el desconcierto institucional***

Las voces de las y los profesionales del Territorio más críticas enfatizan que, las transformaciones institucionales que se están produciendo en relación con la Sanidad Pública, responden a la necesidad de resolver los desafíos que los vertiginosos cambios económicos, sociales y políticos están planteando sin cesar. Entre las respuestas que se vienen produciendo, destacan la función desempeñada por las instituciones en la

construcción de sujetos útiles y productivos en el sistema neoliberal que habitamos, cuya premisa es que todas las parcelas de la vida deben ponerse a producir.

*“jo penso que és no solsament la salut sinó que és un model de vida (...) en una economia més o menys moderna que hem passat de ser un 60% de sector industrial a ser pràcticament un 30 i de ser un 30 de servei hem passat a un 60% de serveis ens ha passat a un model d'hàbit i de vida diferent en el qual serveis pesant molt” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)<sup>ccxlii</sup>*

El cambio del modelo productivo actual, aunque se sostienen en una pequeña proporción en base al primer y segundo sector, cada vez, en mayor medida, depende del consumo y de los servicios. Esto, como afirman las y los profesionales, repercute sobre la diversificación de formas de vida, los vínculos relacionales y la aceptación de esta diversidad. Expresan, además, que los cambios económicos y sociales generan un escenario relacional complejo y dinámico que transforma los sentidos de las prácticas de las sociedades tradicionales.

*“E:Les famílies com un concepte formal de pare, mare no sé que, i abans els avis..., ara ha canviat monoparental, del mateix sexe amb nens sense nens*

*I: si*

*E: ara és una diversitat absoluta i tothom se sent còmode excepte alguns fraccions de poblacions molt petites, però tothom se sent còmode, tots nosaltres tenim amics homosexuals, tots tenim amigues lesbianes i no passa absolutament res, abans els en seguïem tinguent però no ho podíem dir ara la gran sort que tenim tots és que ho poden dir i estan tan feliços i tan encantats de la vida i només faltaria, i per lo tant clar això crea una dimensió social...general absolutament diferent”. (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.21)<sup>ccxliii</sup>*

Agregan que los cambios sociales y económicos conllevan la exigencia de una readaptación de las instituciones con la finalidad de seguir siendo útiles y responder a las nuevas exigencias sociales, políticas y económicas. Ponen como ejemplo a la escuela, como institución pública primera de formación de personas, que sufre continuas reformas del plan educativo y de las actividades en torno a este, pero que mantiene estilos de organización acordes a los requerimientos históricamente arraigados como, por ejemplo, la formación en normas horarias de presencia en la institución, indispensable para la *domesticación* de sujetos que cumplan horarios y asistan presencialmente al trabajo según el modelo de las sociedades tradicionales.

Asimismo, entienden que los cambios sociales y políticos actuales plantean la necesidad de construir nuevos valores (como el trabajo en base competencias, más allá de los contenidos y la utilización de tecnologías de información y la telecomunicación, por

ejemplo) acordes con la creación de sujetos flexibles y adaptables a las exigencias del sistema de mercado, menos presencial, más diversificado y menos estable.

*“La fàbrica i perquè els telers no parin i perquè la màquina de fer planxa no pari i això ens porta a una situació en la qual nosaltres hem d'anar a l'escola i hem d'anar a l'escola de manera reglada i bàsicament l'escola durant molt de temps l'única cosa que ens ensenyen és a complir uns horaris i la formació pesa relativament poc, vull dir ens ensenyen a complir uns horaris de tal hora a tal hora tu has d'estar a l'escola després vas a dinar i de tal hora a tal hora has d'estar a l'escola i això ens prepara per estar a les fàbriques o per anar a les nostres feines ordinàries, val? I ens posa en una posició que és aquesta la que hem viscut. Això jo crec que totes aquestes revolucions digitals són importantíssimes, que ens han canviat la vida i encara no som conscients, (...) es comencen a produir trencaments a la societat perquè és clar allò que era tan important a l'escola com a procés de formació d'uns hàbits i tal careix d'importància” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)<sup>cxliv</sup>*

Las y los profesionales críticos del Territorio plantean que la convivencia de modelos relacionales de flexibilización con los tradicionales genera un cierto desconcierto institucional en cómo abordar las políticas sociales. Admiten que el cambio en las prácticas sociales se produce más rápidamente que el cambio institucional y, ante esta situación, refieren una cierta parálisis en la toma de decisiones institucionales y hacen una llamada a la acción política para dar respuesta a estos cambios.

*“amb aquest entorn no hi sabem viure, no és veritat perquè hi vivim,eh?, però ens hi sentim com que no encaixem, per què? perquè els graus de llibertat han canviat, ni han augmentat ni han disminuït, no ho sé, eh? jo diria que han augmentat però tampoc sóc ben conscient de si és més o són menys, però són diferents, les relacions han canviat i per lo tant fins que no trobem la manera de Salut Pública, en tot, en tot i per lo tant en aquest procés lo que jo trobo a faltar és lideratge, polític, eh? estic parlant, líders de veritat polítics que jo els hi reconec tot i que després costa molt, eh?, quan un s'equivoca i passa un cert temps i veu que s'ha equivocat personalment costa molt, però jo reconec que els polítics tenen el dret d'equivocar-se com el tenim tots, el que no s'hi val és el que està passant que no fem, o sigui la inacció, la no decisió és molt pitjor que l'equivocació” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.21)<sup>cxlv</sup>*

## **a.2) La eficacia como justificación de la necesidad del cambio organizativo y la desregulación**

El cambio en la orientación del mercado hacia la provisión de servicios en el contexto de Cataluña lleva consigo, a juicio de las y los profesionales críticas/os del Territorio, la aparición de nuevas necesidades que coexisten con las anteriores. Concretamente, el

modelo de trabajo presencialista convive con un modelo centrado en objetivos de flexibilización del horario laboral, disminución del presencialismo en el puesto de trabajo y difuminación de las diferencias entre el espacio personal y el profesional. Afirman que las transformaciones actuales en cuanto a la flexibilización de las relaciones laborales y la incorporación de la virtualidad, originan un cambio en nuestra forma de relacionarnos, que implican una vida cada vez más dinámica y flexible a las exigencias del mercado, con mayor información e inmediatez.

*“serveis tornem a una situació diferent de la situació industrial en la qual tu ets professional liberal pots treballar a casa teva perfectament i pots treballar dissabte a la nit, pots treballar diumenge a la nit i pots treballar, pots treballar a l’una de la matinada, lo important és que acabis el projecte en temps i per lo tant no és tan important que vagis a l’oficina vuit hores pots anar a l’oficina zero, pots no tenir oficina, evidentment el que segueix fent fil ha d’anar a la fàbrica, eh? aquest no té més collons, parlant clar, que anar a la fàbrica, però hi ha una fracció molt important de la societat que ja no és necessari que faci aquestes coses” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)<sup>ccxlvii</sup>*

En este contexto, las y los profesionales de Salud Pública sugieren la modificación de la lógica institucional vigente, sustentada en una organización estable, rígida y pública, por otra que maneje nuevas fórmulas organizativas bajo el arquetipo de la flexibilidad, el dinamismo y la convivencia de lo público y lo privada en los servicios públicos.

Mediante este proceso, de imitación del modelo de empresa privada flexible, las y los profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) aseguran que la organización pública dispondría de mecanismos que le permitirían adoptar los funcionamientos de contratación y de flexibilidad organizativa habituales en empresas privadas. Encontrando fundamentación en la eficacia institucional, las y los profesionales implicados en el despliegue de la ASPCAT, defienden que la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) se creó con el objetivo de ser una estructura gubernamental dotada de la mayor flexibilidad, tanto a nivel de recursos humanos (con mayor movimiento de contrataciones y despidos, según las exigencias en Salud Pública), como de los recursos económicos (subvenciones estatales y pagos privados), como de las estrategias para reducir costes, aumentar beneficios y ganar rapidez de respuesta ante los *inputs* que puedan recibir.

*“Anem fent, de més i de menys, i diem bueno doncs que se’n ocupi el del Ripollès que se’n ocupi... que vingui un inspector cap allà però tampoc el podem moure perquè encara no són empresa pública, són encara estructura funcional no podem moure la gent primerament, no podem contractar i descontractar, tenim funcionaris públics, tenim totes les limitacions de ser administració pública. I quan vas a fer entrevistes al personal per sumar te diuen 'Exportacions, assajos demostratius i salut als barris'. Dius, vale...” (F3/O/Pt/NR/V Pág.7)<sup>ccxlviii</sup>*

### **a.3) La racionalización mercantil como matriz ideológica de un nuevo sentido común y de una nueva forma de vida**

Las y los profesionales críticas/os del Territorio visibilizan la ideología como el prisma bajo el cual se construyen formas de ver y hacer el mundo. Estas formas de ver y hacer, a menudo presentadas bajo la etiqueta de imparcialidad, constituyen un dispositivo que el sistema utiliza para crear verdades evidentes e incuestionables.

*“hi ha una cosa que prima per sobre les idees i la ideologia que tothom vol fer creure que la ideologia ha mort i en realitat jo penso que la ideologia és molt important, que tothom vol fer creure que això s’ha mort i que ara estem en un procés de racionalització i que tot és molt racional i que tot és no se que... no no” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.19)<sup>ccxlviii</sup>*

Sugieren que, a pesar de la pretensión de neutralidad ideológica, la ideología entreteje todas y cada una de las formas de organización y producción humana. Asumen que, mediante el proceso de racionalización, los hechos se vuelven verdades atemporales y, con ello, incuestionables. Invisibilizar la ideología bajo el discurso de lo evidente apolítico y objetivo, vuelve a las acciones institucionales como acciones desprovistas de valores e intereses de grupos específicos.

Así pues, las y los profesionales críticas/os del Territorio asumen que desvincular los discursos de su ideología permite mantener en mayor medida el *status quo*, puesto que se hace posible trascender la época histórica y los intereses de a quién se sirve. En este sentido, las instituciones y políticas públicas cumplen la función de homogeneizar puntos de vista hegemónicos y promover que estos discursos sean interiorizados en la comunidad como realidades.

*“escoti’m econòmicament hi ha moltes opcions i vostè m’està explicant la que li convé al Fons Monetari Internacional, la que li convé al gran poder, la que li convé a les oligarquies de tot el món” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 19)<sup>ccxlix</sup>*

### **b) Categoría 2: La Salud Pública y el engranaje productivo en tiempos de liberalización y privatización**

Esta categoría reúne los discursos que las y los profesionales de Salud Pública construyen sobre el nexo entre el sistema productivo y la Salud Pública en base a las relaciones con la Protección de la Salud y la Promoción de la Salud, en que la primera habilita a las empresas a realizar sus actividades productivas, mientras que la segunda

crean sujetos útiles para el sistema (que producen, consumen y generan menos gastos al Estado).

Asimismo, se recogen los argumentos que manejan en relación con las dificultades que vislumbran sobre la extensión de las intervenciones de Promoción de la Salud en un contexto de crisis donde los costes relativos la urgencia por dar respuesta a demandas inmediatas, de un mercado que exige intervenciones de Protección de la salud y de una sociedad que necesita la Asistencia en Salud, superan a la inversión en una Salud que sería necesaria para apoyar la promoción de la salud.

Para la sistematización de los discursos identificados en el análisis, esta categoría se ha estructurado en torno a 3 segmentos de sentido:

b.1) La gestión del control de riesgos en Salud en el marco de la actividad productiva.

b.2) La Promoción de la Salud como inversión para la creación de individuos y sociedades útiles y productivas.

b.3) La Promoción de la Salud como ámbito subalterno de la intervención en el escenario productivo.

### ***b.1) La gestión del control de riesgos en Salud en el marco de la actividad productiva***

Las y los profesionales de Protección de la Salud describen su actuación técnica en el territorio aludiendo a la verificación y al seguimiento de las actividades locales según la normativa vigente. Afirman que esta normativa regula la actividad productiva de comercios, empresas e industrias bajo unos criterios de salud.

*“protecció té una normativa estricta. I per tant qui l’aplica, només cal que agafi el doc, i la... la llei no se quantos no l’apliqui exacte no se què... i... no té possibilitats d’anar-se’n pel cantó, per tant fa rrrrrrap, recte. Val?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 20)<sup>cc1</sup>*

En su descripción relativa al ejercicio del control de riesgos en salud relacionados con los ámbitos descritos por la normativa, mencionan dos mecanismos: *el autocontrol* y *las inspecciones* de agentes de Protección de la Salud.

En su defensa de la reducción de gastos de recursos institucionales y de tiempo en el control de la salud, introducen argumentos sobre la efectividad para, así, fundamentar



la estrategia de autocontrol de la salud que compromete a la misma empresa a ser su propia supervisora en relación a la salubridad de sus prácticas lucrativas.

Afirman que los autocontroles han supuesto un cambio en la función de las y los inspectores de Protección de la Salud, que han pasado de hacer un seguimiento presencial y continuado (asumiendo la responsabilidad del control de la salubridad de los establecimientos), a delegarlo en quienes realizan actividades productivas, que deben *autocontrolarse* según la normativa vigente. Mientras tanto, las y los profesionales de Protección de la Salud desempeñan el rol de monitorización del correcto desarrollo de los sistemas de control de cada empresa.

No resulta difícil deducir de todo ello, que las empresas que realizan un autocontrol en relación con la Salud, están al servicio de las normas gubernamentales de Salud Pública.

*“E1: Abans anàvem 50 vegades a una empresa alimentària perquè dèiem així si ens veiem normalment dissuadiem, diguem bueno nosaltres no hem de ser aquest tipus d’element, nosaltres som una altre tipus d’inspectors, les empreses han de tenir autocontrol, han de ser professionals i ara doncs anem, 4, 5 vegades a l’any no?”*

*E2: el que els hi has d’ exigir que tinguin els seus programes d’ auto control i que els tiguem complint//*

*E1: // i quan hi anem ens passem tot el dia”. (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 21)<sup>ccli</sup>*

Asimismo, las y los profesionales de Protección de la Salud describen situaciones en las que el autocontrol no está contemplado. Se refieren a tareas de Protección de la Salud que requieren de la inspección directa en la industria y que deben ser realizadas por esta vía ya que es la única forma mediante la cual la normativa autoriza a acreditar, o no, la actividad. Afirman que aquellas supervisiones que requieren del seguimiento directo de agentes de Protección de la Salud se vuelven una prioridad para la planificación de recursos de Salud Pública.

*“Llavors només fem que agafar inspectors que estan fent una feina i dir, ocupat d’això a més a més no? ocupat d’això a més a més. I a la Garrotxa és un mapa enorme d’empreses petites exportadores, amb una gran voluntat que no paren, no paren, no paren d’exportar, i sort en tenim en aquest país no? Llavors nosaltres hem de donar la talla, i només fem que injectar inspectors en el sistema. D’on els treiem? Dels que tenim, en aquest senyor d’aquí li diem, ocupat d’aquesta empresa” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)<sup>cclii</sup>*

Sea cual sea el rango de la normativa (municipal, autonómico, estatal y europeo), su cumplimiento es, según aseguran las y los profesionales de Protección de la Salud, un

requisito indispensable para el desarrollo de la actividad productiva. Suman a estas normativas los requerimientos de países de fuera de la Unión Europea con los que se mantienen relaciones de exportación comercial.

*“quan una empresa vol exportar a un país tercer ha de complir... Totes les empreses han de complir la norma comunitària. I els nostres inspectors van pel carrer, pues... per les empreses, verificant que es compleix la norma comunitària. Però per exportar, has de complir a més a més de la comunitària que és la que et permet estar registrat a Europa, allò que et demani el país tercer. Si tu vols anar al Japó, Japó et posa les condicions que vulgui, no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 6)<sup>ecliii</sup>*

Manifiestan que la gestión del riesgo puede ser un arma del sistema de mercado ya que, la aprobación de normas justificadas en la Salud poblacional, pueden limitar la producción de un área industrial y fomentar otra, reducir o aumentar las ganancias de ciertos establecimientos, limitar las exportaciones, etc. Es decir, aseguran que las exigencias normativas no siempre corresponden a criterios establecidos a partir de la evaluación de riesgos en salud sino que, muchas de ellas, obedecen más las demandas del mercado, controlando en este sentido la exportación e importación de productos. Al enmascarar la norma de mercado bajo el discurso de Salud poblacional, esta se desvincula de los intereses económicos por los que fue creada y el cuestionamiento por parte de terceros se reduce.

*“Generalment, tots els països posen... demanen la lluna de seguretat alimentària com per comprar producte... Ho fa tothom és una recomanació de mercat, i ho disfressen de condicions sanitàries per què no ho discuteixi ningú. Llavors, solen exigir, a part de qüestions dels productes, molts de control oficial” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)<sup>ecliiv</sup>*

La supervisión normativa de protección de la salud es, a juicio de las y los profesionales de protección de la salud, una dimensión ineludible en el sostenimiento del sistema de producción. Afirman que los esfuerzos de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) para cumplir con los requerimientos normativos de la industria convierten las tareas de control de industrias y establecimientos en actividades prioritarias para las y los agentes de Protección de la Salud. En este sentido, entiende que la Protección de la Salud se pone al servicio del mercado, ya que quedan relegadas a un segundo plano actividades de Salud Pública que no presentan normativas ni exigencias en el mercado laboral.

*“Per exemple, amb una sala de desfer el paper per comercialitzar, nosaltres un cop per setmana, dos cops per setmana, verifiquem les condicions, aixequem actes, tornem a la setmana següent... Mèxic, per comprar producte, demana que en la planta exportadora hi hagi veterinari oficial amb l'agència permanent. Això ens obliga que si una de les plantes vol anar a Mèxic, li hem de posar servei d'inspecció*

*permanent. I per tant... clar, en el context actual que no podem contractar a ningú... per un costat no podem contractar a ningú, per altre costat seria impensable que el govern denegés una exportació per què no dona la talla. Això no ens ho podríem permetre, de dir, hi ha una empresa que té un mercat obert a Mèxic, però com que l'administració no hi posa inspecció permanent no hi pot anar” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)<sup>eclv</sup>*

Asimismo, las y los profesionales de Salud Pública suman a las exigencias institucionales relativas a dar respuesta a los reclamos del mercado, las presiones político-económicas, especialmente ahora en el contexto de crisis económica europea, porque consideran que el desarrollo del motor productivo del territorio es un elemento indispensable para reducir los efectos de la crisis económica.

*“ara... ara es tracta... hi ha instruccions de la vertent econòmica del govern de facilitar les coses, no? I... lògicament si una empresa pot anar al Japó i... pos no pot ser que per culpa de la inspecció no hi vagi. Diga-li després que fàgi un assaig demostratiu” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)<sup>eclvi</sup>*

## ***b.2) La Promoción de la Salud como inversión para la creación de individuos y sociedades útiles y productivas***

Las y los profesionales de Salud Pública establecen un vínculo estrecho entre la Promoción de la Salud y el sistema productivo. Argumentan que el sistema productivo requiere de las personas como recurso indispensable para garantizar su subsistencia.- En esta línea, sitúan a la Promoción de la Salud como un área rentable de la Salud pública ya que se orienta a formar personas, a encargarse de que interioricen prácticas sociales, y a favorecer las condiciones que posibilitan el desarrollo de personas útiles al sistema.

*“I clar, hi ha hagut un descens tan brutal en els darrers anys d’una mortalitat que normalment agafava a població jove que diríem que l’estalvi, o diríem... o la.. o el.. o la no pèrdua productiva de tota aquesta gent perquè no han tingut els accidents ho pots arribar a quantificar econòmicament?” (F4/O/SP/NA/M Pág.3)<sup>eclvii</sup>*

El discurso de la Promoción de la Salud es utilizado por las y los profesionales de Salud Pública como una inversión para conferir valor a este área y promoverla como una herramienta válida por su rentabilidad para el sistema productivo. La construcción del discurso de Promoción de la Salud como inversión la realizan a través de la combinación de dos componentes esenciales: la productividad y la sostenibilidad.

En las entrevistas argumentan la importancia de que se dirijan los esfuerzos y los recursos de Promoción de la Salud, en calidad de “inversión”, hacia el propósito de crear una sociedad más productiva. Entienden que la interiorización del discurso de salud (hegemónico) es una pieza indispensable en la creación de sujetos “saludables”. Es decir, sujetos de buena salud, útiles y/o provechosos/os para un fin, capaces de asumir responsabilidades y tomar decisiones basadas en el conocimiento y ser consecuentes con él.

*“Volem persones capaces, responsables de la seva pròpia salut en entorns que facilitin la seva salut” (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)<sup>cclviii</sup>*

Las y los profesionales de Salud aseguran que las personas se vuelven más rentables al asumir prácticas de cuidado en salud, como si de una maquinaria se tratase. Afirman que al mantener su funcionamiento en óptimas condiciones, habría más capital humano para producir productos y servicios.

*“Lo que hem d'ajudar és que cada vegada tingui més capacitat de decisió però tenim que fer que totes les condicions en les que viu, en les que treballa...tots els determinants estructurals de nivell socioeconòmic...el treure la situació de crisi, d'atur, etcètera...tot això va en contra de la salut per tant tenim que ajudar que la societat sigui una societat que generi salut. Perquè a més, una societat sana, una societat més productiva...dient sempre que la salut no és una despesa, és una inversió. Si tu tens una societat sana, una societat capaç...una societat que és capaç de prendre decisions, és una societat que és més productiva, que és més feliç i que genera més de tot” (F4/O/Pm/NA/M Pág.8)<sup>cclix</sup>*

*“ja no solament no tens la despesa sinó que a més tens persones productives que si haguessin tingut aquell accident s'hagués transformat en una... en la imatge especular d'aquesta situació, no?” (F4/O/SP/NA/M Pág.3)<sup>cclx</sup>*

Asimismo, defienden que mediante el discurso en Salud las personas pueden asumir ciertas prácticas que orientan su ocio, su formación y su consumo de productos como acordes con los valores sociales actuales. El discurso de Salud, en este sentido, *dirige, posibilita y limita* las alternativas de prácticas sociales bajo la argumentación de crear las mejores opciones de ser y hacer para la salud.

*“Li donem coneixements, hàbits i actituds positives davant la salut”.* (F1/EO/SP/NA/M Pág.9)<sup>cclxi</sup>

*“Llavors, nosaltres tenim que ajudar a que la gent sàpiga què té que fer...que la majoria sap que no té que fumar, per exemple...la majoria sap que l'alcohol no és massa bo per res, no? (...)com puc fer activitat física si no puc anar al gimnàs 3 vegades a la setmana? Per tant, per això els nostres missatges van molt en dir: no! Tens que acumular 30 minuts i pots ser...dons això...baixant-te una parada abans del*

*bus...ehhh...pujant més les escales, fent...jo que sé, l'ho que tinguis que fer a casa...regar plantes...l'ho que sigui més més...millor per tu. Però pots acumular-lo...per l'ho tant, això aniria a saber com. Igual que, com poder cuinar una cuina saludable que no sigui només planxa? La gent ha de saber que nosaltres quan parlem d'alimentació saludable no parlem només de menjar a la planxa...que pots ser molt variat i que pot ser molt diferent...i que un fregit de vegades tampoc està malament si està ben fregit...amb l'oli adequat, la temperatura adequada i tot això” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16) <sup>clxii</sup>*

También argumentan que las actividades de Promoción de la Salud , al mismo tiempo que fomentan *estilos de vida saludables*, rentables en la producción y consumo de productos, ocio y servicios, promueven prácticas conformes con el discurso de sostenibilidad económica, sanitaria y ambiental. En este sentido, sostienen que además de crear sujetos que producen y gastan, se reducen los gastos de sistema social (no sólo de una esfera concreta como podría ser la energética sino que, en especial, reducen la carga de enfermedad en la población).

En efecto, las y los entrevistadas/os, profesionales de Salud Pública, declaran que los hábitos saludables no solo son buenos para la persona y para el sistema de producción y consumo, sino que son buenos para el medio ambiente y la racionalización de recursos<sup>174</sup>.

*“Però a més, lo de pujar per les escales, que sembla tan simple, també té un altre element...i és que té un element a més de sostenibilitat energètica. És a dir, tu consumeixes menys energia quan puges per les escales que si l'ascensor està tot el dia pujant a una persona per dalt i per baix”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12) <sup>clxiii</sup>*

En especial, el discurso de la sostenibilidad lo exponen vinculado al aspecto económico de la prevención de la enfermedad a nivel asistencial. En este sentido, argumentan que unas buenas políticas de Promoción de la Salud y de Prevención de la Enfermedad <sup>175</sup> tendrían consecuencias en la reducción de gastos de la asistencia sanitaria, puesto que evitarían el desarrollo de enfermedades o dolencias y/o reducirían la gravedad de las mismas.

*“si nosaltres fem promoció i fem prevenció, què és lo que esperaries tenir? Menys malaltia. Per tant és un discurs que afavoreix el tema de les retallades, per disminuir la càrrega de malaltia. Nosaltres lo que*

---

<sup>174</sup>Ejemplos de esta lógica son subir las escaleras, caminar o moverse en bicicleta como ejercicio físicos saludables que, a la vez, reducen el consumo de energía y la contaminación generada por los ascensores, las escaleras y los automóviles o motos.

<sup>175</sup> Para profundizar sobre la relación entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, véase el segmento b.4) *La Prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud como expresión de la tensión entre la definición de los problemas y los enfoques de la intervención* de la categoría 2: La definición de los problemas de Salud Pública como atribución poblacional del Eje V.

*hem de fer és una població més sana, amb menys riscos”  
(F4/O/SP/NA/M Pág.13)<sup>cclxiv</sup>*

La reducción de las enfermedades y del gasto sanitario por acciones de Salud Pública, es un razonamiento que las y los profesionales de Salud Pública utilizan en las entrevistas con especial énfasis para justificar la función de la Promoción de la Salud, convirtiéndose en un elemento esencial en el discurso de la salud pública.

*“des del punt de vista de treballar en una institució com la nostra, què és el que més li preocupa? Jo no sé si li preocupa tant el benestar. Això... diguem, inclús podríem dir des d'una òptica, entre cometes, més neoliberal, no? Li preocupi l'individu, i que se'l busqui. Però des del punt de vista de sistema, igual ara el que interessa és actuar sobre aquests... aquests factors per impedir que aparegui aquesta malaltia, i per tant que aparegui despesa o càrrega de malaltia associada a la no... al no seguiment d'aquestes pràctiques de promoció”  
(F4/O/SP/NA/M Pág.2)<sup>cclxv</sup>*

Destacan especialmente que, la reducción de gasto sanitario por acciones de Salud Pública, se refleja en la prevención de enfermedades que la población sana acaba no desarrollando. Es decir, plantean la fuerza que adquiere la Salud Pública en producir una sociedad con menor morbilidad<sup>176</sup>, aspecto que se traduciría en un menor gasto de la Asistencia Sanitaria.

*“Tota aquesta gent perquè no han tingut els accidents ho pots arribar a quantificar econòmicament, i per tant et dóna una idea que per alguns és més comprensible l'acció de la salut pública, perquè dius no solament, diríem, hem... hem... hem tingut despesa originada per l'atenció a aquesta gent, no oblidem que de vegades als accidents de trànsit per cada mort hi ha un lesionat medul·lar que requerirà una... un nivell d'atenció diríem casi més cara, segurament bastant més cara que el que ell produiria si estigués sa, és a dir que ens gastem en cuidar-lo tot el que ell guanyaria si estigués treballant”  
(F4/O/SP/NA/M Pág. 3)<sup>cclxvi</sup>*

También se refleja, a juicio de las y los entrevistadas/os, en la reducción de la carga de patologías o factores de riesgo (tensión arterial, diabetes, etc.) y en la reducción de carga sanitaria de los problemas de salud asociados al aumento de la esperanza de vida. Afirman que, ante las previsiones de envejecimiento poblacional, la mejora de la salud de la tercera edad es una estrategia indispensable para reducir la carga de asistencia en salud.

*“La nostra població va creixent d'edat, la nostra població cada vegada tindrà més necessitat assistencial en segon quines històries lligades*

---

<sup>176</sup> La Salud Pública, destaca su capacidad actuar sobre las causas de enfermedad *evitables*, que son aquellas que pueden ser reducidas o controlables por medio de políticas e intervenciones de salud que fomenten prácticas y entornos saludables (como la prevención del consumo de tabaco, control de accidentes de tránsito, prevención de homicidios y suicidios, cribados poblacionales, etc.).

*amb l'edat, per lo tant arribar a millors condicions físiques a una edat més avançada al final suposa, i ara estic dient una perogrullada perquè és lo que diu tothom, però que és aquesta la veritable salut pública suposa un estalvi mesurable en lo assistencial, que no té res a veure amb la despesa que estàs fent a promoció de la salut i amb promoció de la salut pública perquè sempre és molt més baixa la despesa de producció lo que passa és que no la fem".(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)<sup>cxvii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública contrastan el discurso de la productividad y sostenibilidad social de la salud con la improductividad y gasto que atribuyen a la enfermedad. En este sentido, aunque conocen la existencia de vías de recaudación compensatoria al sistema público sobre ciertos gastos asistenciales que se puedan generar por prácticas insalubres, manifiestan que tales recaudaciones solo cubren parcialmente el impacto de la posible enfermedad en la población, generando una relación beneficios-pérdidas a nivel económico, nula o negativa.

*“E: Claro si decimos que ganamos, que ingresamos muchos impuestos [silencio] por el tabaco, por el alcohol, que por ahora lo que se ha demostrado es que los ingresos que ganamos por los impuestos sobre el tabaco y sobre el alcohol sirven para pagar la patología generada por el tabaco y el alcohol.*

*I: que es impresionante..además,....*

*E: Claro, el tabaco es el elemento, el enemigo público número uno , no? El 40% de la morbimortalidad es at, es explicable por el tabaco ¿no? Lo que no este exceso de morta, de atención sanitaria procede de una práctica (silencio) que no creo consiga pagar los gastos de, de la atención a la patología ¿no?” (F2/O/SP/NA/M Pág.14)*

Mientras que las y los profesionales de Salud Pública plantean que la reducción de gasto sanitario por la carga de enfermedad es idealmente un objetivo esperable, las y los profesionales de Salud Pública del Territorio destacan que existen otros intereses contrapuestos a los gubernamentales en las inversiones en Salud. Concretamente, alertan sobre el negocio que supone la enfermedad para ciertas empresas (por ejemplo, en la fabricación de productos o construcción de infraestructuras) y de cómo los intereses que pueden verse afectados si la Salud Pública alcanza su efectividad ideal.

*“E: Perquè hi havia diners a repartir, perquè un del nostres motors econòmics va ser la indústria farmacèutica des de fa molt de temps hi ha sigut la indústria hospitalària hi ha sigut fins i tot el turisme hospitalari d'alguna manera i és clar això al final de tot és una qüestió de diners, o sigui defensar el que defenso jo que prevenció, prevenció i prevenció per después gastar menys no l'interessa a ningú.*

*I: Clar*

*E: L'interessa a un individualment, a una societat petita com és la ciutat d'Olot però no l'interessa a Laboratoris X, ni l'interessa al conseller de sanitat, n o al conseller tampoc és per posar un exemple, però diguem d'alguna manera és dir 'escota'm t'estic dient que Laboratoris X d'aquí a quinze anys tindrà menys negoci perquè hi haurà menys gent que tingui afeccions de colesterol'". (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.22)<sup>cclxviii</sup>*

### ***b.3) La Promoción de la Salud como ámbito subalterno de la intervención en el escenario productivo***

Las y los profesionales de Salud Pública destacan la importancia de la Promoción de la Salud en la creación de sociedades saludables, productivas y sostenibles. Sin embargo, también expresan que, el trabajo de la promoción de la salud en la creación de comunidades útiles al sistema social en un contexto de crisis, es en muchos casos postergado a un segundo plano ante las exigencias de dar respuestas a las demandas de la Atención en Salud y la Protección de la Salud.

En las entrevistas realizadas declaran que la urgencia prioritaria a la que, en materia de Salud, deberían responder los poderes públicos es la Asistencia en Salud. El argumento que utilizan para defender esta visión es la prioridad que la Asistencia confiere a la atención de las necesidades de salud inmediatas, reales y personales, en contraposición con la Promoción de la Salud, cuya pretensión es mejorar, anticipándose, la salud futura, en abstracto. En este sentido, si bien los profesionales y las profesionales de Salud Pública ponen de relieve que el gasto en Promoción de la Salud es proporcionalmente menor al de la Asistencia en Salud y supone una inversión para la creación de una sociedad futura más saludable, la urgencia política y social obligada a dar respuesta a una dolencia presente hace que, en un contexto de crisis económica, la Promoción de la Salud quede en un segundo plano de relevancia para los poderes públicos. Dicho sintéticamente, mientras la enfermedad se haga presente, la inversión en Asistencia en Salud es necesaria y situada como prioritaria.

*“Això és una inversió, una inversió clara de futur perquè vol dir que si jo fes bé aquesta feina al final el que acabaria tinguent és menys medicina reparadora i per lo tant una despesa sanitària molt més assumible, sense haver de tancar plantes d'hospital, sense haver de tancar urgències, sense haver de tancar llits, sense haver de tancar no sé que; tampoc sap ningú què tancarem i que no tancarem, m'explico ? i també veig que la inversió que nosaltres podem arribar a fer en això en el millor dels casos és una inversió infinitament inferior a la inversió de qualsevol procés de diàlisi, de qualsevol pròtesi de cadera o de pròtesi de genoll i per lo tant això em crea a mi una certa tensió, un cert*



*malestar perquè em dóna la sensació , que jo ja ho sé perquè el govern últimament està repetint això i nosaltres ho estem repetint per repetició del govern és a dir estem en un moment del que es considera economia de guerra i quan un està en una economia de guerra està només per intentar menjar l'endemà, vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.12)<sup>cclxix</sup>*

Defienden que los gastos en Promoción de la Salud suponen una inversión inteligente para evitar errores pasados de excesos en el gasto público y garantizar un futuro más productivo y con menos desembolsos sanitarios. Por ello, expresan la importancia de rescatar la tarea de Promoción de la Salud en la reconstrucción de una sociedad eficiente capaz de gestionar la reducción de gastos para mantener el sistema en un contexto de reducción del poder económico del Estado.

*“Jo penso que nosaltres hauríem de ser prou intel·ligents como país per veure que és allò que ens pot posicionar al futur i que és allò que ens pot posicionar amb una situació que diuen els experts i jo penso que és més o menys així que mai serà com la que hem passat mai és molt de temps, però durant molt de temps no tornarà a ser com la que hem passat de que tot si valia i que per lo tant que els recursos seran finits i que haurem de racionalitzar les despeses i no sé que..., Hòstia ! jo crec que val la pena passar quinze dies pensant què és allò que em posiciona millor per sortir de la crisi, què és allò que un cop jo comenci a treure el cap altra vegada pugui dir 'home pues jo aquí resulta que m'estic estalviant no sé quants recursos assistencials perquè estic fent bé la feina preventiva”.* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)<sup>cclxx</sup>

Aunque reconocen la importancia del desarrollo de actividades de Promoción de la Salud admiten que, en Salud Pública, se suelen priorizar las actividades de Protección de la Salud puesto que implican una inversión presente que, al mismo tiempo que reducen riesgos para la salud, se vinculan con las normas de mercado.

Dado que una condición insalubre puede frenar un proceso productivo y el no cumplimiento de las normas de control en Protección de la Salud puede limitar la distribución de productos, las y los profesionales de Salud Pública argumentan que en un contexto de crisis la intervención en Protección de la Salud se justifica por sus repercusiones directas en el sistema productivo. Estos aspectos hacen que la Protección de la Salud sea una inversión con resultados inmediatos para el mercado, escasamente cuestionada en la actualidad.

*“Amb aquesta voràgine de bojós, i a més a més amb una... amb un context de crisi econòmica que hem de... no podem... això amb vaques grasses aniríem a les empreses i diríem o ens ho pagueu o no venim. Però ara... ara es tracta... hi ha instruccions de la vertent econòmica del govern de facilitar les coses, no? I... lògicament si una empresa pot anar al Japó i... pos no pot ser que per culpa de la inspecció no hi vagi.”* (F3/O/Pt/NR/V Pág.7)<sup>cclxxi</sup>

Con todo, las y los profesionales de Salud Pública afirman que los recursos limitados en Salud Pública, hacen que dar respuesta a las exigencias del mercado en materia de Protección de la Salud implique dejar de hacer otras actividades de Salud Pública. Expresan que las actividades de Promoción de la Salud en el Territorio, que pretenden ser realizadas por los mismos y las mismas profesionales de Protección de la Salud, se ven afectadas<sup>177</sup>.

*“Diga-li després que fagi un assaig demostratiu. Clar, et diu, <vale>, tenim tota la voluntat des del punt de vista de salut de fer-ho, i tenim tot el convenciment de que això és bó, però, la immediatesa se’ns menja. I hem de fer una exportació al Japó. O m’ocupo de les escoles de no se què. Llavors anem fent, de més i de menys” (F3/O/Pt/NR/V Pág.7)<sup>cclxxii</sup>*

---

177En la categoría 4: *La Salud Pública como praxis político -legal y territorial* del Eje I se muestra la estrategia de despliegue de la Promoción de la Salud a partir la estructura de Protección de la Salud. La atribución de tareas de Promoción a agentes de Protección se ve afectada en dos niveles: 1) la calidad de las actividades desarrolladas por profesionales que tienen a la Promoción de la salud como un “agregado” de sus propias actividades de Protección; y 2) la cantidad; es decir, la reducción de tiempo efectivo dedicado a la Promoción de la Salud se relaciona con el aumento de exigencias en actividades de Protección.

### ***EJE IV: La comprobación de las intervenciones en Salud Pública como prueba de legitimidad y adaptación***

En este Eje se agrupan los discursos que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para legitimar las intervenciones en Salud y, asimismo, la propia materia de Salud Pública, apoyándose en argumentos basados en la comprobación de la eficacia de las actividades puestas en práctica en relación con el objeto de salud sobre el que se pretende incidir.

Para ello recurren a la evidencia científica como mecanismo que permite conocer la realidad de la población, identificar sus necesidades y configurar los objetos de intervención. Dada la objetividad atribuida a los saberes producidos por la evidencia científica, las personas entrevistadas argumentan que, al mismo tiempo que dota de certezas sobre los fenómenos tratados desde la Salud Pública, da legitimidad a las intervenciones que se fundamentan en ella.

Asimismo, las y los profesionales de Salud Pública precisan que las intervenciones requieren ser evaluadas concretamente en el contexto y momento en el que se desarrollan, para valorar su pertinencia, funcionamiento y resultados en salud producidos en situaciones específicas.

El Eje se ha compuesto y organizado alrededor de 2 categorías:

- a) Categoría 1: La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública.
  
- b) Categoría 2: La inapelable apreciación de lo concreto y la complementariedad de los procesos de evidencia y evaluación en Salud Pública.

**a) Categoría 1: La evidencia científica como referente modélico de interpretación y evaluación de la Salud Pública.**

Esta categoría reúne los argumentos que las y los profesionales de Salud utilizan para evidenciar y dotar de certeza el campo de la Salud Pública mediante la construcción de un discurso sobre las características y la relevancia de las evidencias científicas. El saber científico y, más específicamente, las certezas científicas son interpretados como el conocimiento legítimo que valida y avala la comprensión de los fenómenos y los procesos de la salud y faculta para valorar los efectos de las intervenciones sobre los problemas a tratar. Es decir, el método científico y las certidumbres que se pueden desprender a partir de él lo convierten, según las y los entrevistadas/os, en la *genuina e indiscutible estrategia de saber* que permite acceder al conocimiento de la realidad en salud (la norma que permite saber *cómo son las cosas realmente*) y es la fuente de legitimación de lo apropiado de utilizar ciertas intervenciones ante la diversidad existente. Asimismo, en virtud de esta interpretación, el saber y las certezas científicas son las evidencias que proporcionan seguridad a las personas que intervienen sobre la adecuación de su propia práctica. Dicho con otras palabras, despoja de dudas e incertidumbres sobre los temas de salud pública y sus intervenciones.

Para la sistematización de los discursos identificados en el análisis, construidos por las y los entrevistadas/os mediante la articulación constantemente de referencias al saber y a la praxis en Salud Pública, esta categoría se ha estructurado en torno a 6 segmentos de sentido:

- a.1) Los hallazgos científicos y la objetivación de las diferencias como fuentes de evidencia de la eficacia en Salud Pública.
- a.2) La interrelación evidencia-praxis como legitimación para la definición de problemas y el diseño de intervenciones en Salud Pública.
- a.3) Las instancias internacionales como depósito de evidencias para las intervenciones de Salud Pública y el anhelo de certidumbre.
- a.4) La “realidad científica” y la “realidad contextual” como epistemologías antagónicas y complementarias del trabajo en Salud Pública.
- a.5) Las evidencias duales y la laboriosa combinación de los métodos en Salud Pública.
- a.6) El manejo de evidencias como piedra de toque para las intervenciones en Salud Pública.

### ***a.1) Los hallazgos científicos y la objetivación de las diferencias como fuentes de evidencia de la eficacia en Salud Pública***

Las y los profesionales de Salud Pública refieren, de manera reiterada, la íntima conexión entre su ámbito de trabajo y el campo científico a fin de resaltar la importancia que para sus prácticas tiene disponer de certezas sobre los fenómenos de salud. En su discurso, conciben el método científico como el único procedimiento que permite un acceso fidedigno a la realidad ya que despeja el estudio de la misma de posibles distorsiones personales, sociales y políticas. Es decir, afirman que la investigación científica cuenta con medios y técnicas que permiten un acceso privilegiado, riguroso y preciso a la verdad. Sirviéndonos del método científico, afirman las entrevistadas y entrevistados, es posible obtener categorías que nos permiten entender el mundo de una manera diferente, ordenarlo de forma distinta y acceder a inteligibilidades nuevas. Esto es lo que pasa, aseguran, cuando lo que se estudia es la Salud Pública: el método científico hace posible que emerjan multiplicidad de procesos, temas y relaciones, que no sólo se caracterizan por la novedad sino porque se muestran como incuestionables debido a las características mismas del procedimiento y del tipo de epistemología que se maneja.

*“I pot ser ara el moment, o sigui ara el que hem analitzat són els problemes de salut aquest problema de salut en quines edats el podem treballar?, clar als joves no els podem dir, també podem parlar del tema eh? Però diguem que ens movem, ens hauríem de moure en el terreny de l'evidència. És a dir, no opinem nosaltres, això és l'evidència i ja està.” (F1/EO/R1 Pág.3)<sup>eclxxiii</sup>*

El prisma del método científico confiere seguridad a quienes intervienen puesto que, a juicio de las entrevistadas/os, les dota de certezas sobre los fenómenos y procesos de aquello sobre lo que trabajan. Así, los resultados obtenidos mediante este método, convierten los hallazgos inapelables, realidades únicas de existencia posible.

*“I això en principi no és opinable, bueno “no és opinable”, és opinable, però esta basat sobre anàlisi CIENTÍFIC de la realitat [poniendo acento en la palabra científico]” (F1/EO/R1Pág 2)<sup>eclxxiv</sup>*

Proponen el conocimiento científico como la base para acceder a la realidad de la Salud poblacional y, en congruencia con la propia manera de producirse que éste defiende, aceptan que se trata de un conocimiento en un proceso permanente de reelaboración, habiendo áreas en las que el saber es más limitado, como en el caso de Promoción de la salud.

*“Jo crec que a la que estudiéssim més, féssim més recerca respecte del comportament. Perquè clar, tu amb la salut, amb promoció de la salut*

*què busques canviar? Estils de vida, no? (...)Jo crec que ens falta molt coneixement de per què les coses són como són". (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)<sup>cclxxv</sup>*

Dada la importancia que adjudican al método científico, las y los profesionales de Salud Pública construyen los problemas de salud a partir de la información obtenida mediante métodos y técnicas acreditadas por la ciencia. En contraste, atribuyen a la falta de información, la ausencia de problemática. Desde esta perspectiva, sostiene que, si un fenómeno no es detectado mediante estrategias científicas, no existe.

*"Jo que se, aaa quants joves han anar a l'assistència en problemes de drogues, en aquest cas conclouríem però en Olot no és un problema perquè al menys no tenim dades que ens fam pensar que això és un problema. Per exemple, l'alcohol, l'alcohol sí per què tenim tant de casos que tal, seria el tema de continguts, o sigui, quins temes nosaltres prioritzem. I l'altra seria com ho treballem això" (F1/EO/R1 Pág. 2)<sup>cclxxvi</sup>*

Asimismo, recurren al término "evidencia" como indicador de la existencia, aparente y probable, de una disfunción de las condiciones físicas y psicosociales de una población debido a la realización de prácticas no saludables. Afirman, que los estudios científicos, una vez identificado un problema de salud, permiten conocer en qué nivel, en relación a la situación esperada, se encuentra la población general. Las prácticas de Salud Pública, en este sentido, se orientarían a reducir la brecha que aleja la situación detectada de la situación esperada.

*[sobre un estudio] "va demostrar una cosa, la gent puja poc per les escales si té escales mecàniques, perquè si tots haguessin pujat per les escales manuals no necessariem coses per a millorar-lo" (F4/O/Pm/NA/M Pág. 3)<sup>cclxxvii</sup>*

### **a.2) La interrelación evidencia-praxis como legitimación para la definición de problemas y el diseño de intervenciones en Salud Pública**

La evidencia es construida por las y los profesionales de Salud Pública como una herramienta de detección de saberes y verdades que proceden del estudio de una realidad concreta (determinación de la tipología de los problemas, sujetos a quienes afecta, magnitud de los problemas, etc.). Además, en sus discursos, vinculan la evidencia con la praxis, al plantear la necesidad de fundamentar las intervenciones sobre la población a partir los saberes y verdades que proporciona la evidencia.

Específicamente, en sus discursos destacan la importancia de las intervenciones de Salud Pública en la modificación de las condiciones de vida y las prácticas de las

personas, y ante la potencia de esta observación, argumentan la necesidad producir intervenciones rigurosas, basadas en las certezas sobre situaciones problemáticas que proporciona la evidencia.

*“Perquè clar, tu amb la salut, amb promoció de la salut què busques canviar? Estils de vida, no? Dius, ostres, me, esto me parece que hace daño, voy a intentar modificarlo. Ostres, esto es muy serio. Perquè esto no es la Maria, me parece. Bueno, hay que saber por que. I la intervenció també ha de ser ajustada al coneixement que tu rebis, no? De... de... de la recerca que hakis fet sobre aquest tema”.* (F4/O/SP/NA/M Pág. 16)<sup>cclxxviii</sup>

Conciben la investigación como *la estrategia legítima* para un saber riguroso mediante la cual, el caos y la variabilidad de la realidad toman nitidez haciéndose inteligibles y abriendo el paso para hallar o descubrir fenómenos. Afirman que tales hallazgos ayudan a definir un tema o problema de salud y que, al mismo tiempo, en esta definición (sus causas, sus elementos preventivos, sus facilitadores, etc.) se esbozan los elementos que permiten desarrollar estrategias de intervención.

*“Més enllà de quina és la cosa ens hem de centrar en les coses que necessiten ser estudiades. Perquè... i a més les intervencions necessiten estar justificades per la recerca”* (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)<sup>cclxxix</sup>

Declaran que, al contrario de la búsqueda ideal de una relación directa entre el saber de la evidencia y la intervención en Salud, las y los profesionales de Salud Pública suelen intervenir sin que medie una justificación empírica. Admiten que muchas acciones de Salud Pública se basan en el conocimiento común, en creencias o en suposiciones. Interpretan, en consecuencia, que tales conocimientos, al no basarse en argumentos científicos, pierden su veracidad y la intervención su legitimidad.

*“És el que ens està dient, és a dir que hi ha moltes coses que en Salut Pública solemos tender a dir 'Bueno, me parece que...que esto pasa por esto o me parece que hay que tener la intervenció'. Esto es fatal! 'El me parece' no existe”* (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)<sup>cclxxx</sup>

Las y los profesionales atribuyen a la falta de estudios que corroboren la necesidad de la intervención y a la adecuación de esta a tal necesidad, las dificultades de generar cambios en la salud de la población. Es decir, expresan que muchas intervenciones de Salud Pública (y, en especial, de Promoción de la Salud) no inciden como se espera en la población, por la ausencia de evidencia que corrobore la pertinencia y adecuación de la intervención a las características del problema y de la población a quien van dirigidas.

*“Jo hauria de ser igual de rigorós que els que acaben determinant per què tens una llaga a l'estómac o per què tens una diabetis i per què proposes aquest tractament i no un altre, no? I en Salut Pública som*

*molt artesans, fem coses basats en unes intuïcions que no estem... argumentades per res, no? Sinó per alguna suposada apreciació d'un expert. Però fem molt poca recerca. I aleshores d'aquesta manera a lo millor per això no som eficaços".(F4/O/SP/NA/M Pág.15)<sup>cclxxxi</sup>*

### **a.3) Las instancias internacionales como depósito de evidencias para las intervenciones de Salud Pública y el anhelo de certidumbre**

Si bien las y los profesionales de salud pública advierten que muchas actividades de Salud Pública, en especial de Promoción de la Salud, se realizan, a juicio de las y los profesionales de Salud Pública, sin utilizar la información y las recomendaciones proporcionadas por la evidencia científica. Esto no significa que tal información no exista o no resulte accesible o fidedigna. Al contrario, tal y como advierten las y los profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) de los niveles centrales, existen organismos fiables que recogen un gran abanico de evidencia contrastada en Promoción de la Salud. Entre esta evidencia destacan las guías que cuentan con reconocimiento internacional en virtud del aval que reciben de instituciones de renombre en el ámbito científico occidental<sup>178</sup>. Estas guías son fuentes válidas de información para valorar la pertinencia, o no, de llevar a cabo actividades de Promoción de la Salud<sup>179</sup>.

*“Però ves-te'n al NICE, vés-te'n al comitè GUIDE que són guies en les que tens tu eh... evidència científica en diversos mètodes de les intervencions de salut pública que són igual de rigoroses que... que la... com es diu? Que la... Cochrane no? Que la col·laboració Cochrane que busca... esto es medicina basada en la evidencia. Pues esto es salud pública basada en la evidencia. És que hem de fer el mateix. I ja hi ha gent que s'hi dedica. I que les recomanacions aquestes estan basades ja en estudis sòlids. O sigui que no és que haya tan poco, es que a lo mejor lo que tenemos que hacer es mirarnos más que dicen cada una de estas cosas. Perquè darrere de les recomanacions aquestes de Salut Pública, a través d'estudis de diversa naturalesa quant i qualis han mostrat l'eficàcia d'aquestes intervencions. O sigui que tampoc et pensis... jo crec que n'hi ha tanta o proporcionalment tanta de salut pública basada en l'evidència com medicina basada en l'evidència” (F4/O/SP/NA/M Pág. 17)<sup>cclxxxii</sup>*

---

178Algunas de estas instituciones más prestigiosas internacionalmente son NICE, Community Guide y Preventive Task Force.

179En las guías se revisan actividades; se presentan sumarios sobre la evidencia de cada actividad; se proporciona, en caso de haberla, información relativa a la obtención de efectos; se recogen recomendaciones según los casos, etc.



Las y los profesionales de Salud Pública de los niveles centrales de la ASPCAT dicen utilizar las fuentes de evidencia para validar las actividades susceptibles de ser realizadas por el Departament de Salut. Argumentan que las instituciones de prestigio internacional, al recoger información sobre los estudios científicos, comprueban si existen o no saberes suficientes que la respalden cada actividad y dan recomendaciones que les sirven a las instituciones para seleccionar aquellas intervenciones de Salud Pública más fiables y efectivas.

*“Per tant, té molts valors que poden ser...no ser tan obvis quan, quan...ehhhh...sembla una intervenció tan fàcil o tan...tan petita, no? Però, és que quan nosaltres van aplicar això, això estava recollit a la Community Guide...que no sé si saps l’ho que és, però és la guia de activitats comunitàries...que és una guia feta a partir de...de...ehhh...bueno en Estat Units hi ha el Preventive Task Force ... el U. S. Preventive Services Task Force, que revisa totes les activitats preventives...revisa els estudis que hi ha darrera i les dona un grau d’evidència. Llavors, l’ho corresponents per a activitats comunitàries és el Community Guide que està accessible a través de la xarxa. Bueno, nosaltres si el Community Guide ha revisat i diu que hi ha evidència...ja és una cosa que també tenim allí. Per tant, aquesta és una activitat amb evidència suficient per una de les institucions o una de les...si institucions amb més prestigi a nivell mundial...que revisa, que té sumaris d’evidència darrera. I que l’ho té per a tot...ho té per a intervencions comunitàries de promoció del envelliment o, jo que sé, és saludable en un entorn determinat. I algunes, et diu, evidència insuficient, eh!. I altres et diu que no hi ha evidència i altres et diu que hi ha evidència en contra. Llavors, nosaltres pensem que les intervencions s’han de revisar en relació a l’evidència...que per a això, cal mirar per exemple l’evidència a nivell internacional...que seria lo que miraries al Community Guide o en el Nice de Regne Unit o lo que sigui” (F4/O/Pm/NA/M Pág.12)<sup>clxxxiii</sup>*

En discrepancia con las y los profesionales de los niveles centrales de la ASPCAT, las y los profesionales de Salud Pública de niveles regionales y territoriales declaran que, en muchos casos, no existe evidencia de actividades de Promoción de la Salud. Es por ello que manifiestan la necesidad imperiosa de generar evaluaciones y estudios que corroboren la eficacia de la actividad propuesta. Proponen que las actividades sin evidencia sobre su eficiencia sean implementadas, pero también evaluadas, con la finalidad de confirmar, o no, sus resultados e impactos en la población y, asimismo, que esta evidencia de las las actividades contemple dimensiones que, eventualmente, permita extenderlas a otras áreas.

*“Però es tracta que, jo entenc que el que estem canviant el model és per fer una cosa que no ha estat qui l’ha triada la... de l’estanteria aquest any farem això l’any que ve farem allò, si no intentarem buscar, el que realment com a evidència científica s’ha mostrat que hem conseguit més eh... més... més beneficis. I em pots dir: Clar, cap d’aquestes coses*

*té, una avaluació d'evidència científica. Tens tota la raó del món. I fins que no ho apliquem i poguem avaluar els seus rendiments no podrem fer-ho. I la major part d'aquests programes, per ben dissenyats que estiguin, no han seguit un... no tenen una avaluació, que poguem dir que l'evidència ens digui que funciona. Ni tant sols els del departament. Perquè els hem fet però no els hem avaluat molts d'ells. O els que s'han avaluat, s'han avaluat només a curt termini no a llarg termini".* (F1/EO/CS/NR/M Pág.10)<sup>cclxxxiv</sup>

A pesar de las fuentes de evidencia que las y los profesionales de los niveles centrales de la ASPCAT refieren, las y los profesionales del Territorio y la región (tanto de la ASPCAT como del municipio) manifiestan estar trabajando en un espacio de confusión. Aseguran que existe una carencia conocimientos claros y de verdades seguras que permitan actuar de forma precisa sobre un problema de salud pública en la población. En este sentido, afirman que la ausencia de conocimiento válido sobre la efectividad de las intervenciones genera incógnitas sobre estas, haciendo que las personas que intervienen en Salud Pública pierdan convencimiento en las acciones que realizan en el momento en que no garantizan resultados efectivos.

*"Jo crec que no... no hi ha una certesa, eh? Vull dir que... no se sap... al no saber exactament l'efectivitat de les... de les accions fa que... que això doncs provoqui un cert desencís, no? Tot el tema això... 'Classes sense fum', no? Totes aquestes xerrades, tot això no... al final no acabes sabent si tenen alguna utilitat o no, no? I això fa que la gent també tingui una mica de... de desencís respecte el... la utilitat de tot això, no?"* (F3/EO/E/NT/D Pág. 11)<sup>cclxxxv</sup>

En la búsqueda de la seguridad en las intervenciones, las personas que trabajan en promoción de la salud afirman (excepto en los niveles centrales de la ASPCAT que, como ya he señalado, refieren a la existencia de guías internacionales y de estudios locales en Promoción de la Salud) encontrarse en una nube de desconocimiento de medios prácticos para discernir, de forma fidedigna, el grado de utilidad de las intervenciones.

*"Jo crec que sí que... que el tema de la... de... això de... de l'educació en aquest àmbit i tot plegat jo crec que a la llarga jo crec que té els seus fruits, però com que no es poden mesurar i no se sap ben bé, o no hi ha mecanismes que et diguin amb exactitud si això és útil o no és útil... bueno, doncs és una mica complicat".* (F3/EO/E/NT/D Pág. 11)<sup>cclxxxvi</sup>

#### **a.4) La “realidad científica” y la “realidad contextual” como epistemologías antagónicas y complementarias del trabajo en Salud Pública**

En las entrevistas realizadas, las y los profesionales de Salud Pública de los niveles centrales justifican la necesidad de buscar evidencia en guías internacionales en la idea de que existe una realidad en Salud disociada de su contexto, que puede ser descubierta mediante procesos científicos que originan certidumbres en base a un saber “puro” e independiente del entorno donde el fenómeno se produce.

Suelen definir esta *pureza* a partir de la corporeidad, de la carga biológica de nuestra existencia. Denotan en la materialidad de lo biológico el carácter universal y generalizable de ciertos fenómenos vinculados con la Salud. Son ejemplos las relaciones que establecen entre la actividad y sus efectos fisiológicos, el fumar con las patologías isquémicas o el cáncer de pulmón, o subir las escaleras con los efectos físicos aeróbicos.

*“Llavors, lo primer que es tenia estudis prospectius amb 3 anys de seguiment que demostrava que si la gent pujava per les escales només 7 minuts al dia...això generava una disminució casi en dos tercis d’esdeveniments cardiovasculars en un determinat grup d’edat o lo que sigui. Llavors, aquesta evidència...que és una evidència de pujar per les escales en relació a l’aparició d’esdeveniments cardiovasculars.(...) Llavors, aquesta va a ser la primer evidència...la segona era bé si...pujar per les escales, a més esta recollit en totes les guies a nivell internacional, que és un exercici d’intensitat moderada o intensa i saben que a nivell de tots els estudis que s’han fet a nivell internacional l’exercici moderat i intens millora la salut cardiovascular, la salut mental, la salut ostioarticular, etcètera...” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)<sup>cclxxxvii</sup>*

Asimismo, como queda patente en las entrevistas analizadas, las y los profesionales de Salud realizan naturalizaciones, como una *base abstraída del contexto*, procesos psicológicos o prácticas sociales de grupos específicos. Si bien, en este caso, no presentan la corporeidad como sustento indiscutible del cuerpo *que se hace evidencia*, suelen remitir a afirmaciones generalizadas sobre el comportamiento humano o las relaciones sociales mediante supuestos teóricos de base científica o afirmaciones más propias del conocimiento cotidiano. Para estas situaciones, la evidencia también es abstraída del contexto, puesto que producen una descontextualización de los fenómenos para hacerlos generalizables a todas las personas integrantes de la categoría que definen.

*“El col·lectiu homosexual s’havia arribat a contenir molt bé la sida i ara s’està tornant a veure que hi ha un petit rebrot en gent jove perquè*

*tenen la percepció que com que ja no hi ha problema ja no cal prendre precaució” (F2/EO/V/NR/M Pág. 5)<sup>cclxxxviii</sup>*

No obstante, mientras las y los profesionales de Salud Pública justifican la presencia de una evidencia *abstraída del contexto*, también plantean como necesaria la búsqueda de evidencia relacionada con este. Para justificarlo, argumentan que el contexto es una dimensión que *modela* o, lo que es lo mismo, que puede influir de forma positiva o negativa sobre los resultados esperados de una relación fisiológica-objetiva.

*“I clar, hi ha... i clar, afortunadament el món és molt gran i hi ha molta gent que treballa amb això. I a Estats Units són bastant fabricants d’evidències en matèria de Salut Pública, perquè hi ha universitats, hi ha un altre tipus de finançament que permet, en fi, digues, bueno, esto... bueno, una mica és l’extrapolació no?, del... de la... esto que hemos hecho aquí... y tal, y algo se opone a pensar que si esto lo aplicaríamos a otros lugares tendría el mismo efecto no? Pues... a vegades això... pués no sé, s’ha de probar”.* (F4/O/SP/NA/M Pág. 17)<sup>cclxxxix</sup>

Las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que, una vez conocida la evidencia *abstraída del contexto*, es necesario generar evidencia contextualizada para saber si una intervención es aplicable (según el contexto social, político y material) y conocer cuáles son los efectos de influencia del contexto.

*“Evidencia independent del context. (...) Llavors, aquesta va a ser la primer evidència...la segona era: bé si...pujar per les escales (...) millora la salut cardiovascular, la salut mental, la salut ostioarticular, etcètera...anem a veure si podem pujar per les escales...”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)<sup>ccxc</sup>

Recurren a la mención de investigaciones que tienen como objetivo valorar la adecuación de las intervenciones contrastadas a nivel internacional con territorios de la Comunidad Autónoma<sup>180</sup>.

*“Si, la Maternitat. Dons ja veus...Un edifici antic per tant les escales estan molt accessibles només pujar...I tot el món, molta gent treballa en la primera planta. Per tant, el van posar allí, molta gent ja pujava per les escales però malgrat molta gent, aproximadament un 50% ja pujava per les escales, si posaves el rètols pujava un 68%. Per tant un efecte clar. I això baixava en el temps si necessitaves canviar el rètols però, això, lo van canviar, el rètols i va tornar a pujar. És a dir, van comprovar en el nostre entorn. Després, a partir d’allí, què van fer? Doncs, el van estendre a tots els centres sanitaris de Catalunya. I van fer...ehhhh...el material i el van difondre. A patir d’allí, es va estendre a*

---

<sup>180</sup>Como puede apreciarse en el literal que acompaña la interpretación, el estudio al que aluden las y los entrevistadas/os no tiene como propósito conocer los efectos de una intervención en relación a la mejora del estado de salud (como podría ser, por ejemplo, el impacto de subir escaleras en la salud cardiovascular), sino que su finalidad es valorar si la acción que hace posible la mejora de salud es factible en el entorno concreto donde se pretende aplicar.

*universitats i a altres centres...altres ajuntaments...altres llocs”  
(F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)<sup>cexci</sup>*

### ***a.5) Las evidencias duales y la laboriosa combinación de los métodos en Salud Pública***

Las y los profesionales de Salud Pública establecen comparaciones entre la Asistencia de Salud y la Salud Pública en relación al discurso de la evidencia en Salud<sup>181</sup>. Apoyándose en ellas, asocian a la Asistencia de Salud con intervenciones basadas en estudios rigurosos y robustos, en contraposición a la Salud Pública, en especial en lo que refiere a la Promoción de la Salud, que presentan ligada a intervenciones no contrastadas.

*“Jo hauria de ser igual de rigorós que els que acaben determinant per què tens una llaga a l'estómac o per què tens una diabetis i per què proposes aquest tractament i no un altre, no?” (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)<sup>cexcii</sup>*

Al asociar la evidencia con la eficacia, las y los entrevistadas/os adjudican credibilidad a los espacios de saber-intervención que realizan actuaciones contrastadas científicamente y, simultáneamente, adoptan la búsqueda de la evidencia en Salud Pública como la pretensión de equiparar su nivel de legitimidad con el de la Asistencia en Salud. En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública expresan la necesidad de adaptar la metodología al estudio de las intervenciones de Salud Pública que, sin dejar de ser científica, no pueden sustentarse en estudios clínicos como es el caso de la Asistencia en Salud.

*“E: que esto es estado... es como se llama el estudio doble C o random, eh? Todo randomizado y todas las cosas estas. Ostres, en Salut Pública és que això no podrem fer-ho.*

*I: No.*

*E: Però hi ha mètodes i hi ha tècniques per permetre ser igualment rigorosos, no a través d'aquest mètode sinó d'altres, entre d'altres els que tu fas, per a fer recomanacions sobre intervencions eficaces. O sigui que jo crec que el nostre repte és això, eh?, alimentar el rigor per fer recomanacions a aquesta àrea” (F4/O/SP/NA/M Pág. 17)<sup>cexciiii</sup>*

---

<sup>181</sup>Las comparaciones entre Salud Pública y la Asistencia en Salud son constantes. En la Categoría 1: “*La Salud Pública como continuo salud-enfermedad*” correspondiente al Eje I, puede verse la contraposición que las y los profesionales de Salud establecen entre ambas con el fin de definir la Salud Pública como un área especializada en Salud poblacional.

Al establecer la distinción entre la Salud Pública y la Asistencia de Salud, las y los profesionales de Salud Pública depositan el énfasis de su discurso sobre el área específica de Promoción de la Salud<sup>182</sup>. Respecto a esta, establecen las que consideran son las dos principales diferencias: los rendimientos monetarios y el objeto de estudio.

En cuanto a los rendimientos monetarios, las y los profesionales de Salud Pública afirman que la inversión en la realización de estudios sobre Asistencia en Salud es mayor. Sostienen que es debido a que comporta menos tiempo conocer las consecuencias de la intervención y porque supone una repercusión económica más grande para quien realiza la intervención (por ejemplo, patentes de medicamentos y/o negocio farmacéutico).

*“Amb Promoció de la Salut (...) Jo crec que ens falta molt coneixement de per què les coses són com són. I a més com clar, el hecho de que sea a largo plazo, de que no tingui molts atractius a nivell econòmic, no? Clar, si jo investigo quin és el tractament de determinada malaltia igual hi ha una indústria farmacèutica al darrere que després guanyarà molts calés perquè resulta que vendrà” (F4/O/SP/NA/M Pág. 16)<sup>ccxciv</sup>*

En contraste con la Asistencia en Salud, el área de intervención de Promoción de la Salud tiene como propósito la prevención de posibles enfermedades y evitar, por tanto, el consumo de medicamentos y el gasto sanitario en asistencia. En este sentido, los rendimientos monetarios, podrían, en este caso, generar fuerzas opuestas al desarrollo de la Salud Pública.

*“Un del nostres motors econòmics va ser la indústria farmacèutica des de fa molt de temps hi ha sigut la indústria hospitalària hi ha sigut fins i tot el turisme hospitalari d'alguna manera i és clar això al final de tot és una qüestió de diners, o sigui defensar el que defenso jo que prevenció, prevenció i prevenció per després gastar menys no l'interessa a ningú” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 22)<sup>ccxcv</sup>*

Por lo que se refiere al objeto de estudio, las y los profesionales de Salud Pública consideran que el específico de la Promoción de la Salud no es una sustancia o una enfermedad sino el comportamiento de personas o colectivos. Afirman que el estudio del comportamiento resulta bastante desconocido para ámbitos profesionales orientados principalmente hacia una Salud Pública centrada en la epidemiología y en la Protección de la Salud. En consecuencia, sugieren que el desarrollo del conocimiento en Promoción de la Salud implica un cambio de concepción de la investigación que se abra paso entre la objetividad del laboratorio y el análisis estadístico para permitir que se introduzcan enfoques y métodos sensibles a los hábitos de las personas y que tomen en

---

<sup>182</sup>Es oportuno señalar que las y los profesionales no ponen en cuestión las estrategias para generar evidencia en áreas como la Vigilancia Epidemiológica y la Protección de la Salud puesto que, al tratar el control de enfermedades y el control del medio respectivamente, entienden que sus objetos de estudio son más tangibles y le atribuyen el mismo nivel de legitimidad que a la Asistencia en Salud.

consideración la incidencia de factores diversos de la vida política, social, económica, histórica, etc. que se escapan del concepto de “objetividad” de las ciencias médicas.

*“Al màster de la Salut Pública, i una mica ens hem ficat i aleshores compartim... i realment te n’adones que aquest... aquest màster està molt poc orientat a un coneixement amb profunditat com és la promoció. Los métodos estadísticos i la... la part més d’estadística i epidemiologia està molt més desenvolupada que aquestes i no... i no entren, i clar, tens tota la raó. Això no vol dir que és que esto es lo que más se puede saber del... del... eh... de la Promoció de la Salut, perquè és que està... hi ha màsters a altres llocs, i a l’estudi de por qué... por qué las conductas son como son, una mica lo que hi ha al darrere dels comportaments que després tractem de modificar-los per la promoció. Que segurament tindràs una... diríem, podries tenir unes respostes més clares al que fas” (F4/O/SP/NA/M Pág. 18)<sup>ccxcvi</sup>*

En su pretensión de dilucidar cómo las intervenciones impactan en Salud, las y los entrevistadas/os destacan la dificultad que conlleva realizar estudios sobre prácticas sociales y sobre producción de evidencia por parte de profesionales habituados/as a estudios empíricos cuasi-experimentales. Mencionan la utilización de métodos cualitativos propiamente dichos, de métodos cuantitativos desarrollados con variables cualitativas (a las que les atribuyen el nivel de estudio cualitativo) y de métodos cuantitativos.

*“Anem a fer que en cada barri es reuneixi un equip, que és un equip local...un equip motor, un equip local...que després fa una tècnica qualitativa d’un grup nominal...I que a partir del grup nominal, es decideixen quines són les seves prioritats locals d’intervenció en el territori concret” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)<sup>ccxcvii</sup>*

*“i de vegades aquesta manera de valoracions també qualitatives que també ajuden... que d’alguna manera són dades. I si la gent diu: es que estoy bien, o me siento bien, o estoy un poco limitado, totes aquestes respostes acaben també constituint-se en una categoria, no? En una categoria mesurable, no?” (F4/O/SP/NA/M Pág.4)<sup>ccxcviii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública, tal y como manifiestan en las entrevistas, suelen asentar su enfoque en perspectivas médico-clínicas que consideran la evidencia científica más fiable cuando se aíslan el conjunto de factores externos que pueden “sesgar” la interpretación de unos datos que se analizan tratando de encontrar causalidades. Es este enfoque lo que hace que la investigación clínica cuente con una legitimidad superior de la que disponen los estudios realizados en los contextos cotidianos donde las prácticas se producen, en los que la causalidad queda en entredicho. Es bajo esta óptica que proponen estudios de caso y la realización de controles como procedimientos para controlar variables distorsionadoras.

No obstante, este marco de investigación no es examinado en los discursos de las y los entrevistadas/os como un desarrollo en el vacío, sino que plantean una premisa ética. En efecto, defienden que todas las personas tienen derecho a disponer de las condiciones más óptimas que posibiliten el desarrollo de su salud, consideración que está fuertemente vinculada con la proposición relativa al derecho universal a la salud y con el principio de beneficencia que implica el compromiso de intervenir en la salud de la población buscando el mayor bienestar posible.

*“No és gaire ètic o no ho podries plantejar d’ètic dir: doncs fem un assaig clínic i amb uns ho fem d’una forma i amb l’altre l’altre i anem provant si funciona bé. No és ètic. En aquí no és ètic. Aquí has de fer una... un cribratge previ. No pots fer una cosa i dir: aquests no els hi faig res i aquests sí, a veure si aquests acabaran no consumint i aquests consumeixen més, no. No sé si m’explico. No pots fer-ho, has de fer una... has de fer una cosa prèvia. L’altre cosa és que després analitzis el que toca. I amb els teus coneixements has de poguer fer això”.* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)<sup>ccxcix</sup>

La premisa ética conlleva, tal y como se desprende de las entrevistas, 2 interrogantes relevantes sobre la investigación en Salud desde una perspectiva médico-clínica: cómo valorar una intervención si, en ningún caso, se puede dejar a un colectivo sin intervención y cómo controlar los elementos externos que puedan incidir en el efecto de las intervenciones de Promoción de la Salud.

Sobre la primera, las y los profesionales de Salud proponen estrategias tales como aplicar una determinada intervención a un grupo específico mientras que, a otro, no se le aplica, permitiendo así que sea objeto de cualquier intervención diferente a la prevista. Este modelo es similar a los estudios cuasi-experimentales que se desarrollan en el ámbito clínico (por ejemplo, para probar la efectividad de un medicamento)

*“Te ficaré un exemple. L’altre vegada vam fer un estudi, un a... un assaig clínic aleatori d’una intervenció amb el COU amb instituts, val, a primer i a tercer. Vam seguir la cua de nens, l’assignació va ser aleatòria, per tant, no varem fer cap tria de cap escola. La gent va anar-hi formada, es va fer un projecte, que tenia una beca a FIS i la gent anava formada per fer les intervencions. Què passa quan tu fas això? Tu fas la intervenció la fas a primer, la fas a tercer, tens un control, que, no és que no se’ls hi fagi res si no que no es fa aquesta intervenció concreta però evidentment tu no pots pretendre que aquests nens no tinguin cap imput de promoció per tant dius: goita! Els inputs de promoció que fa l’escola el que vulguis. Com si fos una escola que no estigui, en cap projecte, per tant, el que vulguis, nosaltres no limitarem cap, però aquesta concreta la seguirem”.* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)<sup>ccc</sup>

Sobre la segunda, las y los profesionales de Salud Pública expresan grandes dificultades en adjudicar un resultado a las prácticas de salud de la población o a los efectos que



sobre su salud a largo plazo tiene una intervención concreta. Asumen que existe una gran variabilidad de factores (biológicos, personales y sociales) en la vida de las personas que interaccionan incidiendo sobre sus prácticas de salud. La interrelación entre cada uno de ellos lleva a las y los entrevistadas/os a aceptar que se les presentan serias dificultades para discernir la efectividad de la intervención de Promoción de la Salud que pretenden evaluar.

*“Què passa que tu vas fent això. Avaluat? Què trobes? Avaluat i dius els coneixements han millorat a curt termini, milloren, la sensació que tens d'aquells nanos és millor, que tens, tens també un efecte edat. Clar, tu comences a una edat i van creixent. Fins a quin punt, tots van creixent, i tots augmenten el seu consum d'alcohol evidentment, perquè passen de ser experimentadors a anar a festes a anar a no sé què, i arriba un moment dius: fins a quin punt ha canviat? I què et trobes amb això. T'ho diré fàcil. Què vam trobar nosaltres. Vam trobar que en coneixements havien millorat. Que la percepció que tenen els nens és que, ells dominen la situació, i que no els eh... pressiona el grup ni re de res. Però quan tu mires què consumeixen pràcticament no hi ha canvis, amb lo qual no has fet res que no hagi fet un altre” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)<sup>ccci</sup>*

#### **a.6) El manejo de evidencias como piedra de toque para las intervenciones en Salud Pública**

Las y los profesionales del ASPCAT y de CatSalut del Departament de Salut, afirman que la evidencia es un elemento prioritario en la intervención. Otorgan a la evidencia una especial importancia para establecer criterios y normas fundamentadas en verdades rigurosas, a partir de las cuales seleccionar y establecer la preferencia de las actuaciones.

*“Si tu estàs fent una acció de Promoció de la Salut hauria de veure, bàsicament, si fas una metodologia participativa, una met... una de xerrades, una de no sé què, perquè depèn de quines metodo... metodologies probablement puguin no ser adequades. També quins objectius té, quins continguts té, i inclús una mica casi com se fa el... el... prop... a quina població va adreçada... I això no és jo que ho hagi de mirar, això ho hauria de mirar un equip d'experts en promoció per veure si això està adequat, i, si això respon a les competències que hem dit que ensenyarien aquesta gent. I això voldria dir que cada una de les intervencions s'hauria d'avaluar amb uns criteris... amb uns criteris molt clars, estàndards, fets”.(F1/EO/CS/NR/M Pág. 9-10)<sup>ccci</sup>*

Las entrevistadas y entrevistados atribuyen a la figura experta el rol de generar criterios para discernir entre actividades válidas y no válidas y le confieren el conocimiento y la

habilidad en el manejo de la evidencia existente sobre la pertinencia y adecuación de las intervenciones. En este sentido, la delegación de responsabilidades en una figura experta requiere la identificación de profesionales en Promoción de la Salud con legitimidad suficiente para determinar si las actividades propuestas por los y las técnicos/as de Salud Pública son válidas para alcanzar los objetivos de salud esperados.

*“M’explico... Per tant aquest es un dels temes que a mi... penso que és molt important. Què caldria fer? Home, jo crec que hi hauria d’haver-hi un grup d’experts, entre cometes, que hi hauria d’haver algú d’educació i algú que sa... que conegues bé de tipu de... de, de... inclús la metodologia que pogués avaluar algunes d’aquestes intervencions que no estem segurs que realment siguin bones i siguin qualificades com per... de primer nivell. No sé si m’explico”.*(F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)  
cciii

Las intervenciones del Departament de Salut son, para las y los profesionales de salud entrevistadas/os, irreprochables en cuanto a la metodología utilizada para su desarrollo y a su efectividad. La razón mediante la cual justifican esta afirmación es que las estrategias de Promoción de la Salud suelen estar sustentadas con evidencia reconocida proveniente de instituciones internacionales y a que el Departament de Salut cuenta con especialistas en el área. En contraste, manifiestan que en el Territorio las intervenciones se escapan al Departament, a otras instancias (ONGs, municipio, etc.) y están al margen de cualquier regulación existente al no estar sustentadas por guías reconocidas o impulsadas por la figura experta del Departament de Salut. Son precisamente estas intervenciones las que generan un mayor descontento en el momento de reconocerlas como válidas sin contar con la legitimidad de la evidencia científica.

*“És evident que n’hi han algunes intervencions que venen del Departament, i, algú pot dir home! Però aquestes estan més que, fet això... És evident però no totes les que hem posat en aquí, venen del Departament de Salut. O venen del Departament d’Educació. Hi han algunes que no són aixís. I caldria veure-les (...) Per tant, penso que no estic segura que tal com està plantejat totes les accions siguin... correctes o bones, o les millors per fer en aquesta població”*  
(F1/EO/CS/NR/M Pág. 9-10)<sup>cciv</sup>

La evidencia constituye para las y los profesionales un filtro que les permite clasificar las intervenciones en aquellas que consiguen los resultados esperados, las que no los consiguen y las que no se sabe si son útiles, o no, porque no se dispone de evidencia suficiente.

*“Ehhh...Per tant, a la teva pregunta...Hi ha moltes coses en el territori, moltíssimes. Hi ha coses que funcionen, hi ha coses que no funcionen, hi ha coses que no sabem si funcionen o no funcionen”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)<sup>ccv</sup>

Las y los profesionales de Salud Pública de la ASPCAT manifiestan que son las intervenciones que consiguen resultados las que deberían promocionarse y extenderse al territorio<sup>183</sup>, que las que no los consiguen se deberían extinguir, y que las de resultado dudoso se encuentran en una especie de limbo esperando que alguna institución, acreditada por su rigurosidad científica, las evalúe.

*“Per tant, nosaltres considerem, per un costat, que hi ha algunes coses que són les que intentem que estiguin en la nostra cartera de serveis, que tinguin evidència darrera...que aquestes intentem que s’estenguin al màxim en el territori Nosaltres, per exemple, el programa de revisió dels menús escolars...hem comprovat ara en una mostra de 300 menjadors escolars que els informes que fem ajuden a que la gent canvi la programació. Per tant, al menys aquest primer fase, l’ho hem demostrat que l’informe serveix. És un indicador encara en procés però és un indicador que ens ajuda perquè sabem que la gent que menja bé en l’escola després te menys obesitat infantil o és més saludable en relació a la seva alimentació”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)<sup>ccvii</sup>*

Para las y los profesionales de Salud, tal y como lo expresan en las entrevistas, la comprensión del problema sobre la realización de intervenciones que no presentan evidencia suficiente, o cuya evidencia indica que no son eficaces o que existen otras intervenciones mejores para abordar el tema de salud radica, especialmente, en la valoración *coste-oportunidad*. Es decir, sugieren que la utilización de recursos económicos, humanos y temporales en una tarea de eficacia no probada o eficacia incierta, reduce la posibilidad de la realización de intervenciones valoradas como relevantes y útiles.

*“Nosaltres pensem que tot té un cost d’oportunitat...i per tant, si fas una cosa...en una escola en que es fa una xerrada pel tema tabac consideren que ja no tenen que fer Classe sense fum...perquè ja estan treballant el tema tabac. A lo millor la xerrada va ser super ben valorada, a lo millor els mestres encantats perquè aquest dia estaven al costat i no donaven ells la classe i a més es van discutir temes que les semblaven rellevants...però a l’ho millor la xerrada no va a servir per res i aquest col·legi considera que ja està fent el tema”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)<sup>ccviii</sup>*

No obstante, admiten que, en ciertas circunstancias, el despliegue de intervenciones a partir de la evidencia no es posible. En este sentido, exponen que, si bien la evidencia de la intervención es idealmente un paso previo a su extensión a toda la población, en ciertos casos la urgencia de la situación o la demanda poblacional o política exigen desplegar intervenciones que no son avaladas por un conocimiento previo sobre su eficacia.

---

<sup>183</sup>Entienden que las intervenciones realizadas desde el Departament de Salut funcionan por estar validadas por estudios que las respaldan.

*“això va passar a Salut i Escola, (...) demanda de l'escola (...) es valora que es podia fer i s' aplica a l'escola” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 13)<sup>cccviii</sup>*

## **b) Categoría 2: La inapelable apreciación de lo concreto y la complementariedad de los procesos de evidencia y evaluación en Salud Pública**

En esta categoría aparecen reunidos los discursos que las y los profesionales de Salud Pública elaboran en torno a la relevancia que tiene la realización de evaluaciones sobre las intervenciones que se realizan en Salud Pública y también sobre cuáles son los procedimientos de evaluación habitualmente utilizados y las dificultades que presentan<sup>184</sup>.

En los discursos analizados se defiende que cada intervención debe ser evaluada en su concreción y singularidad y en relación con el momento, el espacio y el tiempo específicos de su acontecer. Es decir, prestando atención a si la intervención, en su especificidad, se desarrolla adecuadamente, si se obtienen a través de su implementación y desarrollo los resultados previstos o si contribuye a generar un cambio efectivo en la situación de salud poblacional, entre otros diversos aspectos susceptibles de ser contrastados.

La sistematización de los discursos identificados en el análisis, aconseja la estructuración de esta categoría en torno a 3 segmentos de sentido:

- b.1) La evaluación como medición de las intervenciones.
- b.2) La evaluación procesual como procedimiento de ajuste de errores.
- b.3) La evaluación como acción supeditada al proceso de intervención.

---

<sup>184</sup>Las y los profesionales de Salud pública aluden, en ocasiones, a la evidencia y a la evaluación en Salud Pública como nociones recíprocas e intercambiables. Es decir, entienden que la evidencia puede proporcionar las bases o establecer protocolos para la evaluación consiguiente de las intervenciones y la evaluación de las intervenciones puede generar un saber acumulable que produzca un corpus de conocimiento que engendre evidencia. Pese a ello, el análisis de las entrevistas ha aconsejado la oportunidad de tratarlas como categorías distintas al ser el propósito de cada una de estas nociones diferente: una, como forma de reunir conocimiento científico que avale con certezas la adecuación y utilidad de una intervención en relación con unos objetivos determinados y, otra, como procedimiento de contrastación de la eficacia de una intervención concreta en un caso específico.

### **b.1) La evaluación como medición de las intervenciones**

Más allá de la necesidad de generar evidencia que valide una intervención de Salud Pública, las y los profesionales remarcan otro momento en que también se la pone a prueba. En este caso, la pretensión no es tratar de generar un saber generalizable a otros espacios o crear conocimientos sobre la acción y sus resultados en salud. Lo que se propone es realizar un seguimiento de la intervención concreta para asegurar que su metodología, actividades y objetivos se cumplan. Las personas entrevistadas consideran el proceso de evaluación de actividades un aspecto sumamente relevante como elemento que oriente y dé soporte a las intervenciones que se realizan.

*“Per mi el més important és després poder avaluar-lo a més quan fas una intervenció avaluar, o sigui avaluacions sostingudes en el temps i avaluables, en una estructura que la recolzi una mica”  
(F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 23)<sup>cccx</sup>*

En sus discursos, las y los profesionales de Salud plantean la evaluación específica de cada actividad como un procedimiento de control que permite saber si una intervención se desarrolla bajo los parámetros previstos, si alcanza al conjunto de personas a las que se dirige, si garantiza su continuidad en el tiempo y si, a su vez, cuenta con la aceptación esperada en el equipo de profesionales que la realizan y entre las personas que se benefician de ella. Por este motivo defienden como indispensable el establecimiento de criterios, materializados mediante indicadores, que permitan valorar el desarrollo de la intervención.

*“És important, és que val la pena, que quan tu comences, abans de començar a fer l'acció en si, ja hauries d'haver definit com avaluaràs la intervenció. Per tant hauries de tenir com a mínim algun petit indicador de... de cada intervenció com a mínim... com a mínim un, com a mínim! Un indicador. Que hauries de poguer veure la cobertura, i, per poguer, aquest indicador, hauries de saber exactament què estem fent i a qui ho estem fent. I qui ho està fent”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 15)<sup>cccx</sup>*

Afirman que los indicadores cuantitativos son mediciones irremplazables para asegurar un seguimiento eficaz de la intervención. Es importante prestar atención a las nociones que se utilizan para describir el proceso de evaluación: mediante el recurso a los indicadores se pretende “medir” lo que inicialmente se había declarado que se pretendía valorar. No se trata de un mero juego semántico sino que en el manejo de los términos va implícito el sentido de la acción. Evaluar significa señalar el valor de algo; es decir, resaltar sus cualidades, su utilidad, su alcance y/o su importancia, mientras que medir supone un mero ejercicio de determinación mediante un acto de

comparación con una unidad pre-establecida. En efecto, la noción de medición es constantemente reiterada en las entrevistas analizadas. Con ella, las y los entrevistadas/os hacen referencia a una tradición de indicadores de salud cuantitativos, aunque sugieren la necesidad de cubrir otros espacios de saber vinculados con prácticas y procesos humanos, lo que requeriría de un acercamiento a un conocimiento que fuese más allá de la medición. En este sentido, contemplan la evaluación cualitativa como un ámbito nuevo y desconocido, necesario en Promoción de la Salud para captar la complejidad y el dinamismo de los fenómenos de salud, pero complementaria a la evaluación cuantitativa.

*“Clar, i l’avaluació quan tu fas una avaluació jo crec que la quantitativa ha de ser sempre però probablement ens quedava coixa quan ens simplificàvem a fer una avaluació quantitativa, ha de ser, jo crec que ha de ser sempre però queda coixa perquè et perds alguns elements que no podràs fer cas si no tens una avaluació qualitativa per això penso que cada vegada més esta més de moda fer avaluacions qualitatives” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 23)<sup>ccxi</sup>*

### **b.2) La evaluación procesual como procedimiento de ajuste de errores**

Las y los profesionales de Salud con experiencia en la planificación de proyectos, afirman que las intervenciones deben ser evaluadas desde su inicio. Para ello, proponen la utilización de una secuencia de indicadores de seguimiento cuyo manejo empieza a proporcionar información básica desde el principio de la intervención hasta la verificación de sus repercusiones finales sobre la salud de las/os receptoras/es de la intervención. Durante el proceso, cada momento de la evaluación es considerado relevante puesto que, una mala implementación de una actividad, puede tergiversar los resultados esperados en ella.

*“E: Per avaluar una cosa, has de tenir uns indicadors.*

*I: Sí.*

*E: No? Que s’han d’haver definit. A lo millor el primer any, l’indicador pot ser que ens han dit de si o no, haver-ho fet o no haver-ho fet. Bueno, seria el primer any. Però és que el segon any, a lo millor ja haurà de ser. En quina proporció ho has fet? I ha de demanar, una proporció, per tant un indicador, què hi ha en el numerador què hi ha en el denominador. En el tercer any, a lo millor además de la proporció hauràs de dir, bueno, i això que és que el nen, ara... no sé si és eh però que fagi exercici, bueno doncs hauràs de veure què et comporta com a resultats de salut, no? Hi han més nens obesos? Hi han menys nens*

*obesos? Per exemple. Val? És a dir, que no tot és, el fet de haver posat això” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 4)<sup>cccxi</sup>*

Asimismo, destacan la relevancia de establecer sistemas de registro de datos válidos y fiables. Esto se justifica, según las y los entrevistadas/os, ya que consideran los datos recogidos como unidades básicas para el acceso al conocimiento y asumen que, sin la recolección fiable de los mismos, los resultados podrían acabar siendo sesgados.

*“I: Aquesta detecció és objectiva sempre? És a dir, sempre nosaltres...*

*E: No, perquè a vegades les dades que es recullen tenen algun biaix. O que no...*

*I: Vale, però...*

*E: S'ha de mirar també a veure com es recullen aquelles dades i com...com es fa” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 4)<sup>ccciii</sup>*

### ***b.3) La evaluación como acción supeditada al proceso de intervención***

El grado de dificultad que las evaluaciones supongan es uno de los criterios que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para categorizarlas. Es por ello que, cuando se refieren a la recolección de datos y, en especial, a la definición de los indicadores hacen mención de los inconvenientes, caracterizando ciertos datos e indicadores como más sencillos y otros como más difíciles.

En relación a los datos, las y los entrevistadas/os identifican actividades muy sencillas de registrar, bien porque existen protocolos estandarizados que lo facilitan, o bien por su simplicidad. Sin embargo, a otras les reconocen el especial inconveniente de carecer de protocolos de recolección y estar organizadas en torno a un exceso de complejidad del concepto a evaluar.

*“Clar, com que aquí parlem una cosa més del Nen Sa, clar aquí ja no et cal tant, perquè en aquí... són accions concretes que tu fas, de revisió del nano, i en aquí inclou promoció, vigilància... Clar això és potser més mecànic, perquè si sabràs els nens que li has aplicat el cribratge, aquest és fàcil perquè tens uns registres. Per tant, no totes les coses del Nen Sa tens aquests registres i no totes les coses que es planifiquen tens aquests registres. Hi han algunes coses que no tens a on registrar-ho. I què ho farem, a dedo? (...) Has de tenir una mica d'ideia de com registrar si ho estan fent. Perquè hi han algunes coses que només te caldrà saber que s'ha fet a tota una classe. I dius bueno, pos hem aplicat Classe Sense Fum. I dius... per exemple, val? Que és un projecte de... de... de... de primer d'ESO de prevenció del tabac. I dius: molt bé, què necessites saber? A quantes classes els hi has ofert? Quantes has*

*aconseguit que s'hi apuntin? Quantes han conclòs tot el programa? Perquè a vegades s'apunten però no acaben el programa, i, quants nens, s'han mantingut amb la... amb la estratègia aquesta de... mantenir'ls sense fumar al final del temps. Aquesta inclús pots tenir resultats" (F1/EO/CS/NR/M Pág.15)<sup>cccxiv</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública de la Región y el Territorio<sup>185</sup> plantean que la carencia de protocolos de evaluación y la complejidad asociada los conceptos a evaluar en las intervenciones de Promoción de la Salud deriva a centrar la evaluación de estas intervenciones a partir de indicadores de seguimiento, como mecanismo para sortear las dificultades que conllevaría, según las y los profesionales entrevistadas/os, evaluar los contenidos y la adecuación de la intervención. Es decir, en lugar de valorar la pertinencia de las intervenciones de Promoción de la Salud, sus alcances y utilidades, proponen relegar la evaluación al simple recuento de número de actividades, personas asistentes, etc.

*"E: Home, des de protecció també fèiem el seguiment de les coses i... i bueno... l'avaluació quantitativa, doncs ja està. Promoció, s'acabarà fent igual.*

*I: Vale, i llavors*

*E: Diguem, així s'han fet ah... hem anat a fer xerrada de drogues a l'escola i han vingut trenta persones, punto. De...quantes, se'n podien apuntar 50 han vingut tantes. Acabarem així. No? Serà erradicat, almenys al començament. Bueno amb territoris potser serà... Depèn del territori és diferent" (F1/O/Pt/NR/F Pág. 10)<sup>cccxv</sup>*

En relación a las fases de evaluación, las y los profesionales de Salud les atribuyen mayor o menor dificultad según el momento del proceso de intervención. Desde esta óptica, establecen un continuo en relación al nivel de intrincamiento de los indicadores en función del momento de la evaluación, figurando en el extremo de mayor sencillez los indicadores de seguimiento y en extremo de mayor dificultad los indicadores de resultados. Asimismo, afirman que los indicadores de áreas observables serían más sencillos que los indicadores orientados a inferir pensamientos, sentimientos o relaciones interpersonales.

Pese a todo, las personas con tradición en los quehaceres de Salud Pública, implicadas en el desarrollo de intervenciones de Promoción de la Salud de la región y el territorio, reconocen cierta ignorancia en este ámbito.

*"Estiu riu', bueno 'Estiu riu' hi haurà molt però fer-m'ho fora de l'escola i el 'Estiu riu' en teoria avarca tots els valors i tal, bueno si, si, però*

---

<sup>185</sup>Las y los profesionales de la ASPCAT de la región y el territorio, tienen formación y experiencia en protección de la salud. Para ampliar sobre el Despliegue de la ASPCAT a nivel regional y territorial véase la categoría 2. "La salud Pública como dominio de acción estatal que incorpora un propósito" del Eje I



*quin...diguem quina base pedagògica, quina base real, quina base conceptual tenim de tot això, bueno no però és clar quan jo t'he dic si tu quan fas 'Estiu riu' estàs mirant els valors de la igualtat de gènere home em diràs que sí, però realment que estàs fent per això pues no sé, sóc incapaç de saber-ho, m'explico ?" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)<sup>cccxi</sup>*

Ante la dificultad manifiesta de evaluar las actividades de Promoción de la Salud, las y los profesionales de Salud Pública del Territorio y la región destacan la diferenciación entre la evaluación del proceso de intervención, evaluación de los resultados y evaluación del impacto en salud de este programa.

A juicio de las y los profesionales de Salud Pública la evaluación más sencilla es la del proceso de intervención, dado que se trata de determinar cuestiones instrumentales como el porcentaje en que la intervención se extiende en la población objetivo (grado de cobertura) y el agrado que la actividad supone para quienes la imparten o quienes la reciben (la satisfacción). Esta fase de evaluación no plantea una evaluación del contenido de la actividad ni su relación con el objetivo a conseguir en Promoción de la Salud.

*"Quan ens vàrem posar en aquest programa que hem redactat embrionari, a definir els indicadors el que veiem és que n'hi ha de dos tipus; uns molts fàcils que són els indicadors lligats al programa, és a dir jo el programa he dit que faria una sèrie de coses les hi faig o no els hi faig, aquests són fàcils" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.10)<sup>cccxvii</sup>*

Sin embargo, las y los profesionales de Salud Pública consideran esta evaluación un elemento indispensable para conocer posteriormente los resultados en salud de forma fiable ya que, si el proceso de la actividad no se realiza de forma adecuada, sus resultados podrían no coincidir con los objetivos iniciales.

De la evaluación del proceso de intervención, las y los entrevistadas/os destacan el estudio del grado de cobertura porque implica conocer si mediante la intervención se ha alcanzado a un número adecuado de individuos de la población sobre la que se ha intervenido y, asimismo, valorar posibles desigualdades en el desarrollo del programa a nivel territorial o sociodemográfico.

*"I veuràs lo que proposem... Clar, si realment avaluen ... laaaaaa ,la,...diem , el procés, eh.... i per tant saben aaa, la cobertura que tenen , que això és bàsic, sinó arribes a la gent, aaa, ja malament no? Per tant hem de saber a on arribem , quanta gent ho ha fet, aaa, tal, i després si pot ser quins resultats ha donat". (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11)<sup>cccxviii</sup>*

También en relación con la evaluación del proceso de intervención, conceden mucha importancia a la valoración de la satisfacción, en especial en el sentido de conseguir “aliados/as” para realizar las actividades. En este sentido, no se habla tanto de la satisfacción de las personas a las cuales va dirigida la acción, sino de la aceptación e implicación de quienes deben realizarla en el territorio.

*“A partir d'aquí... òbviament quan faig l'anàlisi amb la regió , tots els governs territorials, per exemple Girona, quan faig l'anàlisi del curs, d'allà se'n desprendran coses. Però això no va bé, perquè això no s'accepta bé, aquest programa que ens proposeu des dels Departament de Salut, els, els educadors se'n cansen, no tenen temps, és massa complicat, això es podria fer així, es podria... entens aquest feedback s'haurà de produir. Com? A través de l'anàlisi que farà cada regió i després els responsables de cada regió amb el treball amb els ... Serveis Centrals... s'haurà de valorar tot això que serà una riquesa nova i gens despreciable. Sinó que molt important” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11)<sup>cccix</sup>*

La evaluación de los resultados de un programa incluye un gran abanico de valoraciones sobre las repercusiones de una intervención en relación a los objetivos más próximos (por ejemplo, que un grupo de jóvenes conozca qué es una alimentación saludable). En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública suelen considerar la evaluación de resultados bajo una dificultad variante a partir de dos elementos: Los mismos objetivos de la intervención y la existencia, o no, de mecanismos estándar de recogida de la información y evaluación.

Como se desprende fácilmente, las y los profesionales de Salud Pública suelen considerar evaluaciones sencillas a aquellas actividades que se puedan valorar a partir de datos observados directamente y que se integren en registros estándar, permitiendo una recogida de información simple y común para todas/os las/os profesionales.

*“Aviam, jo podria explicar per exemple una idea que tinc i d'aixòs, per exemple, que és una cosa molt fàcil, per exemple es tracta d'anar als col·legis i pesar i medir la mainada, segons, bueno, l'edat que tenen, tenint en compte una sèrie de factors, i després incidir en els hàbits de menjar i l'exercici físic, i després anar veient l'evolució i els factors al llarg del temps” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 1)<sup>cccxx</sup>*

En contraste, las y los mismas/os profesionales identifican como más difícil la evaluación de actividades que suponga la inferencia de información no observable directamente (como es el caso de la salud mental, la asertividad, los valores, etc.). Interpretan que la dificultad para realizar este tipo de evaluación se debe a la tradición de trabajo sobre el cuerpo como materia observable y a la falta de conocimientos para abordar aspectos vinculados con las vivencias personales, la salud mental y las relaciones interpersonales.

*“Escolta’m d’intel·ligència emocional bueno això de les emocions, la socialització i l’autoestima no sabem gaire , el que si que sabem és curar el cos, això si que sabem” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 2)<sup>cccxix</sup>*

Con todo, es en la evaluación del impacto de las intervenciones (cuya traducción son los cambios en la Salud) donde las y los profesionales manifiestan encontrar mayores dificultades. En concreto, plantean la dificultad que supone conocer los efectos de una intervención cuando estos no se pueden aislar del entorno donde se produce.

*“Quins són els indicadors i quin són... ?,Uf això és un altre pastel, vale, perquè (...) hi ha uns altres indicadors que són els veritables indicadors de salut, és a dir, nosaltres hem fet una tirada d’una determinada actuació per aconseguir unes determinades millores, unes determinades visibilitats en relació a la salut o un augment de salut. Això com es valora? (...) Això que et deia o sigui fent tot unes actuacions en la població gran de més exercici, de més millor alimentació de no sé que..i tal...perquè no volem que es trenquin el fèmur o tinguin osteoporosi , bueno això ho tindran igual, vull dir que l’osteoporosi no suposi un problema per ells o que l’artrosi que tenen als ronyons, ahi..., als genolls no acabi afectant o no acabi derivant en una pròtesi sinó que vagin mantenint la seva activitat. Això serem capaços de valorar-ho algun dia? (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)<sup>cccxii</sup>*

Tal y como lo manifiestan en las entrevistas, las y los profesionales de Salud Pública plantean la dificultad de evaluar las relaciones entre la intervención y su impacto en la salud poblacional. Asumen que el dinamismo y multiplicidad de causas que puedan afectar a un fenómeno de salud y su constante influencia por otros espacios de la vida que se escapan de las intervenciones de salud pública, hacen difícil disgregar las consecuencias directas de la intervención con los efectos de otras fuentes de influencia sobre el fenómeno.

*“Per tant no és ben bé veritat això que no es fagin, no... no sé. El problema és avaluar, és veure, veure el resultat. Que va, molt lligat també perquè ho fem molt lligat. O... o els resultats, la promoció del que són els estils de vida, va molt lligat a les modes, a la població, a altres imputs que se’ns escapen de nosaltres. La televisió...” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 26)<sup>cccxiii</sup>*

Afirman no poder distinguir entre las consecuencias en la salud derivadas directamente de la intervención y las resultantes de otras fuentes, como pueden ser el espacio relacional en la vida cotidiana, el proceso evolutivo de la persona y los cambios históricos, sociales y económicos. La imbricación de todos estos elementos hace que la evaluación del impacto en salud se vuelva una tarea compleja y desalentadora para muchos/as de los/as interventores/as que están acostumbrados/as a evaluar intervenciones mediante procedimientos relativamente simples.

*“El problema és que, no podem destriar. Si allò va lligat a aquella acció concreta, o, a tot lo altre, o lo que ha vist a la tele. No podem veure, fàcilment cap cosa d’aquestes. N’hi han molt pocs assajos culturals per veure-ho. I quan fas un assaig a sobre per veure-ho, el pots acabar de fer-lo per més ben metodològicament que sigui, pots acabar veure res. O, no tenir clar, el que has vist” (F1/EO/CS/NR/M Pág.21) <sup>ccccxiv</sup>*

Finalmente, las y los profesionales plantean en las entrevistas la relevancia que posee un componente práctico en sobre la incidencia en las dificultades de la evaluación del impacto en salud: *el tiempo*. Afirman que el tiempo transcurrido desde que se inicia la intervención en salud y la constatación de su impacto sobre la salud, no coinciden con la lógica habitual de obtención de consecuencias rápidas de una acción. En este sentido, sugieren que, en muchos casos, suelen priorizarse las intervenciones que tienen consecuencias visibles a un plazo mediano-corto, en contraposición a la puesta en práctica de intervenciones que tienen sus consecuencias (posibles) en un periodo de tiempo largo.

*“És molt difícil avaluar quin és l’efecte real d’aquesta prevenció respecte a lo que trobarem d’aquí a deu o quinze anys, m’explico ? i a més estic treballant a deu o quinze any anant bé. I quantes pròtesis de cadera d’aquí a trenta anys m’estalviaré si la gent fa un exercici ordenat i si no fa les coses no sé que i tal?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.4) <sup>ccccxv</sup>*

De este modo, en consonancia con la pretensión de la rapidez en los resultados de las acciones, las y los profesionales de Salud remarcan que, muchas veces, las evaluaciones de impacto en Salud, requieren una temporalidad extensa. Destacan especialmente el contraste entre los plazos políticos desde donde se impulsan, o no, políticas de Salud Pública. En sus discursos, las y los profesionales entrevistadas/os, plantean los plazos de Salud Pública que muestran sus consecuencias en un período de tiempo extenso, eventualmente, pueden contradecir los plazos políticos, que suelen estar marcados por la lógica de gobierno<sup>186</sup>.

*“Per això dic que els objectius són difícils de valorar aquí, perquè a nosaltres ens demanen avaluacions anuals dels objectius, què me cuentan a mi? (...) Clar i aquest és preocupant perquè és clar com l’hi expliques a final de tot, al final de tot tenim un polític que es presentat cada quatre anys a unes eleccions i per tant té la seva lògica i la seva necessitat dinàmica de tenir criteri, no?, per lo tant com li expliques tot això que t’estic dient a un polític; és difícil d’explicar, no d’explicar sinó de què t’ho comprin per entendre’ns, eh.” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 12-13) <sup>ccccxvi</sup>*

---

<sup>186</sup>En este último sentido, la evaluación del impacto de las intervenciones de Salud Pública deberían permitir valorar la acción de un gobierno en materia de salud y también permitirle a éste establecer criterios para reorientar las políticas que se desarrollan. Sobre la relación entre el saber experto y la práctica de gobierno véase la categoría 1 “La definición de los problemas de Salud Pública como juego de equilibrio entre lo científico-técnico y lo político”, del Eje V.

## ***EJE V: Definiendo los problemas de Salud Pública***

En este Eje se reúnen los discursos mediante los cuales las y los profesionales construyen a los fenómenos en temas susceptibles a tratar desde la Salud Pública. Se configura mediante la agrupación de argumentos que las y los profesionales entrevistadas/os utilizan para definir los problemas de Salud Pública como cuestiones que entran en la agenda pública a partir de la articulación entre diferentes áreas de saber-poder. En su conceptualización y acción sobre los problemas de salud, las y los profesionales manifiestan una tensión entre el énfasis en el bienestar, como cara positiva del gobierno en salud y la perspectiva ecológica de la enfermedad, como su cara negativa. Además, se presentan los discursos en torno a los sujetos de las intervenciones de salud a partir de la identificación y clasificación de las personas a grupos etarios, y la configuración que las personas entrevistadas hacen, del género como objeto de intervención en Salud.

El Eje se compone y organiza alrededor de 4 categorías:

- a) Categoría 1: La definición de los problemas de Salud Pública como juego de equilibrio entre lo científico-técnico y lo político.
- b) Categoría 2: La definición de los problemas de Salud Pública como noción invertida de la salud y el bienestar.
- c) Categoría 3: La definición de los problemas de Salud Pública como atribución poblacional.
- d) Categoría 4: La definición de los problemas de Salud Pública como discurso de y sobre el género.

**a) Categoría 1: La definición de los problemas de Salud Pública como juego de equilibrio entre lo científico-técnico y lo político**

Esta categoría agrupa los discursos que las y los profesionales de Salud Pública elaboran en torno a la existencia de ámbitos institucionales en los que diferentes fenómenos relacionados con la salud se transforman y pasan a ser tratados por las políticas públicas en salud. En las entrevistas se argumenta sobre la existencia de dos áreas consideradas esenciales en el despliegue de la Salud Pública: un área política y un área técnica. Según las y los entrevistados, la primera incluye las prioridades estratégicas (económicas, políticas y sociales) de gobierno que sirven para ponderar el despliegue, o no, de políticas de salud pública, mientras que la segunda, comprende los saberes objetivos producidos mediante métodos científicos y los conocimientos de la práctica situada en el territorio de las y los profesionales de salud. A juicio de las y los entrevistadas/os es, a través de la modulación de estas dos áreas-que se configura el objeto de intervención en Salud Pública.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 3 segmentos de sentido:

- a.1) La desigual retroalimentación entre lo científico-técnico y lo político en la definición de los problemas de Salud Pública.
- a.2) La toma de decisiones como disputa estratégica entre lo científico-técnico y lo político.
- a.3) El derecho a la Salud Pública como valor atemporal y como razón científica.

***a.1) La desigual retroalimentación entre lo científico-técnico y lo político en la definición de los problemas de Salud Pública.***

En la definición tanto de los problemas de salud como de las intervenciones a que serían acreedores, las y los profesionales de Salud Pública entrevistadas/os defienden la necesidad de una separación entre el área técnica y el área política. La separación entre ambas áreas, según las personas entrevistadas, obedece a la necesidad de garantizar un desarrollo de políticas de gobierno sensatas y pertinentes, que puedan discernir entre los componentes objetivos del problema de salud y aquellos procesos ajenos a él que median la toma de decisiones.

*“en seguretat alimentària<sup>187</sup> els anys 90 van ser especialment cruents amb escàndols i... I va ser la seguretat alimentària la que va posar sobre la taula que s’havia de separar la valoració del risc, de la gestió del risc, no? És a dir, va posar sobre la taula que s’havien de separar els interessos del coneixement. I... I això va derivar amb unes estructures que van ser Agència Catalana de Seguretat Alimentària, i Agència de Protecció de la Salut. Uns que pensin altres que executin, no? ...És a dir uns que investiguin i diguin, la ciència diu això. I uns altres que sospesin i diguin, bueno bueno, diu això, però convé o podem arribar, o a partir d’aquí costa massa i fins aquí és assumible, o, coses així. Llavors fas l’aplicació ja sospesat no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 17)<sup>ccxxvii</sup>*

Asimismo, reconocen que el área técnica, que incorpora las prioridades estratégicas, los aspectos económicos y situacionales y las demandas sociales, toma parte en dos momentos: (a) en la definición de los problemas de intervención y (b) en la operativización para la acción en salud.

Consecuentemente, en sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública describen 3 tipos de actuación mediante los cuales se caracterizan los problemas de salud:

En el primer tipo de actuación, las y los entrevistadas/os afirman que la definición de los problemas de salud se realiza a partir del conocimiento objetivo, desembarazado de intereses y de valores que podrían estar defendiendo determinados grupos. Es decir, un conocimiento aséptico, puro, desvinculado de imaginarios sociales y culturales y de los marcos políticos, económicos y sociales desde donde se produce. A su juicio, es este el conocimiento que permite acceder a los elementos que configuran de forma directa el problema de salud<sup>188</sup>. Más en concreto, entienden que se trata de un conocimiento basado en la evidencia científica, donde la veracidad de los hallazgos no es cuestionada en la medida en que se asume que es la definición específica del problema o, lo que es lo mismo, se trata del *problema en sí mismo*, de aquello que realmente sucede en relación con la salud.

---

<sup>187</sup>Las y los profesionales de Salud Pública identifican como situación que hizo imprescindible la diferenciación el ámbito político del técnico, las crisis de seguridad alimentaria de los años 90. Estas crisis supusieron la distinción entre valoración del riesgo (ámbito básicamente técnico) de la gestión del riesgo (ámbito que integra la dimensión política y ejecuta las actuaciones después de sopesar las repercusiones, su conveniencia, o si son asumibles las medidas recomendadas a nivel técnico). Esta separación, regulada tanto a nivel europeo como autonómico, supuso que la valoración del riesgo en Cataluña se realice a través de la Agència Catalana de Seguretat Alimentària, mientras que la gestión del riesgo la realiza la Agència de Protecció de la Salut que incorpora, por una parte, un área político-estratégica que estima los datos de salud junto a su impacto a nivel político, social y económico en la población; y, por otra parte, un área técnica de ejecución que, una vez valorado el riesgo y su estrategia de gestión a nivel político, ejecuta los lineamientos en la región y el territorio. En esta ejecución es donde se integra el conocimiento científico y el conocimiento práctico de los y las gestores que trabajan en el área técnica.

<sup>188</sup>Es decir, la caracterización del problema, su tipología, su frecuencia, su vinculación con otros problemas de salud (por ejemplo, enfermedades neuropsicológicas, cardiovasculares, lesiones intencionadas y no intencionadas, cáncer, enfermedades gastrointestinales, diabetes mellitus, complicaciones en el embarazo ...), etc.

A este conocimiento, que las y los profesionales de Salud Pública consideran esencial para el desarrollo de intervenciones en Salud Pública, agregan la importancia del conocimiento generado en la práctica profesional. Admiten que, aunque no está basado un conocimiento objetivo, la importancia y validez del saber práctico proviene de su adquisición en las intervenciones en el territorio.

*“Se suposa que també hi haurà una altra font d’informació i és que la que genera la pràctica al territori. Per tant jo crec que almenys hi haurà dos fonts d’informació per fer anàlisis i per prendre decisions. Una que vindrà de l’anàlisi de les dades mmm diguem més ... aaaa fred, més objectiu, i l’altre que vindrà de la pròpia experiència que es crearà al territori i que baixarà a través de la regió fins als serveis centrals i que també ens influiran no només per ....treballar d’una certa manera, sinó també per aaaa , diguem-ne anar ressituant els temes més importants”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11)<sup>ccccxviii</sup>*

Afirman que el saber práctico integra conocimientos producidos a partir de la experiencia cotidiana con el trabajo en salud y, aunque son muy distintos, no se encuentra totalmente desvinculado del conocimiento científico. En opinión de las y los entrevistadas/os, lo que ocurre es que el saber práctico es un conocimiento menos tangible puesto que no suele ser evidenciado explícitamente y no se crea de forma aislada, sino en el ejercicio mismo proceso de intervención en salud<sup>189</sup>

*“L’experiència històrica de la gent que ha treballat amb promoció de la salut amb l’estructura de la nova agència que possibilita territorialitzar les coses, tenir un referent del territori que orienti el treball” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 16)<sup>ccccxix</sup>*

No obstante, aunque las y los profesionales que trabajan en el despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) remiten al conocimiento generado en la práctica profesional, las argumentaciones del saber técnico para la toma de decisiones a nivel político suelen vincularse especialmente con la búsqueda del saber objetivo.

*“O sigui: Evidentment, per conèixer la realitat, i per tant actuar en conseqüència, un element bàsic són les dades” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)<sup>ccccxx</sup>*

Respecto al segundo tipo de actuación, las y los profesionales de Salud Pública afirman que, aunque el saber científico-técnico es un componente fundamental en el diseño de políticas públicas en Salud, no el único al que se recurre o, al menos, no se recurre a él tomado de forma aislada. Por el contrario, afirman que este saber está integrado en una

---

<sup>189</sup> Las y los profesionales de salud expresan que en el proceso de intervención en salud, se identifican necesidades específicas, gestionan recursos y se producen nuevas dinámicas de relación entre las/os técnicas/os, las instancias y las personas a quienes se dirige la intervención que no son acotables a un saber ni una estrategia de intervención preexistente y ajena a las peculiaridades del territorio.



red de relaciones políticas, económicas y sociales que condicionan lo que se define como relevante, prioritario o postergable<sup>190</sup>.

*“Bueno, jo crec que sí, que clar, que en definitiva eee... quiii.. el Consell d’Administració el.. , bueno el Consell d’Administració el, el, ell , els propietaris diguem que fan la funció el conseller delegat són els responsables polítics. Nosaltres, la nostra empresa, la direcció, són en un principi els responsables polítics, clar. Que són els que donen les grans línies, se suposa, no?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)<sup>cccxxxi</sup>*

En sus discursos, admiten la existencia de fuentes que presionan la toma de decisiones del área política, como es el caso de los medios de comunicación<sup>191</sup>.

*“E: Aviam, també els mitjans de comunicació hi tot tenen molt a veure. Si cada dia en els mitjans de comunicació sortís, en comptes de sortir cada diumenge per exemple eh... a la tele diuen: aquest cap de setmana s’han mort a les carreteres tantes persones. Si en comptes de dir això els mitjans de comunicació diguessin: durant tota aquesta setmana en tot Catalunya s’han suïcidat 5 persones, si incidissin en això ja es preocuparia el Departament de Salut per aportar determinats recursos aquí que no pas aquí.*

*I: Llavors tu creus que...*

*E: Encara que aquí n’hi haguessin 10 cada cap de setmana i aquí n’hi haguessin 3, però si només diguessin això els mitjans de comunicació” (F1/O/Pt/NR/F Pág.5)<sup>cccxxii</sup>*

Con todo, lejos de conceptualizar los elementos sociales, políticos y económicos, como parte integrante de la problematización de un fenómeno en el propio entramado de comprensión del mundo, los desvinculan de un *saber objetivo* proporcionado por la ciencia, y los relegan a un espacio de influencia de segundo nivel, que media en la planificación de los problemas “reales” descubiertos por la evidencia. Por este motivo, afirman en las entrevistas, que la toma de decisiones políticas en salud tiene que tener en cuenta los datos ofrecidos por la evidencia que proporciona el conocimiento básico e imparcial. Expresan que, para ello, desde la misma institución gubernamental se desarrollan los sistemas de información en salud y otras fuentes de evidencia, que tienen como objetivo captar la realidad de la Salud y asesorar al nivel político sobre el problema en sí mismo, para que sea el ámbito político quien tome la decisión de priorizar o no una actuación en salud.

<sup>190</sup>En la categoría 2: “ *La Salud Pública y el engranaje productivo en tiempos de liberalización y privatización*” del Eje III, puede examinarse cómo las y los profesionales de Salud Pública aluden a los intereses económicos y de la organización social que promueven la priorización de ciertas políticas de Salud Pública.

<sup>191</sup>Los medios de comunicación, al ser una fuente que hace visibles los problemas de Salud Pública ante la opinión pública, ejercen una fuerte influencia sobre la toma de decisiones en lo referido a la priorización de políticas, con la consiguiente repercusión sobre los recursos asignados.

*“Home, és,.. és evident. És evident que també passa això, no vol dir que tot vingui de dalt... Aviam, el, el .. ell responsables de les organitzacions, per exemple del Departament de Salut, és evident que prenen les decisions en base //mm// a moltes dades que els donen els seus staffs i els seus equips tècnics. Òbviament no prenen decisions amb abstracte i només política a.. en.. en abstracte, baja, sinó que els prenen en base a les dades que també els a suministra la mateixa administració //mm// No? És un...(..) nosaltres tenim sistemes d’informació ,no? //mm// els que siguin, eee.. Cada administració, té els que té. I aleshores aquests sistemes de .. men.. de d’informació se suposa que et donen dades sobre la salut d’aquesta població. Més detallats, o més macros. Tens els que tens, evidentment. I en base a en això, es pot fer el Pla de Salut, per exemple, etc. Que és l’element clau del ell Departament de Salut. De l’organització de les seves decisions”.*  
(F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)<sup>ccccxxiii</sup>

Las y los profesionales de Salud Pública agregan que la construcción de los problemas que se realiza desde el nivel científico-técnico y desde el nivel político no siempre coinciden. Afirman que, en ciertos casos, el peso de las presiones políticas, económicas o de los intereses ideológicos, determina la toma de decisiones haciendo que, en ocasiones, no sean coherentes con el problema que desde el nivel técnico se plantea.

*“Aviam, el problema és que sempre hi ha la política pel mig i a vegades s’engeguen campanyes més polítiques que... O a vegades no se n’engeguen perquè no... A veure, la llei del tabac quan va néixer ja va néixer una llei que la meitat de la població ja no sabia perquè naixia, vull dir que lo que s’hauria de fer des de bon principi era prohibir fumar, que tard o d’hora es farà, si no es fa aquest 2010 es farà el 2012, que hi haurà eleccions i el partit que entri ho farà, o tard o d’hora es farà (...) Però vull dir, si que trobo que és això, que no... que hi poden haver molts estudis i d’això però a l’hora de la veritat, de fer promoció, es prioritzen coses que no tenen res a veure, el que s’hauria de fer seria un diagnòstic de salut, val? Veure les piràmides de població, edats, immigració, bueno, com és la població, conèixer-la, i després mirar a veure quins.. a veure què hi ha més, quins problemes de salut hi ha més, i després a veure què es podria fer amb aquest problema de salut”.*  
(F1/O/Pt/NR/F Pág.3)<sup>ccccxxiv</sup>

Destacan la importancia del área política en el establecimiento de prioridades y estrategias de Salud Pública ya que, como manifiestan en las entrevistas, es el ámbito que posee el poder para movilizar recursos, realizar pactos y establecer vínculos entre diferentes dominios de saber-intervención en el tratamiento de un problema de Salud Pública.

*“E2: aquesta és una estructura política estratègica, estratègica-Política, es la que d’alguna forma ha de treballar amb les directrius de la d’això, que d’alguna forma aquesta, de què es basarà això? Es basarà una mica amb les fonts d’informació que hi hagin i amb el Pla de Salut d’alguna forma. Però aquest tenen d’alguna forma la direcció*

*estratègica, i ells han de fer baixar les estratègies, les estratègies les han de baixar a nivell de cada cosa, en els departaments que els hi pertocin, però tots els departaments poden estar implicats, aquí pot estar implicat educació, pot estar salut i pot estar per exemple esports, val? I en aquí pot estar en aquesta estratègia pot ser-hi, com es diu això? Atenció a la Ciutadania, Serveis Socials, el que toqui i no sé què, depèn una mica de cada estratègia, i l'ha de fer baixar. Llavors a cada territori hi haurà una estructura agent i aquí també hi ha una estructura agent però bàsicament no lligada directament aquí, sinó en el Conseller de Salut*

*I: És a dir, això és la part política,*

*E2: política-estratègica sí” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 16)<sup>ccccxxv</sup>*

La importancia del área política reside para las y los profesionales de Salud Pública en su papel determinante en el establecimiento de acuerdos ya que, como afirman, las actuaciones de Salud Pública requieren de una negociación constante con los ámbitos políticos (diferentes departamentos de la Comunidad Autónoma, distintos representantes políticos de la región y/o el territorio, etc.).

*“La política seria la P [nombre] la P [nombre] si que té la... la visió política. La política només és la P [nombre]. Ella és la que ha de parlar des d'un punt de vista polític d'estratègia, amb els grans capos, de cada cosa, des de... els ajuntaments fins amb els que toca. I per això n'està... està en el Comitè Directiu gros, i és la responsable màxima. Perquè ella l'enca... la visió política, i el que ha dit; estratègicament això cal fer-ho. Val? I llavors hi ha un... un equip directiu que d'alguna forma que som aquest equip que hem estat fet que hem fet la planificació del que toca, i hem fet d'acompanyament nosaltres i d'acompanyament des del departament en R [nombre] en R [nombre], val?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 7)<sup>ccccxxvi</sup>*

El área política es caracterizada por las y los entrevistadas/os también como el ámbito donde, finalmente, se crean las líneas estratégicas en Salud y se provee de recursos a las iniciativas planteadas por el área científico-técnica, haciendo posible, o no, su ejecución territorial.

*“I aquest és el que ha dissenyat la que... l'estratègia. Llavors, quin és el paper? Quan... Un cop tens dissenyat l'estratègia i tens el marc teòric, que és el que tenim ara, es tracta de transformar això amb una acció. Per transformar això amb una acció, ens requereix dos coses. Primera que algú des del punt de vista polític reemprengui això i li digui, ep! Ara aquí ja hem fet tota la feina i tenim tot clar el que hem de fer, ens hem de posar a fer-ho. I per tant algú t'ha de dir, eeh! I com ho farem? (...) I què costa? He d'invertir diners? He d'invertir persones? Val? I llavors hi ha d'haver-hi algú que d'alguna forma digui, si senyor! I algú que ho segueixi. Qui ho seguirà en el territori?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 7)<sup>ccccxxvii</sup>*

Finalmente, en relación al tercer tipo de actuación con relación a la definición de los problemas de Salud, las y los profesionales de Salud Pública se refieren a la *traducción* de los lineamientos políticos en acciones en Salud Pública; es decir, en actuaciones técnico-estratégicas. Estas actuaciones no constituyen una definición de problemas (fijada previamente por el ámbito científico-técnico y sopesada, en segunda instancia, por el ámbito político), sino la incorporación a esta de otros elementos de la práctica profesional concreta que entran en juego en la intervención en el territorio (recursos existentes, actuaciones llevadas a cabo hasta el momento, experiencias profesionales, etc.). En definitiva, lo que se produce es una determinación o un encuadramiento del tratamiento del problema en acciones concretas acordes con la ponderación de este en el territorio y a los recursos disponibles.

*“I llavors quan això aprovat si s’ha d’esmenar algo es torna i s’esmena i quan esta aprovat quan va al CatSalut, perquè diu això s’ha de transformar en algo concreto” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 18)<sup>cccxxxviii</sup>*

### ***a.2) La toma de decisiones como disputa estratégica entre lo científico-técnico y lo político.***

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública convierten la separación entre el área técnica y el área política en una cuestión estratégica. A su juicio, como manifiestan reiteradamente a lo largo de las entrevistas, el área técnica se asienta- en la búsqueda de un *conocimiento objetivo de la Salud Pública* que resulta modulado, en mayor o menor medida, por el área política en cuanto a la provisión de recursos y/o el establecimiento de prioridades. Ambas áreas representan dos posiciones diferentes que plantean prioridades diversas: una, en base a las características del problema o, como suele formularse habitualmente, según el problema en sí mismo<sup>192</sup>, y la otra según los condicionantes e intereses políticos. Las y los entrevistadas/os admiten que, la resolución de la disputa entre ambas posiciones, funciona como desenlace que permite abordar el problema de salud de una forma más o menos fidedigna con la propuesta científico-técnica.

Las y los profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) afirman la legitimidad del área técnica bajo el discurso del saber en salud. En concreto, destacan que el área científico-técnica es, primordialmente, el ámbito que posee y produce el

---

<sup>192</sup>Esta postura invisibiliza los aspectos políticos, sociales, históricos e ideológicos que, desde el conocimiento científico, llevan a convertir fenómenos en problemas y, en consecuencia, a la formulación de dicho problema bajo uno u otro prisma.

saber en Salud Pública, mientras que atribuyen al área política (en especial, a los departamentos que no son de Salud) una cierta ignorancia sobre la materia y sobre las funciones vinculadas con la Salud Pública. Al situarse como poseedores de saber, las y los profesionales del ASPCAT (integrantes del área técnica), expresan que en el proceso de asesoramiento al área política se colocan en un nivel de autoridad respecto al conocimiento de la Salud Pública y utilizan maniobras para influir sobre la toma de decisiones del área política. Manifiestan, asimismo, que sus recomendaciones tienen la intención de proporcionar herramientas y reflexiones contenidas en el discurso científico-técnico de Salud Pública a los y las integrantes del equipo político para orientar la toma de decisiones en el sentido propuesto desde el área técnica.

*“E: De totes les polítiques. A veure, nosaltres tractem de manipular en el millor dels sentits la direccionalitat d’aquest Consell d’Administració. Perquè aquesta gent quan vénen aquí no saben a què vénen.*

*I: Clar, era això lo que t’anava...*

*E: Aleshores, quina és una part de la nostra responsabilitat? Educar-los a dirigir, a que... a fer polítiques que en un primer... Clar, una de les parts de la cartera de serveis és donar suport a les... a la planificació estratègica operativa i tal tal tal. Perquè qui sap la salut pública, què fa la salut pública? Aquesta gent que tenen determinada funció, més representativa, més tal tal, més política, nosaltres sabem el potencial que ells tenen, i per tant no els podem menystenir diguem, son gente que viene aquí a calentar el asiento en un Consejo de Administración de una cosa que no saben i tal, no, no” (F4/O/SP/NA/M Pág. 11) <sup>ccccxxix</sup>*

Tal y como aparece reflejado en las entrevistas, los esfuerzos del área técnica en dirigir el discurso del área política según la visión de la Salud de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), responde a la relevancia que las y los profesionales técnicos le adjudican a la esfera política como agentes poseedores/as de herramientas influencia en las intervenciones en salud pública<sup>193</sup>.

*“E: Bueno.. mm aviam, la promoció de la Salut i la salut pública en general, com tot en la vida, aah... els propietaris de l’asunto, decideixen fer coses, i de vegades no tot lo que es fa es.. es.. està provada la seva utilitat //mm// evidentment, les campanyes, si estan ben fets, deuen influir d’alguna manera la població, no? //si//. Aah.. Jo no me fico ja en els.. en laaa.. clar a viam.. ee..*

*I: I quan has dit dee.. “Els propietaris del asunto”, serien els polítics?*

*E: Bueno, jo crec que si (F1/EO/SP/NA/M Pág. 9-10) <sup>ccccxi</sup>*

---

<sup>193</sup> Expresan que el área política es la que finalmente aprueba o no las grandes líneas estratégicas de Salud Pública y provee de recursos para el despliegue de intervenciones de Salud Pública. Para profundizar sobre las funciones que las personas entrevistadas adjudican al área política, véase el segmento precedente de esta categoría (a.1 “La desigual retroalimentación entre lo científico-técnico y lo político en la definición de los problemas de Salud Pública”).

Es de esta manera que, las y los profesionales de Salud Pública interpretan que el área política es también un objeto de trabajo del área técnica, a partir del saber generado por el ámbito científico-técnico. Reconocen que los primeros tienen una función representativa y, por ello, destacan la importancia de adoptar el rol de representación política que se les ha asignado, pero apropiándose de la visión específica de Salud Pública del área técnica, para que esta pueda seguir con sus acciones en Salud Pública de forma más o menos estable. Es en este sentido que hay que comprender la visión de las y los profesionales de Salud Pública respecto a la separación político-técnica bajo un modelo interdependiente donde una y otra área se interpelean constantemente para construir la Salud Pública.

*“És que aquesta gent constitueixen l'objecte del nostre treball també, ens interessa que s'apropriïn del sentit d'estar en un Consell d'Administració de la Salut Pública, i per tant una de les coses que estem fent és que a través de les seves reunions mirem d'estar introduint als seus caps o a la seva responsabilitat quin és el paper que ells... que incorporin el paper que han de jugar en tota aquesta història. I ho fem d'una forma sibil·lina si tu vols, però també amb molta decisió, de que s'apropriïn de la responsabilitat que tenen. I ho fem a través de la participació del director...”* (F4/O/SP/NA/M Pág. 11) <sup>cccxli</sup>

### **a.3) El derecho a la Salud Pública como valor atemporal y como razón científica.**

Las y los profesionales de Salud Pública justifican la separación entre área política y área técnica en base a la consideración de la Salud como una dimensión indispensable para garantizar los derechos humanos básicos. Es decir, para proteger elementos esenciales de la vida imprescindibles para asegurar la supervivencia y el desarrollo de las personas en cualquiera de sus facetas.

*“Dius, home, moltes vegades les qüestions de salut... És a dir, les qüestions que afecten a drets fonamentals com poden ser la salut, jo crec que és interessant que estiguin desvinculats de la política, perquè tinguin una continuïtat més associada a la matèria en si que no associada a la part més política”* (F3/O/Pt/NR/V Pág. 17) <sup>cccxlii</sup>

Desde esta perspectiva, las y los entrevistadas/os consideran que la Salud Pública posee un valor superior a cualquier propósito que en relación con esta pueda defender cualquier tendencia política. Al admitir la universalidad de la Salud como un derecho fundamental de la condición humana, afirman que todas las cuestiones relativas a ella deberían ser tratadas más allá de los posibles condicionantes sociales y políticos que

puedan influirla. En sus discursos, asumen que la objetividad del saber científico-técnico garantiza una cierta continuidad de la intervención, asociada más a la evidencia en Salud que a la influencia política.

En este sentido, entienden que el conocimiento técnico, en especial en su vertiente científica, tiene legitimidad por el hecho de ser *neutral y objetivo* por lo que debe, en el proceso de toma de decisiones, debería reconocérsele la fuerza que tiene. Mientras, en contraste, el área política debería limitarse a modular las estrategias de intervención sobre los problemas de Salud, teniendo en cuenta aspectos ideológicos, estratégicos y políticos.

*“És a dir, no pots estar donant... La Salut Pública té una inèrcia que si que políticament la pots modular, en forma de recursos, en forma de prioritats, però, no... És l'única modulació que fas, és a dir, no faràs un vandazo cap aquí un vandazo cap allà, com amb d'altres matèries no? No és una qüestió política. Per tant la... la vessant política que... jo trobo bé que estigui separada de la basant executiva, diguem-ne. La política com pot intervenir? Pues fent lleis. La Salut Pública es fa amb lleis? És a dir si a mi algú em diu que la Salut Pública es fa amb lleis, llavors el cito, bueno, parlem-ne però no, no es fa amb lleis”.*  
(F3/O/Pt/NR/V Pág. 17)<sup>cccxliiii</sup>

## **b) Categoría 2: La definición de los problemas de Salud Pública como noción invertida de la salud y el bienestar**

En esta categoría se congregan los discursos que las y los profesionales de Salud Pública manejan en la explicación de cómo diferentes asuntos relacionados con la Salud se acaban construyendo como *problemas de salud pública*. Mediante el argumento principal se arguye que las cuestiones de Salud se convierten en problemas de Salud Pública en el momento en que entran en la agenda de las políticas públicas de Salud. Lo destacado de este argumento es que la acepción utilizada de problema no está connotada negativamente, como si se tratase de poner de realce una propiedad nociva que exige una solución, sino que lo acentuado es que se trata de una cuestión susceptible de ser discutida y definida públicamente. Desde esta óptica, cuando se recurre al aserto que afirma que *la salud no es solo la ausencia de enfermedad*, mediante el que se pretenden recalcar los aspectos positivos de la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, también se está queriendo decir implícitamente que el bienestar y la calidad de vida pueden transformarse en un “problema de Salud Pública” si son tratadas desde el ámbito de las políticas públicas de salud.

Como se afirma en las entrevistas, muy a menudo, al plantear las cuestiones de salud, las y los profesionales relegan a un segundo nivel los enfoques orientados a proporcionar una visión positiva de los problemas de Salud Pública puesto que, desde una perspectiva ecológica de la enfermedad, acaban vinculando los fenómenos de salud sólo en su relación con la enfermedad. En este sentido, la caracterización de *la salud no es solo la ausencia de enfermedad*, se convierte en un concepto abstracto que conlleva que la atención se dirija hacia enfocar el tratamiento de los problemas de Salud desde su cara negativa, por su vinculación, más o menos directa, con una posible o efectiva patología.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 4 segmentos de sentido:

- b.1) La enfermedad y su control como objeto de las prácticas de Salud Pública.
- b.2) Los planes de salud como traslación de la mirada experta a la definición de los problemas de Salud Pública.
- b.3) La intervención en Salud Pública como actuación sobre el “problema de los riesgos” y sobre el “problema de las poblaciones”.
- b.4) La Prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud como expresión de la tensión entre la definición de los problemas y los enfoques de la intervención.

***b.1) La enfermedad y su control como objeto de las prácticas de Salud Pública.***

Si bien las y los profesionales del Departament de Salut mantienen el discurso oficial que concibe a la Salud como el estado completo de bienestar y no solo la ausencia de la enfermedad, al definir las intervenciones centran sus prioridades en acciones vinculadas con problemas de salud que se sitúan de forma, más o menos cercana, a la prevención o a la asistencia de una enfermedad.

Las y los profesionales de Salud ejemplifican la materialización de esta concepción en los planes directores de Salud, los cuales parten de la definición de una enfermedad prioritaria para dirigir su acción hacia su prevención y su tratamiento. Buscan, pues, el abordaje integral de todo el continuo salud-enfermedad, pero centrando la atención en una enfermedad posible y abordando los factores de riesgo que puedan ocasionar la



emergencia del problema en salud hasta su desarrollo, controlando los elementos que puedan empeorar la situación y el tratamiento.

*“L'altra gràcia que té es que quan tu fas això d'aquí tu ho lligues, i d'alguna forma que ha fet el departament, el departament ha fet una cosa, la Direcció General de Planificació va fer una cosa que , va fer primer el Pla de Salut, va identificar malalties prioritàries i problemes de salut prioritàris, i en qui va agafar des de malalties cardiovasculars fins per exemple problemes de salut mental o bé problemes sociosanitaris o problemes alguns de protecció, d' alguna forma que ha fet d' aquí, d' alguns d' aquest que eren molt importants han fet plans directors, quan fas un pla director no fas només la part assistencial, fas la part assistencial la part de promoció” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.22) <sup>ccccxlv</sup>*

Según afirman en las entrevistas, para las y los profesionales del Departament de Salut es relevante centrar la asistencia sanitaria en el momento en que la enfermedad se hace evidente (cuando se diagnóstica o aparecen sus primeros síntomas) o se detectan sus causas más directas. Manifiestan, asimismo, que la Salud Pública toma su principal rol del desarrollo de intervenciones orientadas a evitar que la enfermedad emerja.

Afirman que, antes de la aparición de la enfermedad, la Salud Pública interviene para controlar aquellos elementos de riesgo de desarrollo de la enfermedad. Describen factores de riesgo directo (como, por ejemplo, la hipertensión, tratada por la Asistencia en Salud), factores de riesgo indirecto en una imaginaria cadena causal , orientados propiamente a prevención de la enfermedad y tratados a caballo entre la Asistencia en Salud y la Salud Pública (como son consumo de tabaco, obesidad, etc.) y de un nivel más lejano al problema de salud pero que pueden provocar su desarrollo, “*las causas de las causas*”, más propios Salud Pública (como, por ejemplo, la alimentación y el ejercicio físico).

*“E2:D'alguna forma que veus en aquí, clar, quan tu estàs veiem això i dius per exemple en cardio vascular i amb càncer, doncs hi ha una cosa important que hi ha unes quantes coses que si tu haguessis controlat alguns factors de risc no tindries patologia d' alguna forma i quins són aquells factors de risc?, pues des d'alguns lligats amb l'alimentació, léase obesitat//*

*E1: // activitat física//*

*E2:// léase hipertensió, val, pot ser llegat en això (...) però també pots trobar léase tabac d' alguna forma i tot això d' aquí té una vessant important que seria del món sanitari de cessació del tabac, de control de l' obesitat de control sedentarisme (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.22) <sup>ccccxlv</sup>*

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública describen los planes de salud y los planes directores como herramientas que guían las prioridades de Salud. También hacen evidente el foco de las intervenciones en salud en el continuo salud-enfermedad

con finalidad última de evitar que la enfermedad aparezca, o reducir al mínimo sus efectos en la población. Destacan que la priorización de estrategias de intervención es necesaria porque permite centrar los esfuerzos y los recursos autonómicos en el tratamiento de problemas de salud relevantes (por su magnitud o por su impacto en la población) de forma integral: desde los posibles factores que predisponen al desarrollo del problema, pasado por el problema una vez está presente, hasta que este llega a su fin. Es decir, lo que suele denominarse historia natural de la enfermedad.

*“L'altra vessant que estem treballant molt, clar tot això d' aquí té molt sentit , per això dic quan estem diguent que es el pla home pues tot, tot i saber d' alguna forma, potser prioritzar que no, potser no tot es pot fer al mateix moment ni tot a la mateixa hora, però potser val la pena intentar identificar, quan estàs agafant una línia intentar agafar la línia des de l'inici fins el final. I començar a començar un projecte”*  
(F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.22)<sup>cccxlvi</sup>

Aunque las y los profesionales entrevistadas/os suelen subrayar el rol que desempeña la Salud Pública en acciones que evitan la aparición de una enfermedad, para describir así el lugar que ocupa dentro del sistema de salud, aclaran que la presencia de la Salud Pública puede situarse en todas las etapas del continuo salud-enfermedad. Es decir, desde el momento en que la persona está sana (inculcándole hábitos saludables y sugiriéndole evitar los no sanos), hasta que se pone enferma, manifiestan que la función de la Salud Pública es intervenir (junto con la Asistencia en Salud, que trata la enfermedad) sobre la mejora de las condiciones de vida y las costumbres de salud.

*“Per tant quan tu treballes en un pla director que fas? Fas tot, per exemple en cardiovascular que hem treballat bàsicament tabac són molt de promoció , en treballat en factors de rics, en factors de risc cardiovascular, amb les actuacions de risc perquè el clínics puguin saber identificar bàsicament quan una persona té més rics per fer una malaltia cardiovascular. En aquí si això tenen controlats els factors de risc, tabac, els que ja hi fumen. En aquí estem promoure per què no comencin, però aquí, són els que ja fumen la hipertensió, l'obesitat, el sedentarisme, l'activitat física, que de vegades agafes aquí i l'agafes en aquí en el PAFES l'agafes en els que ja tenen patologies d' alguna forma i arribes un moment que ja tens l'event, l'event cardiovascular, doncs què fas en aquí?, treballar amb l'event, i en aquí que fem? Codi infart, que és lo que estem treballant nosaltres d' alguna forma per intentar ser el màxim de ràpid possible, perquè el senyor no es mori abans de arribar al hospital i li facis una resposta, que hi has fet? Has fet tot el ventall, i que hi ha aquí de Salut Pública? Tens Salut Pública a l'inici al en aquí, i tens Salut Pública inclús a la terciària, perquè el que ha fet l'event l'has de dir uita si encara no fumava deixa de fumar si estava més greixa ha de d'això, ha de fer un control d' alimentació, d'alguna forma tu pots incidir en diferents formes de diferents maneres però i en diferents professionals que han d' incidir en aquí han d' incidir bàsicament l'Equip d'Atenció Primària i hospitalària, en aquí ha d'*

*incidir la gent de Salut Pública i en les accions comunitàries”  
(F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág.22-23)<sup>cxxlvii</sup>*

### ***b.2) Los planes de salud como traslación de la mirada experta a la definición de los problemas de Salud Pública.***

Las y los profesionales de Salud Pública del Departament de Salut exponen una mirada universalista del estado de salud de la población. Afirman que la mayoría de los temas que tratan son comunes en todo el territorio de la comunidad autónoma y que, a su vez, coinciden con los problemas abordados por los países europeos occidentales.

*“Básicamente van a ser iguales, yo creo que habrá que hacer algún énfasis en alguno de ellos pero no creo que nos vayamos a mover mucho, mucho de estos no? Porque...bueno, primero que todos los ... si el tema de estilos de vida y hábitos saludables acaba siendo, es un determinante muy importante de la salud de la gente, como fumas, el ejercicio físico, como comes , el tema de la afectividad, la vida sexual también es fundamental no? Y probablemente será otra área, y el tema de las conductas adictivas y del uso de las drogas tal, tal..es otra área”  
(F2/O/SP/NA/M Pág. 13)*

Desde esta perspectiva, las y los entrevistadas/os sostienen la importancia de los planes de salud<sup>194</sup>. Estos planes son entendidos como herramientas de trabajo a partir de los cuales se diseñan intervenciones de Salud universales para toda la comunidad autónoma. En este sentido, consideran excepcionales las circunstancias en las que se debe hacer algún tratamiento específico no acorde con los lineamientos de estos planes.

*“O sea que la cartera de servicios van a ser relativamente pocos temas, hombre, si en algún momento hay que hacer una acción puntual porque haya un programa muy específico también se hará pero básicamente lo que expresa la cartera de servicios de la Garrotxa va a ser en general como un, ya te digo, no se, tendría que estar muy justificado por que esto coincide con la, con las políticas del plan de salud de Cataluña, y todo eso no?” (F2/O/SP/NA/M Pág. 13)*

Las y los entrevistadas/os confirman la validez de los planes de salud apelando a los criterios epidemiológicos utilizados en el diagnóstico de Salud de Cataluña, aunque sostienen sus argumentaciones en una *visión de águila* o, lo que es lo mismo, a partir de estadísticas generales que permiten ver los problemas poblacionales de salud. En este sentido, las expertas y expertos en Salud de niveles autonómicos que trabajan en la

---

<sup>194</sup>Los planes de salud son documentos generales para toda Cataluña que materializan la relación entre el saber científico-técnico y las prioridades políticas en salud. Además, definen los problemas de salud considerados prioritarios y los lineamientos de su intervención. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2012a)

definición de los planes de salud, son colocados en una posición de saber privilegiado que, presuntamente, les faculta para identificar los problemas a abordar en Salud Pública, que son tomados como generalizables a todo el territorio.

Para ciertos casos, las y los profesionales de Salud Pública admiten que estos temas universales de Salud Pública pueden presentar variaciones en el territorio, pero que estas obedecen más al grado de afectación de un problema de salud universal que a la problematización de nuevos elementos específicos y diferenciales de cada territorio.

*“Yo creo que van a haber de todas maneras pocas variaciones, porque.. no se. A lo mejor tienes una población muy envejecida y a lo mejor vas a tener que trabajar con las situaciones socio sanitarias de las personas mayores, vete a saber, no? Pero esencia.. yo creo que mayoritariamente habrá un 75, un 80% de cartera de servicios común para , paraa.. loa GTSS” (F2/O/SP/NA/M Pág. 4).*

Atribuyen al conocimiento específico del territorio la función de inspirador de la conformación de las prioridades generales para la población. Afirman que las necesidades territoriales son extrapolables, en su mayoría, a unas necesidades comunes de toda la Comunidad Autónoma y que el conocimiento de las particularidades territoriales sirve para mediar en la consecución de una mejora de Salud poblacional. Es decir, plantean que los problemas de salud serían, más o menos, iguales a lo largo y ancho de toda la extensión territorial de Cataluña y argumentan que el sentido que tiene que conocer el territorio es disponer de un elemento particular que media las formas y las estrategias para de hacer más precisas y efectivas las políticas generales de Salud Pública.

*“I: que las necesidades suelen ser muy similares?”*

*E: sí, yo creo que no van a haber... Otra cosa es como se articula con el tejido social, con la cultura, con las formas de hacer cada uno de los territorio. Yo creo que en ese sentido has de ser respetuoso, no? Y.. y.. y coincidente con.. como lo de ser verdad” (F2/O/SP/NA/M Pág. 4).*

Es de este modo cómo, las y los entrevistadas, describen que se basan las prioridades de Salud Pública en los planes y estrategias planteadas desde el Departament de Salut. Con esta lógica, los objetivos de la Comunidad Autónoma se vuelven el foco de atención para planificar e implementar las actuaciones de Salud Pública en el territorio.

*“E1: Clar això depèn és que això esta lligat al diagnòstic de salut , o sigui segons el diagnòstic de salut tindràs unes accions prioritàries o unes altres*

*I: i ara?*

*E1: amb el nostre pla de salut actual?*

*E2: home aquí tenim definit varis, vàries línies de treball*

*E1: per exemple un tema és el tema del PAS que és el programa d'activitat física i alimentació saludable , aquest és un dels projectes estrella del departament (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 22)<sup>ccccxlviii</sup>*

### ***b.3) La intervención en Salud Pública como actuación sobre el “problema de los riesgos” y sobre el “problema de las poblaciones”***

Las y los profesionales de Salud Pública distinguen en sus discursos dos enfoques de intervención sobre los principales-problemas en Salud Pública: el orientado hacia la gestión de riesgos materiales presentes en el ambiente y el dirigido a la población en sí misma (sus determinantes sociales, sus relaciones y sus prácticas). Mediante ambos enfoques, las y los profesionales de Salud Pública integran todas las posibles causas de enfermedad y constituyen su actuación en todos los ámbitos de la vida de las personas, legitimando su acción a partir de problemas potenciales para la salud.

*“Bueno, esto es una cosa, porque mira, en Salud Pública hay 2 dianas para mí eh?, una la población, todo, y la segunda los riesgos para la salud, o sea lo es todo el agua, el aire, los alimentos, o sea casa, carnicería, un restaurante es un punto de riesgo y por lo tanto en el dimensionado de los servicios habrás que tener en cuenta no solamente las personas sino también los riesgos” (F2/O/SP/NA/M Pág. 12)*

En cuanto al abordaje sobre los riesgos materiales del medio para la Salud, las y los profesionales de Salud Pública lo definen como un quehacer propio de la Protección de la Salud, e incluye el control de sustancias y de procesos que puedan perjudicar la salud de la población (control del agua, aire, alimentos, etc.). Justifican al control de ciertas sustancias y procesos en base a la idea del riesgo, que se refiere a condiciones potencialmente dañinas para la población.

Consideran que la gestión de riesgos es un componente básico para garantizar un entorno adecuado de la Salud poblacional. Ello se debe a que se atribuye a las condiciones ambientales un impacto directo sobre la salud de las personas y, a que su impacto trasciende las prácticas personales de la población general. Es de este modo, que las condiciones materiales de calidad del aire, de los alimentos, del agua, etc. se vuelven elementos básicos a partir de donde sentar las bases de la Salud poblacional.

Sin embargo, de análisis de las entrevistas se desprende que las y los profesionales de Salud Pública identifican a Cataluña dentro del conjunto de sociedades desarrolladas, y afirman que se tiene gran parte del terreno ganado en cuanto a garantizar la salud de la

población, ya que entienden que los elementos básicos de salubridad están asegurados (como, por ejemplo, el agua potable). Destacan, además, la existencia de protocolos y sistemas de control de los elementos biológicos y/o químicos considerados tradicionalmente riesgosos para la salud poblacional.

*“Les grans causes de malaltia i de mort a Catalunya...ummmm...estan lligades a promoció i prevenció, no estan lligades a...en aquest moment a protecció. Precisament perquè som un país evolucionat i, si estiguéssim en un país que l'aigua no fos potable o coses així...o que tinguéssim unes condicions higièniques terribles, diria que la gran cosa seria la protecció...però, en aquest moment, la protecció és una cosa que gràcies a la feina de moltes persones i molt de temps està molt ben evolucionada, eh!” (F4/O/Pm/NA/M Pág.10)<sup>cccclix</sup>*

Asimismo, también admiten que el desarrollo social y económico requiere de una constante re-elaboración de las intervenciones de Protección de la Salud, porque conlleva la aparición de nuevos riesgos de salud propios de la producción (como, por ejemplo, emisiones de gases, contaminaciones alimentarias, etc.). Además destacan que, en un mundo en constante interrelación entre el espacio local y global, las consecuencias del control de estos elementos materiales se vuelven esenciales, tanto a escala territorial como internacional ya que trascienden las fronteras de la propia población, de la Autonomía o del Estado.

*“Hay que hacer esto pensando, por ejemplo, so sé, en Lérida que hay tantas industrias agroalimentaria, coño, allí tienes que tener muchos mataderos, muchas no sé que, empresas transformadoras, operadores económicos, que manipulan riesgos para la salud, no solamente para los catalanes muchas veces exportar a medio mundo, ostras, pues las consecuencias o las, de la , del control o del no control pueden tener impacto mucho mas lejos, no?” (F2/O/SP/NA/M Pág. 12)*

En relación con la intervención en Promoción de la Salud, las y los profesionales de Salud Pública mencionan en sus discursos temas prioritarios y los vinculan con problemas de salud estabilizados en la sociedad actual. En este sentido, configuran intervenciones básicas de Promoción de la Salud que se mantienen de forma continua en el tiempo y en el espacio. Atribuyen así, a ciertos problemas de salud una conceptualización cuasiatemporal y los incorporan, prácticamente de forma automática, en los programas de Salud Pública<sup>195</sup>.

*“Però, jo penso que hi ha uns programes de base, que, a veure que la mainada d'ESO, fuma, és una realitat. Vull dir no cal fer grans diagnòstics de salut. La mainada fuma no? I... penso que sempre s'ha d'anar actuant perquè no fumini. Per tant aquests programes, jo penso*

---

195 Las y los profesionales de Salud Pública entrevistadas/os, destacan como asuntos prioritarios y básicos, la promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable, la higiene y la prevención del consumo de drogas, alcohol o tabaco.

*que els hem d'instaurar, els hem d'anar avaluant, perquè no hi hagi un moment en que siguin inútils i si no els hem de, redirigir” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 7)<sup>cccl</sup>*

Aunque las y los profesionales de Salud Pública describen problemas de Salud Pública generalizables a toda la población, destacan que la existencia de diferentes condiciones sociales, políticas y económicas genera situaciones de salud diversa y diferencias en la necesidad del despliegue de políticas de Salud Pública.

*“A veure si que ha d'haver-hi unes prioritats, en base a les necessitats de salut d'aquell govern que té una salut no i que... si tenim... ahir ens feien una presentació Salt que... un municipi d'aquí a Girona, que el quaranta... tres o quaranta-sis per cent de la població són immigrants. Això evidentment ho hem de tenir en compte això no? A l'hora de... de monitoritzar que és l'important no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)<sup>cccli</sup>*

En las entrevistas, las y los profesionales de Salud Pública (en especial, las y los representantes de Promoción de la Salud y responsables de los niveles centrales del despliegue de la la Agència de Salut Pública de Catalunya, ASPCAT) suman al abordaje genérico de temas de Salud Pública, trabajos paralelos sobre aspectos que puedan condicionar el desarrollo de las políticas de Salud Pública. En estos casos, plantean una intervención más específica sobre determinantes de salud, lo que implica un tratamiento concreto de situaciones que generan desigualdades en salud, para mejorar las condiciones sociales de las personas que se encuentran en situación de *vulnerabilidad* en relación al total de la población.

*“Necessitem fer intervencions que arribin a tota la població però també intervencions específiques en persones en situació de vulnerabilitat? Aquest canvis en els barris compleixen molt aquestes coses perquè estem canviant condicions de vida. Estem anant a barris en situació d'especial risc de la seva població, que hagi situació d'exclusió social... Són barris amb gent molt envellida, per un costat, i amb molt percentatge de població immigrada...nouvinguda, per un altre costat” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)<sup>ccclii</sup>*

La lucha contra las desigualdades se convierte para las y los profesionales de Salud Pública (en especial, las y los representantes de Promoción de la Salud y responsables de los niveles centrales del despliegue de la la Agència de Salut Pública de Catalunya, ASPCAT) en un arma para disminuir las diferencias a nivel social y económico, con la finalidad de acortar la brecha en el estado de salud poblacional provocada por situaciones de desigualdad.

*“O sea, que deberemos de focalizar la acción sobre los más desfavorecidos para disminuir el gap. Entre los que más tienen y los que menos. Esto es una cosa que tratamos de que, bueno también, es lo de los determinantes, oye, tenemos que trabajar para disminuir las*

*desigualdades, porque la disminución de las desigualdades acaba traduciéndose en mejoras en salud”. (F2/O/SP/NA/M Pág 12)*

Las y los entrevistadas/os enuncian diferentes ejes de desigualdad, a partir de los cuales distribuyen a las personas en situación de vulnerabilidad. Es decir, definen las condiciones sociales y económicas que limitan su desarrollo en Salud en base a la edad (población envejecida en relación a la población joven y adulta), el género (mujeres en relación a los hombres), los niveles culturales (niveles sociales más bajos en relación a niveles medios y altos) y la inmigración en relación a la población autóctona.

*“La lucha contra las desigualdades, los elementos que condicionaran que hagamos una acción más intensiva cuando no podremos hacer todo sobre todos porque es, no podremos, es tratar de trabajar por la disminución de las desigualdades. Es decir, que deberemos identificar en el territorio , algunas po, las poblaciones que sean, bueno ya sabes, las desigualdades por eee, por edades, los viejos y los mayores son más desiguales que los jóvenes y adultos no? Las mujeres son más desiguales que los hombres , los niveles culturales, los bajos son más desiguales que”. (F2/O/SP/NA/M Pág. 12)*

Ponen de relieve que, la perspectiva de los determinantes sociales en la Salud, desplaza el foco de atención de los estilos de vida, como cuestión individual, a su tratamiento como parte de un sistema de condiciones y relaciones. Destacan que la salud es consecuencia de los vínculos que la persona establece consigo misma y su entorno, y que a su vez, estos vínculos vienen determinados por el marco de posibilidades social y material.

Destacan, asimismo, que la intervención sobre los determinantes sociales de la Salud cambia el foco de las prácticas personales a las condiciones estructurales, sociales, políticas y económicas que determinan el marco de posibilidad de tales prácticas.

*“Això té un punt de vista ideològic de base. Hi ha gent que té un punt de vista que pensa que cada persona...vull dir, pot fer les seves decisions, que dona igual que visquis en Sarrià o que visquis en la Mina. I això nosaltres no creiem que sigui així perquè veien que taxes d'obesitat infantil i altres coses que no ten res que veure en un entorn que visquis o en un entorn que no visquis”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.17)<sup>cccliii</sup>*

En este contexto, las y los entrevistadas/os, agregan a las intervenciones directas sobre hábitos en Salud, intervenciones orientadas a generar cambios en las condiciones de vida para favorecer la salud y las prácticas saludables. Es decir, sugieren la necesidad de generar condiciones sociales equitativas en toda la Comunidad, para posibilitar las personas tomen decisiones en igualdad de oportunidades (disminuyendo aquellas condiciones del marco de posibilidades que, consideran, podrían derivar a unas



prácticas de salud inadecuadas y fomentando condiciones que faciliten prácticas saludables<sup>196</sup>).

Además, defienden la idea de que las personas asuman una responsabilidad en su salud<sup>197</sup> pero, al mismo tiempo, enfatizan la necesidad de *no culpabilizar si estas no tienen hábitos saludables o adquieren una enfermedad*. Justifican esta actitud, no solo porque una enfermedad pueda ser causada por factores no controlados por la persona, sino también porque la toma de decisiones está mediada por las condiciones de posibilidad de las personas en la comunidad *donde y cómo viven*.

*“És a dir, que si malgrat totes les coses que es fan, una persona que té una obesitat mòrbida...nosaltres la ajudarem...perquè estem allí per ajudar-li al màxim. Perquè hi ha molts determinants ...es a dir, el que una persona avui en dia sigui una persona obesa, hi ha tants factors que influeixen...des de factors genètics que juguen un paper petit però juguen...amb milers d'altres factors com el lloc on viu, com viu, què va a veure de petit, què factors emocionals té implicats en el valor que li dona al menjar...Tot una sèrie de coses de manera que mai, mai, mai culpabilitzar a la persona. Culpabilitzar a la víctima des de un punt de vista de societat...de determinats socials de la salut. Si tu li poses la culpa a la persona, estàs culpabilitzant a la víctima que pot ser en algun punt de vista...la seva situació de salut pot estar determinada pel lloc on viu, per les seves condicions”.* (F4/O/Pm/NA/M Pág.17)<sup>cccliv</sup>

#### ***b.4) La Prevención de la enfermedad y la Promoción de la Salud como expresión de la tensión entre la definición de los problemas y los enfoques de la intervención***

En sus discursos las y los profesionales de Salud Pública establecen diferencias conceptuales entre la Promoción de la salud y la Prevención de la enfermedad. Definen la promoción de la salud como la pretensión de mejora de la calidad de vida poblacional a partir de un enfoque *positivo de la Salud*. Mientras que la Prevención de la Enfermedad es definida como las acciones orientadas a evitar el desarrollo de enfermedades potenciales a partir de un enfoque *negativo de problemas de Salud*.

A partir de la distinción de enfoques positivos y negativos de la salud, las personas entrevistadas van situando las intervenciones según les atribuyan un acento en prevenir enfermedades (vacunaciones, programas de control del tabaquismo,

---

<sup>196</sup> Las nociones de prácticas saludables y no saludables corresponden a los discursos hegemónicos sobre la salud, que desde los poderes públicos se promueve.

<sup>197</sup> Para examinar con cierto pormenor la cuestión de la responsabilidad, véase la categoría 4: *“Los sujetos y la índole de sus responsabilidades en Salud Pública”* del Eje VI.

adicciones, reducció de embarazos no deseados, etc.) o promocionar la salud (por ejemplo, el programa materno infantil y programas de ejercicio físico y a la alimentación saludable).

*“Nosaltres intentem no fer-ho així. Jo te diria que, des de que joestic aquí al menys, i bueno suposo que abans...O sigui que nosaltres tenim un programa de promoció de la salut a través de l'alimentació saludable i l'activitat física...ehhh...Nosaltres tenim un programa, si que diu de prevenció i control del tabaquisme...perquè el tabaquisme...És a dir, el que és ideal és respirar un aire pur i que la gent no fumi ni faci algun consum de tòxics. Però normalment, construïm des de la concepció positiva de la salut. En aquest sentit, el programa matern infantil, per exemple, una etapa vital clau en què qualsevol cosa que passa en positiu i també en negatiu té una influència enorme. Tenim un altre aspecte molt rellevant que és l'envelliment actiu i saludable...Però el tema de vacunacions si que pot ser una prevenció... però jo distingiria una miqueta entre en el que és la prevenció d'una malalties específiques i el que és la gran cosa que és la Promoció de la Salut”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.1)<sup>ccclv</sup>*

Las y los profesionales de Promoción de la Salud de los niveles centrales, en las entrevistas analizadas, hacen esfuerzos por destacar la mirada positiva de la salud para definir a la Promoción. Desde esta perspectiva dan sentido a abordajes como los de alimentación saludable y ejercicio físico, al programa materno infantil, al de envejecimiento saludable, al de salud mental, al de salud en la escuela, así como el soporte a redes comunitarias que incorpora a la comunidad como parte del proceso de construcción de la salud.

*“I jo diria que a més, revisant una mica la cartera de serveis, pues també això és pot veure perquè la percepció...la construcció és des...realment s'intenta fer des del que és positiu. Inclús, jo que sé, per exemple, quan parlem del tema de...ehhh Bueno...hem citat això, el tema de promoció de la salut a través de la promoció de l'alimentació i l'activitat física...Hem citat el tema de la salut matern infantil, el tema de l'envelliment saludable i actiu...Però també, per exemple, tenim una part de suport a xarxes...i lliga amb aquesta visió comunitària”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)<sup>ccclvi</sup>*

Destacan la *visión positiva*, más propia de la Promoción de la salud, en base a una conceptualización teórico-ideológica de la mejora de la calidad de vida de la población.

*“La finalitat última de la promoció és que la gent visqui els anys que tingui que viure...que idealment son molts...però no perquè no sempre són molts...de la millor situació de salut possible. (...) Per tant, la funció última és que les persones siguin, doncs, lo màxim....sanes en el temps en que viuen...eh? Per tant, es pot fer promoció de la salut malgrat tinguis una malaltia terminal o malgrat tinguis el que sigui...I tu pots viure la teva circumstància...la teva vida, de la millor manera possible.*

*La millor manera en el sentit ampli de la salut, eh?” (F4/O/Pm/NA/M  
Pág.2)<sup>ccclvii</sup>*

Sin embargo, difuminan la distinción entre Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad en el quehacer práctico, al buscar constantemente la justificación de la pertinencia del enfoque positivo de la salud en el soporte preventivo.

En este sentido, destacan la orientación positiva como una meta global de Promoción de la Salud que no puede dissociarse de aquellos elementos concretos que puedan minar el buen estado de salud poblacional. Afirman que el abordaje de los aspectos negativos es necesario como un elemento básico en la mejora global de la calidad de vida de las personas.

*“Per tant, jo no tinc cap programa que es digui de prevenció a l'obesitat, ni cap programa que digui això. Si que tenim aspectes específics, per exemple, alguns programes comunitaris de prevenció a l'obesitat infantil perquè tenim un problema que afecta a un 42,5% de la població infantil de Catalunya, un 45% de la població d'Espanya...que és l'excés de pes. Però...vull dir, és una resposta a una necessitat que sorgeix com una part de tot l'abordatge més global, eh! L'abordatge global treballa la promoció de la salut a través d'aquest tema. I després altres departaments d'aquí, altres unitats, tenen promoció de la salut mental, altres aspectes lligats a aquesta concepció, bàsicament, positiva...i bàsicament global i transversal...i de treball amb els altres agents...Al menys és així com el considero”.*  
(F4/O/Pm/NA/M Pág.2)<sup>ccclviii</sup>

Las y los entrevistadas/os, al mismo tiempo que consideran la Prevención de la Enfermedad como un elemento primario de garantía de la supervivencia de las personas (un componente más corpóreo y prioritario porque está relacionado con garantizar la existencia), lo vinculan con la reducción de gastos del Estado en relación a futuros cuidados de su población. Es decir, construyen la prevención de problemas en salud como un elemento básico a partir del cual, una vez erradicados los problemas, se pueden sentar las bases para promocionar el bienestar<sup>198</sup>.

*“Jo crec que actualment no el té, jo crec que s'adreça més a fer promoció de la salut perquè això després si no la fas a lo millor retrasses , o a lo millor impedeixes que aparegui un problema de salut, però hi ha la categoria del benestar que hauria de ser, jo pensaria que això seria desitjable que cada vegada aparegués d'una forma més... més ferma, com un valor positiu que tingués pes en si mateix. Si està bé, és tan o més important que no fer accions per prevenir. Jo crec que si l'incorporéssim com a valor, no?, jo crec que a lo millor seria un element a prioritzar sobre les actuacions de... el sistema... sanitari com per prevenir la incidència de malalties, no? El pes o el que ens ve derivat de l'epidèmia del sobrepès i l'obesitat casi t'obliga a fer-ho, i*

---

198Al respecto me pregunto si es posible erradicar los problemas o, planteado de otro modo, qué nivel de problemas de salud es aceptable para orientar políticas relativas al bienestar en sí mismo.

*dius, ostres això és prioritari perquè si no fas això apareixeran aquestes malalties. Després un podria dir, bueno, una vegada tenim... bueno, controlant això ja vaig una mica a posar en valor el fet del benestar, que aconseguixo a través de l'alimentació, l'activitat física, la meditació, qualsevol altra cosa que a tu t'ajudi estaria bé, no?" (F4/O/SP/NA/M Pág.2)<sup>ccclix</sup>*

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que, si bien las acciones de Prevención y Promoción de la Salud se justifican a partir de evitar una enfermedad o dolencia, tienen consecuencias colaterales en el bienestar de la población. Es decir, sostienen que la visión negativa de reducción de enfermedades o de factores de riesgo, tendría efectos sobre el enfoque positivo de la Salud en la medida que ayude a adquirir hábitos para la mejora de la calidad de vida

*"I després un podria dir, home, si tu fas una alimentació saludable, no solament previndràs això sinó que a més estaràs més bé. O sigui que quan fem promoció de la salut ho podem orientar d'una forma molt més específica a prevenir o a evitar que puguin aparèixer aquestes malalties relacionades amb l'alimentació, però també, i això no és poc, a promoure benestar". (F4/O/SP/NA/M Pág.2)<sup>ccclx</sup>*

A pesar de la coexistencia de los enfoques positivo y negativo en el abordaje de la Promoción y de la Prevención como un todo, puede apreciarse la constante tensión en la que la parte negativa se manifiesta con mayor peso para justificar la intervención en Promoción de la Salud.

*"Mentre l'instrument de planificació sanitària de Catalunya sigui el Pla de Salut...i quan te en vas al Pla de Salut veuràs que la part de protecció és una part així i la part lligada en promoció i prevenció és una part molt més gran...perquè necessàriament...perquè si tu...Ara des de un enfocament negatiu, que no és el que vull tenir...però des de un enfocament negatiu...no! des de un enfocament global, ja parlaven...el tema envelliment: tenim un 16,5% de la població de Catalunya per sobre els 65 anys. En any 2020, crec que arribarà a un 25%. Si no treballem per a que la gent arribi bé i visqui bé, els 20 anys...30 anys que serà gran i què estarà allí no assolirem res...ehhhh....De que es mor la gent a Catalunya? Es mort de malalties relacionades amb la promoció i la prevenció; és a dir, es mort de cardiovasculars i de càncers...i factors de risc...tots estan lligats a, mira: alimentació, activitat física, tabac, exposició al sol i...diria que això és el 80 o 90%. I tot això està lligat a la promoció. Si no...vull dir, el situar-lo en el marc global...no de la Salut Pública sinó el marc global de tot, li dona rellevància als altres temes...Els temes de...temes de malalties infeccioses...el paper de les vacunacions...Jo crec que, malgrat tenim que lluitar perquè quan veiem el pressupost de salut pública en relació al pressupost global...Sempre cal lluitar perquè no...Es a dir, la gent...ehhh...vull dir que els hospitals de tercer nivell triguen molt i totes aquestes coses...I, al final, condicionen moltíssim la*

*inversió i el treball que es faci en promoció de la salut. Eh!”  
(F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)<sup>ccclxi</sup>*

Los aspectos positivos que las y los entrevistadas/os enuncian como parte de una estrategia global de mejora de la calidad de vida poblacional, suelen quedar invisibilizados por la justificación de la Promoción de la Salud a partir del enfoque negativo. Es decir, al promocionar estilos de vida saludables (como los que tratan de fomentar los programas de alimentación saludable o de ejercicio físico), justificándolos en que a la larga, suelen traducirse en evitar problemas de salud o factores predisponentes a problemas de salud (colesterol, cardiopatías, esclerosis, cáncer, diabetes, etc.), las y los profesionales acaban constituyendo a la Promoción de la Salud a partir de un enfoque preventivo.

*“I: I el tema per exemple de l'alimentació i l'exercici físic. Per què és important? Per quin tema de salut és important?”*

*E: Què vols dir, per quin tema de salut és important?”*

*I: Clar, si tu promociones l'alimentació o l'exercici físic és perquè vols//*

*E: //Si, no, vols potenciar que a la llarga... que hi hagi uns hàbits saludables que a la llarga aquesta persona no tingui problemes de salut com pot ser doncs que per exemple no tingui problemes de cor, que no tingui problemes de...com es diu?... bueno, que no tingui diferents problemes. (...)*

*I: que és la salut sexual, no? Què seria la salut sexual?”*

*E: Sí, malalties de transmissió sexual, i... higiene... que tampoc no...no, no he començat a d'allòs de la sexualitat, això hauria d'evitar contagis i unes pràctiques i tot.*

*I: Vale, és a dir, més de salut reproductiva més que sexual.*

*E: No, malalties de transmissió sexual” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 5)<sup>ccclxii</sup>*

De este modo, si bien las y los profesionales de Salud Pública destacan la importancia de orientar las intervenciones a partir de un enfoque positivo de fomento de la calidad de vida, la *visión negativa*, que define más propiamente a la Prevención de la Enfermedad, impregna y da sentido a la mayoría de las actividades de Promoción de la Salud. Esto se ve traducido en las referencias que las y los profesionales de Salud Pública realizan de las actuaciones de Salud Pública en la población, al afirmar que todas ellas tienen en común el foco sobre la prevención de un fenómeno conceptualizado como problemático en la sociedad<sup>199</sup>.

199Por ejemplo, la recomendación de una alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico para evitar la obesidad y el sedentarismo que, simultáneamente, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas, cáncer y un deterioro de la salud a nivel general; la prevención de conductas adictivas a fin de evitar adicciones a drogas u otras prácticas “no saludables”.

*“Si el tema de estilos de vida y hábitos saludables acaba siendo, es un determinante muy importante de la salud de la gente, como fumas, el ejercicio físico, como comes , el tema de la afectividad, la vida sexual también es fundamental no? Y probablemente será otra área, y el tema de las conductas adictivas y del uso de las drogas tal, tal” (F2/O/SP/NA/M Pág. 13)*

Las y los entrevistadas/os insisten constantemente en la importancia de realizar intervenciones dirigidas a incidir sobre las prácticas de las personas a partir de sus potenciales efectos negativos para la salud. Las intervenciones citadas abarcan un amplio rango de prácticas cotidianas como la alimentación, el ejercicio, el consumo de sustancias, la educación sexual<sup>200</sup> y la educación vial<sup>201</sup>.

*“Crec que hi ha temes de higiene que són molt importants, la higiene de mans és una tonteria per molta gent i jo crec que tot això comporta moltes altres històries que quedarien solventades. La salut bucodental no puc pas dir que no sigui important perquè és un tema que hem treballat molt i crec que és un guany personal i fins i tot des d'un punt de vista econòmic assistencial també és molt important, a més a més , perquè és un focus en el cos de la persona, no? això per una banda, i llavors, en quan aaa, que no deixa de ser higiene tot això que t'he dit, salut bucodental, mans, i llavors en quant a coneixement és que sempre vas a petar amb els mateixos no? dintre del paquet de drogues doncs, tot el que és droga pura, drogues legals, tabac, a més a més tot lo que poden ser elements nocius per les persones...és que aquests són els , els que ... i ara una , una de les coses que també estem treballant però nosaltres treballem des de l'altre banda és el tema de , tot el tema... de malalties de transmissió sexual, a nosaltres ens arriben els casos i a partir d'aquí hem de fer el retorn a la inversa , però hem d'aconseguir que no arribem a tenir malalties de transmissió sexual, i s'estan disparant moltíssim i això és perquè s'estan relaxant molt els hàbits, fins i tot com que , en el, en el col·lectiu homosexual s'havia arribat a contenir molt bé la sida i ara s'està tornant a veure que hi ha un petit rebrot en gent jove perquè tenen la percepció que com que ja no hi ha problema ja no cal prendre precaucions, doncs és una altra àrea en el que la promoció és que hi té un joc...és que estàs parlant que prenent unes precaucions mínimes, senzilles, evites sida, sífilis, glucocies, clamídies, ... quantitat de malalties, no?” (F2/EO/V/NR/M Pág. 5)<sup>ccclxiii</sup>*

La constante referencia que las y los profesionales de Salud Pública realizan sobre la prevención de la enfermedad y la incipiente emergencia del discurso de la promoción del bienestar más allá de la enfermedad, hacen que ambos discursos deban convivir. Esta convivencia, al producirse en una situación de equilibrio desigual, hace que se mantenga una relación de tensión constante entre ambos discursos para dotar de

200Enfocada a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

201 Asociadas con la prevención de accidentes de tráfico.

sentido a la Promoción de la Salud. Es en este sentido que las y los entrevistadas/os argumentan a favor de la Prevención de la Enfermedad, por su relevancia para evitar que la población pierda la salud, mientras justifican en la búsqueda del bienestar, la diferencia y el valor añadido de la Promoción de la salud.

### **c) Categoría 3: La definición de los problemas de Salud Pública como atribución poblacional**

Esta categoría reúne los discursos relativos a la construcción de los sujetos a quienes van dirigidas las intervenciones en Salud Pública. El foco principal de esta construcción se caracteriza por estar organizado, especialmente, en base a la categorización que las y los profesionales de Salud Pública establecen a partir de las cualidades etarias de los individuos. De este modo, a través de la agrupación por edades crean sujetos más o menos susceptibles, más o menos rentables y/o más o menos accesibles a la intervención en Salud Pública. También trato, los mecanismos de influencia intergeneracional (centrados en el núcleo familiar) y el rol en la intervención que las y los profesionales de salud pública atribuyen a las personas a las cuales se dirige la acción.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 5 segmentos de sentido:

- c.1) Los fundamentos de la categorización etaria como objeto de intervención en Salud Pública.
- c.2) La definición de la población joven en función de su conciencia de riesgo.
- c.3) La población adulta como categoría etaria de referencia y como estrato vulnerable.
- c.4) Los efectos recíprocos de las intervenciones con poblaciones etarias diferentes.
- c.5) La preponderancia de la personificación carencial de la población de personas mayores.

### **c.1) Los fundamentos de la categorización etaria como objeto de intervención en Salud Pública.**

Las y los profesionales de Salud Pública afirman que las intervenciones de Promoción de la Salud dirigidas a la población general deben abarcar todas las etapas evolutivas de las personas, justificando así las intervenciones a lo largo de toda la vida. En relación con el abordaje de las estrategias de intervención, categorizan a la población general según 3 grandes bloques de edad: la población infante y joven, la población adulta y las personas mayores.

*T: Vale, però tu creus, que és important el tema de promocionar la salut dels joves, no?*

*E: Sí. Si si, importantíssim, vaja, començar des de 0 anys*

*I: I de la gent gran?*

*E: Sí. Si, perquè es pot anar retardant algun problema que tard o d'hora els hi pot sortir doncs es pot anar retardant, i millorar el seu nivell de vida. (...) Doncs... doncs sí vull dir a qualsevol edat, per poc que es faci tindrà una repercussió, en la salut de la persona”  
(F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)<sup>ecclxiv</sup>*

Para cada una de estas grandes categorías evolutivas, las y los profesionales de Salud Pública van configurando en sus discursos diferentes sujetos de intervención, en base a las atribuciones que formulan para cada grupo de edad y a las problemáticas que les asocian. En el análisis de las entrevistas destacan 3 elementos a partir de cuáles justifican las intervenciones en Salud sobre ciertos colectivos: la rentabilidad de la inversión, la accesibilidad a los grupos poblacionales y la perspectiva evolutiva.

Las y los profesionales de Salud Pública, apoyándose en la idea de rendimiento de las intervenciones y/o obtención de beneficios, construyen a la juventud como un foco de interés en Promoción de la Salud<sup>202</sup>. Sostienen que la inversión realizada en promocionar la salud de la población más joven supone lograr un mayor rendimiento que cuando la inversión se dirige a la población adulta. En este sentido, expresan que el cambio producido gracias a esta intervención es más duradero porque la esperanza de vida de la población joven es, obviamente, mayor que la de la población adulta y de la

---

<sup>202</sup>Las y los profesionales de Salud Pública conceptualizan la promoción de la salud como una inversión a mediano-largo plazo, puesto que las intervenciones se orientan a cambiar prácticas sociales (lo que implica una identificación y, obviamente, selección de los grupos foco de intervención) vinculadas a la salud con miras de crear una sociedad más saludable (véase la categoría 2 “*La inapelable apreciación de lo concreto y la complementariedad de los procesos de evidencia y evaluación en Salud Pública*” del Eje III). En congruencia con ello, argumentan que las inversiones en salud que generan cambios en las prácticas cotidianas derivarían en sociedades futuras más saludables, con implicaciones en la calidad de vida, el sistema productivo y la reducción de gastos sociales y de asistencia.



vejez. Bajo esta lógica, las y los profesionales van construyendo un gradiente donde sitúan a cada uno de los grupos de edad, y donde se deja constancia que, mientras más joven se es, más rendimiento supone el cambio.

En las entrevistas argumentan que la población joven tiene más tiempo para, por una parte, traducir los discursos en cambios de sus prácticas de salud (es decir, que las políticas de Promoción de la Salud se materialicen en hábitos) y, además, que estos cambios en las prácticas se hagan visibles como resultados en la salud y tengan repercusiones sociales, facilitando también la evaluación del alcance de las políticas de salud. Por otra parte, expresan que una vez realizado el cambio, habrá más tiempo para aprovecharlo, puesto que tienen más tiempo potencial de vida.

En contraste, afirman que la población adulta tiene unos hábitos arraigados muy difíciles de modificar y, en algunos casos, el problema de salud ya está presente por lo que habrá un menor tiempo de amortización de la inversión en salud. Planteado de otra manera, sugieren que si se logra que las políticas de salud pública deriven en cambios de hábitos, la persona tendrá menos años de vida y, por lo tanto, las repercusiones poblacionales de ese cambio serán reducidas.

*“Perquè tens els vicis agafats i no els pots canviar... (riuen) No ho sé. això ho ha de... ho va triar el grup de treball aquest... jo no ho sé això. O potser la gent gran quan els hi ha canviat els vicis ja s’han mort, jo que sé, en canvi amb els joves tens molt més recorregut, i si vols fer una avaluació, d’aquí deu anys: Ha millorat algo? He aconseguit algo? Pots mirar-ho, en canvi amb els altres ja no pots mirar-ho, ja no tens temps de mirar res”.*(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 9)<sup>ccclxv</sup>

Asimismo, las y los profesionales de Salud Pública hacen mención en las entrevistas de la importancia que en las últimas décadas, tiene la prolongación del tiempo potencial de vida de la población de la tercera edad y los eventuales efectos-sobre la utilización de los recursos del sistema sanitario y de los servicios sociales. Entienden que el aumento del número de personas longevas les lleva a focalizar actuaciones específicas sobre *envejecimiento activo* orientadas a la mejora de la calidad de vida y al retraso en la aparición de problemas de salud, lo que debería traducirse en la prolongación del tiempo de productividad de la población y en una reducción del gasto público (en especial, del sanitario y de los recursos sociales).

*“Si, no, també. També no. Per exemple l’Ajuntament de Girona té una línia molt potent de treball amb gent gran no? Jo penso que també és important perquè cada vegada la gent viu més anys no?”*  
(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 17)<sup>ccclxvi</sup>

*“I: Vale, i amb la gent gran, s’ha de fer alguna cosa?”*

*E: Sí, amb tothom. T'ho recomento? (riu) No, aviam, mai és tard, no? Per incidir, vull dir amb qualsevol cosa que tingui relació amb la salut. Aviam, com més aviat aconseguïeu agafar una persona i li puguis fer canviar els hàbits doncs millor, guanyarà en qualitat de vida i... i en el sistema sanitari no tindrà tanta repercussió” (F1/O/Pt/NR/F Pág.11)<sup>ccclxvii</sup>*

En cuanto a la accesibilidad a los grupos poblacionales, la facilidad en el acercamiento y el conocimiento de las dinámicas del entorno, son elementos que las y los profesionales de Salud Pública manifiestan en sus discursos al referirse a los aspectos que tienen en cuenta para diseñar actuaciones de Promoción de la Salud. Consideran que la escuela es un espacio privilegiado de intervención puesto que, argumentan, al ser obligatoria, permite acceder prácticamente a la totalidad de las y los jóvenes según grupos de edad. Asimismo, la valoran como un lugar conocido, un entorno que cuenta con experiencia en el desarrollo de actividades de Promoción de la Salud, al tiempo que dispone de un mayor control de la situación por su finalidad educativa y por la organización institucional.

En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública constituyen a la escuela como un ámbito accesible, tanto para concentrar a las personas como para manejar discursos conocidos y coherentes con el modelo de *formación de hábitos* a los que la Salud Pública se orienta. La accesibilidad a la población y la accesibilidad de discursos son elementos relevantes que influyen, sobre quienes actúan en Salud Pública, en la focalización hacia la juventud como colectivo privilegiado en la implementación de estrategias de Promoción de la Salud.

*“Evidentment que és una parcel·leta no és un assaig global no és una parcel·leta i que no és petita...aviem i no en un sector en el qual pues com a mínim sabíem la població que trobàvem, sabíem les ubicacions, sabíem que hi està tothom tens uns punts que coneixes molt bé o que pots conèixer molt bé de l'escola” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.12)<sup>ccclxviii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública aluden a la ayuda que supone disponer de instituciones que concentran un gran porcentaje de personas de un colectivo específico. Entienden que poder acceder a ellas simplifica la selección de grupos y garantiza una mayor cobertura, facilitando la intervención. En las entrevistas, además de identificar el grupo de jóvenes como fácilmente accesible, también identifican como grupo accesible, al menos en parte, al de las personas mayores a partir de residencias u hogares de ancianos (*casals d'avis*, como se les conoce en Cataluña).

*“No, no veig tant que sigui... diana no, poder, els tens com més captius no? vull dir la gent jove la tens més en un grup, saps on anar-se'l a buscar, la gent gran també els pots tenir més junts no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)<sup>ccclxix</sup>*

En las entrevistas manifiestan que la escuela constituye un entorno privilegiado en el que controlar ciertos elementos que afectan a la interiorización de discurso sobre la Salud y donde pueden confluír diferentes estrategias de promoción en un lugar determinado y con una población concreta. En este sentido, aseguran que la escuela puede servir para experimentar modelos de relación e intervención que, a la postre, pueden extenderse a toda la población. Es decir, sería como un *laboratorio de Salud Pública* que funciona como el punto inicial del proceso de elaboración de un discurso común de Promoción de la Salud extrapolable a otros espacios.

*“Bueno, jo penso que si ho fem a l’escola o si som capaços d’introduir això a l’escola com una cosa rutinària, no rutinària en el sentit de rutina sinó com una cosa normalitzada a dintre de l’escola avançarem, podem avançar d’una manera molt més efectiva, quan em deies perquè a l’escola i no dintre de la societat per això perquè l’escola és un laboratori en salut” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.23)<sup>ccclxx</sup>*

Este conjunto de apreciaciones sobre la la escuela (como institución facilitadora de la interiorización de discursos y contexto posibilitador de la convergencia de diferentes ámbitos y cuestiones de promoción de la salud de forma integral hacia un discurso común en un mismo espacio de actuación) hace que sea concebida como un ámbito predilecto para generar intervenciones extensibles a la población en general, para establecer alianzas y para reajustar la intervención y dirigirla hacia la creación de una sociedad *hegemonicamente* más saludable.

*“Sí, perquè en principi l’acció del tema va venir condicionada, va venir potser amb la idea de què van creure que l’escola podia ser un bon punt de trobada i que tot no es pot assajar tot sobretot i ens vam centrar en aquesta parcel·la, que no és pas petita, i que després intentaríem, ara estem a l’escola després intentaríem sortir , sortir de l’escola a partir de l’escola intentaríem anar arribant a altre llocs progressivament escoltant als pares, la família tal i tal i tal , tot això però vull dir” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.12)<sup>ccclxxi</sup>*

En cuanto a la perspectiva evolutiva, se refiere a los argumentos que las y los entrevistadas/os utilizan para construir en sus discursos a las personas susceptibles de ser objeto de intervención. Este discurso se caracteriza por estar construido en base a la atribución de rasgos relativos al proceso de adquisición/pérdida de conocimientos y habilidades en el trascurso del desarrollo vital de la persona.

Dicho con otras palabras, mediante el discurso de desarrollo evolutivo de la persona, las y los profesionales de Salud Pública van definiendo unas características de la población según su potencial de aprendizaje, de conocimientos y de valores vinculados con la salud. En congruencia con ello, caracterizan a las población más joven como aquella con la capacidad para interiorizar nuevos conocimientos y adoptarlos como

base de sus comportamientos. En este sentido, afirman que la influencia en edades tempranas es más efectiva que la que podría usar con personas adultas, quienes tendrían unos hábitos más arraigados y de más difícil modificación mediante estrategias de promoción de la salud y también de prevención de la enfermedad.

Caracterizan a la población adulta como un conjunto de personas con una trayectoria vital, con aprendizajes y con hábitos adquiridos que las hacen menos influenciables a través de las acciones de Salud Pública. Asumen que, a medida que la población adquiere mayor edad, los cambios en las prácticas son más difíciles. Asimismo, sugieren que las experiencias de vida, los discursos y la tradición en las formas de ser y hacer de las personas son factores que dificultan la interiorización de nuevos conocimientos y valores y de que se produzca un cambio de prácticas.

*“E: Que aprenen, quan som grans ja no aprenem, quan som grans ja som com som i és així*

*I:Vale*

*E: Els joves a més, clar aprenen i aprenen”. (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 23)<sup>ccclxxii</sup>*

La convicción sobre la capacidad de aprendizaje de la población joven aparece en las entrevistas realizadas vinculada con el discurso del *joven como persona adulta aun no definida*. Es decir, como un sujeto parcialmente vacío de conocimientos que permanece a la espera de poder incorporar toda clase de discursos circulantes por el entorno. Es a partir de la aceptación de la capacidad de influencia de los factores externos en la formación de personas de edades tempranas, que las y los profesionales de Salud definen, por un lado, una cara positiva para orientar las prácticas en salud, consistente en asumir que los discursos de Salud Pública calan más fácilmente en la visión del mundo y en las prácticas cotidianas de las y los jóvenes. Y, por otro lado, una cara negativa que constituye una contrapartida de la primera y que no es más que la aceptación de las y los profesionales de Salud de que la ausencia de conocimientos hace que, otros elementos eventualmente contradictorios con los discursos oficiales sobre la salud puedan ser interiorizados por los y las jóvenes y, por tanto, entrar a jugar como una fuerza antagónica que puede restar o anular la influencia de las actuaciones en Salud.

En esta línea, las y los profesionales de Salud Pública plantean que los efectos negativos de los discursos contradictorios en Salud y las posibles discrepancias en la forma de abordar un tema de Salud, hacen necesario fomentar un discurso común, llegando a acuerdos para mantener el mismo lenguaje sobre *qué es ser saludable* y cuáles deberían ser las estrategias de tratamiento de los temas de salud.

*“Sí, no, és clar, que... Ja, amb el jovent el problema que tens és que a vegades no saps com enfocar-ho, val? Depèn de l'enfocament que hi facis doncs s'ho agafaran de la manera que no vols que s'ho agafin. Per exemple no sé, en qualsevol campanya has de... Per exemple, has d'estar portant campanyes que en comptes de criticar ah..no sé... un...una actuació doncs s'ha de veure lo bo d'aquella actuació, per exemple no sé... Vull dir, missatges negatius o positius, per exemple, una cosa és dir drogues no, i l'altra dir mira, si... és que si prens drogues no podràs fer això, no podràs fer lo altre o... et costarà més això, et costarà més aprendre coneixements, o... No sé, és una cosa que se m'ha ocorregut ara. Depenent del missatge doncs pot tenir l'efecte que busques o pot tenir completament el contrari” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)<sup>ccclxxiii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que es, desde esta óptica, que dirigen las actuaciones de Promoción de la Salud a la población joven en 2 sentidos: suministrar conocimientos en temas de salud y posponer el inicio de prácticas de riesgo.

Mediante la primera actuación, tal y como manifiestan en las entrevistas, pretenden llenar el vacío de conocimiento en temas de salud a partir de la formación en hábitos saludables. Además, tratan de proporcionar a las y los jóvenes criterios que orienten su visión del mundo hacia la norma de salud, creando personas capaces de elegir las opciones consideradas saludables y rechazar las no saludables.

*“E: Home, jo trobo que a les escoles s'hauria de fer molta educació que trobo que és una de les coses que, que fa falta, per exemple l'altre dia no sé on era que... que vaig sentir que no sé.. és un exemple que et poso però no...no sé. Per exemple un 10% de les noies entre 14 i 18 anys doncs tenien una creença que en la primera relació sexual que tenien doncs no... no quedaven embarassades*

*I: Sí, això ho he escoltat*

*E: Sí això no sé on ho van dir. Però és clar a vegades tenen creences és perquè no se'ls ha educat ni se'ls hi ha explicat”. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)<sup>ccclxxiv</sup>*

A través de la segunda actuación persiguen retrasar el inicio de prácticas de riesgo hasta que la persona joven se desarrolle y adquiera una personalidad más madura. Es decir, expresan como objetivo complementario a la formación en hábitos y criterios de salud, el aplazar la exposición a hábitos no saludables, a la espera que las y los jóvenes alcancen un grado de formación adulta con un bagaje de criterios vinculados a la salud<sup>203</sup>.

203Un ejemplo, vinculado a una acción como la que estoy comentando es “*Classe sense fum*”, un programa realizado en el ámbito escolar que tiene como objetivo informar sobre los efectos nocivos del consumo del tabaco para la salud y, en especial, conseguir retrasar la edad en la que se prueban los cigarrillos. Para conocer en mayor detalle el programa véase: Agència de Salut Pública de Catalunya

*Per exemple... Jo vaig posant exemples. Classe sense fum, quina és la finalitat de classe sense fum? És retardar un parell d'anys, diguéssim, l'inici de fumar de la mainada. No sé per exemple, es fa a la mainada de 12 a 14, o de 14 a 16. Posa-li de 12 a 14, doncs que s'ha vist que... bueno, de 14 a 16, que s'ha vist que la mainada comença a fumar als 14. El que es preten és que en aquestes franges doncs no es fumi i tard o d'hora provaran el primer cigarro, que sigui a partir dels 16, no als 14, es retardarà una mica. Per exemple aquest programa en concret ((F1/O/Pt/NR/F Pág.11)<sup>ccclxxv</sup>*

### **c.2) La definición de la población joven en función de su conciencia de riesgo.**

Las y los profesionales de Salud Pública, identifican elementos comunes de los que se sirven para construir a las personas jóvenes como objetos de intervención y para desarrollar políticas de Salud Pública dirigidas a este grupo poblacional, aunque también distinguen otros elementos que les permite construirlos en base a algunas diferencias. Mediante estos últimos construyen dos categorías diferenciadas, principalmente, en base a la edad: la infancia y la preadolescencia, adolescencia y juventud

En la categoría infancia incluyen a las personas menores de 12 años, a las que consideran despojadas de cualquier criterio de salud. Las y los profesionales interpretan que se trata de una etapa inocente, sin tentaciones hacia las conductas de riesgo. Es decir, un papel en blanco donde empezar a escribir criterios de Salud. Por lo que se refiere a la categoría preadolescencia, adolescencia y juventud, incluyen en ella a personas a partir de los 12 años. La consideran un conglomerado poblacional susceptible de ceder ante presiones de la moda y también del grupo. Se trata, a juicio de los y las profesionales, de una edad con una enorme curiosidad hacia las novedades en el acceso a conductas de riesgo que se suma a la falta de criterios, propios de una persona adulta, y a una percepción de inmortalidad.

A partir de estas consideraciones, las y los profesionales de Salud Pública proponen abordar temas generales de Salud en la población menor de 12 años, sin hacer especial mención a problemas que preocupan en su desarrollo adolescente. Plantean, pues, abordar temas generales como son la autoestima, el autoconocimiento y la relación con los demás.

En las entrevistas, las y los profesionales de Salud Pública aseguran que trabajan competencias y habilidades para la vida en general (no para problemas específicos), con

la finalidad fomentar aspectos personales y relacionales que les dirijan hacia opciones de vida saludables, para afrontar futuras presiones del entorno y para rechazar opciones conceptualizadas como insanas.

*“Si tu de zero a deu que és més o menys el que es deia però bueno con que tenim la ratlla a dotze tirem de zero a dotze, tu lo que has de fer és treballar el posicionament respecte a les dependències no diguem drogues sinó a les dependències, en quin sentit ?, en el sentit que tu tens la llibertat, tu has de poder triar, tu has de ser autònom has de ser responsable has d'assumir els teus això, vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>ccclxxvi</sup>*

La idea subyacente que las y los profesionales de Salud Pública manejan para establecer esta diferenciación, es que las personas menores de 12 años aun no han entrado en contacto con las prácticas *no saludables*. Suelen achacar el trato con estas prácticas a dificultades en la toma de decisiones, a la presión grupal y/o a los conflictos personales.

Asumen que fortalecer las bases personales y relacionales de las poblaciones más jóvenes para evitar la toma de decisiones en situación de debilidad personal y relacional, es el principal objetivo de las intervenciones de Promoción de la Salud en la infancia.

*“[sobre sexualidad y drogodependencia] Aquests no tenen competències en les que assolir en les primeres fases perquè estan dintre de l'autoestima i l'aprenentatge del jo i de les relacions amb els altres” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>ccclxxvii</sup>*

En cuanto a tratar temas generales para colocar a la población de infantes en una posición que les predisponga a la toma de decisiones saludables, las y los profesionales de Salud Pública defienden la idea de no visibilizar prácticas riesgosas, con el objetivo de no introducir en un colectivo inocente la curiosidad por unas conductas que, hasta el momento, les son desconocidas. Plantean, pues, no *tentar* hacia la novedad de las conductas conflictivas para la Salud Pública.

*“Després hi ha altres que ens creaven tensió per exemple la drogodependència o la sexualitat ens creaven tensió perquè en les primeres fases de zero a sis i de sis a dotze menos però també, al menys fins de sis a deu ni drogodependència, ni sexualitat es poden expressar com a tal, val? O un és més autoestima i auto aprenentatge i això del 'jo i els altres' i no sé que en aquesta primera fase i en canvi en la segona fase de dotze a setze és quan agafa tota la seva rellevància tan una com l'altra, no?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)<sup>ccclxxviii</sup>*

En relación con la preadolescencia y la adolescencia, las y los profesionales de Salud Pública añaden a la necesidad de proporcionar criterios de salud y a la capacidad de aprendizaje atribuida a la población joven, la idea de que la juventud carece de la

conciencia de riesgo en Salud. Esta ausencia de conciencia del riesgo en salud es explicada por las y los profesionales de Salud Pública como una característica propia de este grupo poblacional debida a su creencia en la inmortalidad. Es decir, entienden que en las edades tempranas, la vida se vuelve una cuestión dada e inmutable y, por tanto, se carece de preocupación respecto a ella, aspecto que lleva a concluir a las y los profesionales que la juventud no sabe ni le interesan sus propios problemas de salud.

*“E:(...) la joventut perquè la joventut esta molt sana,*

*I: si?*

*E: ells creuen que està molt sana, i que no és una preocupació, pels joves la salut no és una preocupació, pels joves no és la principal preocupació si que algunes branques pues la prevenció del consum de drogues tal i tal... però d'ells no, si a cas serà dels seus responsables dels seus tal i del quals però saps que la joventut té una percepció de la salut idònia, no? són invencibles, no es moren” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)<sup>ecclxxxix</sup>*

La creencia en la inmortalidad que se les atribuye como la percepción de su ausencia de conocimiento en Salud, son factores que ponen en cuestión el papel activo de quienes serán objeto de una intervención. Mediante ambas presunciones, las y los profesionales de Salud Pública justifican que los problemas de salud juvenil sean definidos por terceros (expertas/os e interventores/as) que sí los conocen y saben en qué medida pueden afectarles. Es apoyándose en esta justificación como transfieren un sentido paternalista a la toma de decisiones de cuidado en Salud de la población joven.

*“A veure per exemple, els joves, el problema que tenen amb drogues amb alcohol amb... clar és el que té que té tothom que quan tu ets jove sempre penses que a tu no t'ha de passar perquè a tu... allò que diuen que els joves són immortals... clar ells tenen aquesta percepció”.* (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16)<sup>ecclxxx</sup>

Defienden que son los y las expertos/as en salud quienes, mediante estudios científicos, búsqueda de referencias y monitorización epidemiológico, generan los criterios que permiten determinar qué cosas y qué prácticas son saludables y cuáles no lo son. Simultáneamente, las y los interventores se atribuyen la función de actuar sobre ellas, sin que consideren necesario que medie una demanda del colectivo a quien dirigen la acción.

*“Això si que no ho sé. Home, demanar l'opinió de la mainada, està bé, però... demanar la opinió de la mainada, si volen ser formats amb... amb... amb temes de salut, com a altres coses eh? Li dius tu! Vols aprendre matemàtiques? Jo crec que... poca gent trobaràs que digui escolta, jo vull participar a mi m'agrada molt. I dius vols aprendre, aprendre hàbits saludables? No sé si saben ni què són hàbits*



*saludables, ni si tenen gaire ganes de participar-hi no?”  
(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 10)<sup>ccclxxxii</sup>*

Es por ello que, en el caso donde se desarrolla el Proyecto Demostrativo<sup>204</sup>, las y los profesionales de Salud Pública conciben a las y los jóvenes como meros receptores de información en salud. Es decir, el sentido unidireccional (de interventoras/es hacia beneficiarias/os) con que se maneja el conocimiento en Salud excluye a las y los jóvenes rotundamente del diseño de contenidos y formas de abordar los problemas de Salud<sup>205</sup>.

*“I: Hm, vale. I els joves en aquest cas com... com...com s'hi han pensat. Eh... és a dir, són diguem-ne l'objecte diana per treballar, s'ha pensat que en algun moment podrien participar en la dinàmica o rebre la informació, és a dir, bueno...”*

*E: Sí, sí. Sí. La de sectors passius. Jo crec que és aquesta. La visió que havíem tingut fins ara era aquesta, en cap moment vam plantejar de que hi hagués una participació activa, sinó que fossin els receptors del... del treball que es fes en el... en l'assaig aquell que... En cap moment es va plantejar la seva participació en el... en el disseny, vull dir..” (F3/EO/E/NT/D Pág.4)<sup>ccclxxxiii</sup>*

Las interventoras y los interventores se posicionan, pues, en un nivel de autoridad y de saber superior para determinar la formación de la población joven y decidir el establecimiento de los contenidos que deberían ser incorporados en el ámbito académico y en la sociedad.

*“Bé, tal com es va plantejar el fet de que fossin receptors tampoc haurien d'implicar que... que no ho rebessin d'una manera correcta... No sé, de fet els joves se'ls hi havia d'enfocar això com una part més de la seva formació... acadèmica general, no?” (F3/EO/E/NT/D Pág.4)<sup>ccclxxxiii</sup>*

Plantean que la participación de la juventud en la fase de detección de necesidades o diseño de intervenciones podría ser una fuente potencial de enriquecimiento para la intervención en general, en el sentido de hacer más accesibles e inteligibles los detalles sobre sus particularidades, lo que permitiría la adaptación de las estrategias de intervención para hacerlas más efectivas. Bajo este discurso, en las entrevistas se manifiesta que la participación de los/as jóvenes en el Proyecto Demostrativo sería una posible forma de enriquecer la intervención, más en su forma (como hacer más efectiva

---

<sup>204</sup> Considero importante recordar que la tesis presentada se inscribe en el Proyecto Demostrativo de la ASPCAT en La Garrotxa, que tenía una doble finalidad: Servir de prueba piloto para el despliegue de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) y, a su vez, se concretaba en el desarrollo de un proyecto de educación y de promoción de la Salud en jóvenes e infantiles

<sup>205</sup> Si bien, en teoría, se contempla la participación de la juventud en el diseño de la forma (no del contenido) de las intervenciones, en la práctica, no se refleja en el Proyecto de Demostrativo, sino que las intervenciones fueron diseñadas por planificadoras/es e interventoras/es.

una intervención) que en su contenido (sobre qué problemáticas intervenir) sobre los temas de salud.

*I: I tu creus que això pot tenir alguna repercussió en... en la forma de... diguem de... de de que la persona interioritzi aquest... aquesta forma de veure la salut?*

*E: Mmm... Home, a veure, suposo que podria tenir un cert interès, ¿no?, que hi participessin també (...) No hi veig en principi un inconvenient en la manera de rebre-ho però sí que segurament hagués enriquit el... el projecte el fet de que en algun moment hi haguessin pogut participar". (F3/EO/E/NT/D Pág. 4)<sup>ccclxxxiv</sup>*

Ahora bien, no contemplan indispensable esta participación de la población joven para desarrollar e implementar intervenciones sobre ella. Y, en el caso de considerar las inquietudes, creencias y prácticas de la población joven, proponen el acceso a ella bajo el filtro de una mirada experta que analice lo qué las y los jóvenes expresen.

*I: Clar. No... no en el tema, si d'oferir si, però per exemple de les preocupacions. Per exemple en salut sexual i reproductiva, han hagut estudis que deien que els joves tenien unes creences sobre... i quedaven embarassada i aquestes coses... que clar, si no es pregunta les preocupacions i així és una mica complicat potser... No?*

*E: Si. (riuen) És... tens raó amb això. Però jo crec que les preocupacions i això, aquests estudis jo crec que els tenim en compte per això". (F2/CD/CS/NR/M(a) Pág. 10)<sup>ccclxxxv</sup>*

La novedad de las *prácticas adultas*, la creencia de *inmortalidad* y la *presión grupal* son elementos que hacen de la juventud un objetivo preferente de la Promoción de la Salud para evitar la vulnerabilidad al riesgo que define su propia edad.

En esta línea, las y los profesionales de Salud Pública, para la categoría de preadolescencia, adolescencia y juventud (a partir de los 12 años), diseñan estrategias de intervención orientadas a trabajar temas de Promoción de la Salud generales, como pueden ser la alimentación y el ejercicio físico, a la vez que incorporan la prevención en problemas de salud considerados de especial relevancia en este grupo poblacional. Destacan también el primer contacto con prácticas y con sustancias de riesgo, en especial la sexualidad, las drogas ilegales, el tabaco y el alcohol.

*[sobre sexualidad y drogodependencia] "en canvi en les últimes fases és on estan absolutament enfocats" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>ccclxxxvi</sup>*

En referencia a las prácticas de riesgo, estiman que pueden prolongarse hasta la vida adulta, pero insisten en el trabajo con la población joven que, como he mostrado en el análisis, la consideran la más expuesta.

Las y los profesionales de Salud Pública aceptan como inevitable que la población joven mantenga prácticas de riesgo. Por este motivo, en contraposición al ideal de Salud Pública de evitar que la población realice prácticas inadecuadas, proponen intervenciones que retrasen el momento de inicio de prácticas no saludables.

*“E: (...) que també m’ha sorprès a mi perquè compares amb els especialistes de drogodependència és clar quan jo els hi deia quin és l’objectiu que vosaltres perseguim al final dels setze anys jo els hi deia deu ser la no addicció i em deien ,no nosaltres el que perseguim és el retard en la prova de drogues i el primer dia que ho vaig sentir em va com sorprendre perquè clar jo vinguent de ciències penses, hòstia! Que persegueixo jo pues que no hi hagi drogues,vull dir que la gent no s’habitü a les drogues*

*I: Si*

*E: Que en canvi els experts els que estan dintre del cau deien “no, bueno no sí seria lo ideal però sabem que això és una utopia absoluta i per lo tant el que pretenem nosaltres és que es retardi en lloc d’accelerar-se com està passant ara, sinó que aconseguim retardar l’entrada en la prova de les drogues” i dius, bueno si ja és això” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>ccclxxxvii</sup>*

Tal y como aparece reflejado en las entrevistas, tratan de evitar posturas que promuevan la tolerancia cero a las prácticas no saludables, puesto que la consideran una meta imposible de conseguir. Por el contrario, bajo un discurso liberal-flexible, las y los profesionales de Salud Pública tienen como finalidad retrasar el tiempo de inicio en esas prácticas para, así, lograr que las y los jóvenes ganen en criterio y conocimiento que les permita el discernimiento de las acciones y sus consecuencias. Es decir, desde su punto de vista, retrasar el tiempo de acceso a la realización de prácticas y al consumo de sustancias riesgosas para la salud, permitiría una cierta ventaja para introducir valores y criterios sobre la salud que contrarresten las presiones externas hacia las prácticas no saludables.

*“Provar-ho ho provaran perquè estan en fase d’ adolescència d’ebullició, per lo tant ho provaran, la idea és que ho proven més tard perquè tinguin més criteri i vegin que no compensa el risc amb el plaer amb el...,o amb la..., no et soluciona la història vull dir bàsicament és això. Clar si tu ho fas més petit menys criteri i con que tens menys criteri pots anar seguir bueno és això entres i un cop estàs a dintre no ets capaç d’enraonar de cap altra manera, no? una mica és aquesta la història però bueno tampoc en sé més, eh? jo en sé el que vaig aprendre i poca cosa més, vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>ccclxxxviii</sup>*

En este sentido, las y los profesionales destacan la importancia de conseguir que las personas ganen en madurez para ser menos susceptibles a influencias y presiones negativas y, al mismo tiempo, crear recursos y criterios que estimulen a ser saludables.

Es decir, siguen la idea de las fuerzas colineales (aquellas que van en diferentes sentidos, contrarrestándose las unas a las otras), según la cual el resultado de la elección de una persona estaría condicionado por la resultante de la contraposición entre la fuerza positiva de los discursos de Promoción de la Salud, las relaciones interpersonales y el bagaje personal, y la negativa de los discursos de prácticas insanas, los conflictos personales o la inmadurez y la presión grupal.

*“Clar si tu treballes això molt bé i després aconseguixes que per altre banda en vez de ser els treze siguin als quinze o en vez de ser tretze siguin els catorze el que tens és persones molt més madures que arriben en aquesta situació amb un coneixement molt més formal, bueno molt més segur i per lo tant de que un cop provat el porro caigui en una addicció és molt més menor ...” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>ccclxxxix</sup>*

### **c.3) La población adulta como categoría etaria de referencia y como estrato vulnerable.**

La Salud Pública como ámbito orientado a la Salud poblacional se extiende, para las y los profesionales de Salud Pública entrevistadas/os, a las actuaciones que se producen a lo largo de toda la vida de las personas por lo que, la etapa de la edad adulta no es una excepción. Con todo, las actividades focalizadas sobre este grupo poblacional<sup>206</sup> son escasas, aunque sugieran todo lo contrario al aparecer dispersas en el todo homogéneo de la población general y/o en intervenciones con grupos vulnerables (en especial, en situación de desigualdad social o por haber contraído una enfermedad).

*“I: Però es treballa bastant amb... Perquè clar, es veu molta cosa pels joves, i gent gran s'està començant a veure. Però la franja productiva...”*

*E: No en aquesta franja... poca. (...), no sé, no sé què... però no no... poder tampoc no és maco... però bueno, home si que es treballa per exemple programes com el PAFES, Que és... això ja és programa, de gent, que ha tingut una malaltia no? Llavors és una activitat física adequada a la malaltia que has tingut. Això segurament ho faria una mica més també aquesta franja no? Però bueno, amb aquesta franja penso que tots els programes de promoció són aplicables...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)<sup>cccxix</sup>*

Entre las intervenciones dirigidas a la población adulta, las los profesionales de Salud Pública mencionan dos frentes de actuación: uno enfocado hacia aspectos generales de Salud Pública y otro volcado hacia cuestiones específicas de la edad adulta.

---

206 La Salud Laboral no fue explicitada en el momento de definir problemas de salud ni en las preguntas realizadas en relación con la población adulta.

En cuanto al primer frente, enmarcan las actuaciones dirigidas a la población adulta en el escenario de las actividades generales de Salud Pública<sup>207</sup>. Este tratamiento tan genérico provoca que se desdibuje la categoría de población adulta, que deja de ser un punto de referencia para definir a las personas y su relación con la Salud para diluirse en la categoría de población general y adquirir significación en actuaciones universales dirigidas a todas las edades. Un ejemplo de ello, es el PAAS<sup>208</sup>, un programa de promoción en el que la población adulta aparece difuminada como un participante más.

*E: És clar, l'altre gent, bueno eeh... penso que s'està fent molta promoció de temes de la salut en els llocs de treball. Promoció de salut a laboral per exemple el tema AMED en els menjadors laborals també és una bona manera no de... d'arribar....*

*I: Que és això?*

*E: La AMED és un programa... O sigui hi ha un prog... el programa marc d'alimentació i activitat física és un programa que es diu PAAS, el coneixes no el PAAS?*

*I: Sí*

*E: Pos el PAAS té diferents elements no? un element que te és l'AMED, l'AMED és... alimentació mediterrània vol dir no? llavors és potenciar que, eeh... la gent, que menja fora de casa, i que menja menús. Se li doni un menú, seguint una sèrie de pautes no? Seguint l'alimentació mediterrània. Llavors això es vol instaurar a en els centres laborals no? la gent es queda a menjar... Jo vull fer-ho aquí no? a veure si ho aconseguim. Doncs bueno, doncs, això és perquè hi hagi aquesta franja de tal, no? I tu saps que tindràs una alimentació saludable. I a més l'AMED després va lligat amb que, quan surts de menjar, te trobes un... un prospecte amb un ruta saludable que pots fer, i uns consells. (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)<sup>ccccxi</sup>*

Con todo, a pesar de que las y los profesionales afirmen que las intervenciones generales se mantienen de forma continua en toda la población, la visión evolutiva de las intervenciones en Salud, hacen que las y los profesionales de Salud Pública justifiquen acciones de Promoción de la Salud centradas en *preparar para la vida*

<sup>207</sup>Destacan entre ellas, como es bien conocido, la prohibición de consumo de tabaco en espacios públicos cerrados, las campañas de tráfico, la prevención del sedentarismo, del consumo de alcohol y/o de drogas, las recomendaciones sobre alimentación saludable, etc.

<sup>208</sup>Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (PAAS) del Departament de Salut. Este programa, conectado con la iniciativa AMED de alimentación saludable, integra un conjunto de acciones dirigidas a la adopción de un estilo de vida activo y cuidadoso con la alimentación. Pone un especial relieve en las personas que comen fuera de casa cotidianamente y promueven opciones saludables de alimentación mediante la instalación (en ayuntamientos, hospitales, metro, empresas, etc.) de máquinas expendedoras de productos saludable, fomentan la práctica de ejercicio físico mediante las recomendaciones para acumular 30 min. de actividad física al día, rutas saludables, etc. [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20odactuacio/Salut i qualitat/Salut%20publica/PAAS/Documents/Arxius/Catleg.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20odactuacio/Salut%20i%20qualitat/Salut%20publica/PAAS/Documents/Arxius/Catleg.pdf) (consultado el 03.06.2014)

*adulta* a las poblaciones jóvenes, siguiendo la idea de que si la intervención de promoción de la salud se ha realizado eficazmente en edades tempranas, el grupo poblacional adulto tendrá el conocimiento y criterios suficientes para escoger opciones saludables.

*“Però jo penso que poder és la franja menys... se suposa que si s’ha fet un treball en la joventut” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.18)<sup>cccxcii</sup>*

En relación con el segundo frente, las y los profesionales de Salud Pública destacan la existencia de intervenciones específicas dirigidas a la población adulta orientadas a subgrupos, dentro de la población general, en situación de vulnerabilidad (mujeres con menopausia, personas con problemas socioeconómicos, personas con una enfermedad o factor de riesgo vinculado con la salud, etc.). En estos casos, las y los profesionales de Salud Pública no definen a los grupos por su edad sino por la situación de vulnerabilidad que hace aumentar el riesgo del grupo a tener unos problemas de salud concretos.

En este sentido, al identificar grupos poblacionales vulnerables a un problema por situaciones físicas específicas, condicionantes materiales o relaciones sociales, desplazan la definición de la persona adulta, como *población general*, para resituarla en un colectivo con necesidades concretas. Es decir, las personas entrevistadas, pasan de plantear un abordaje sobre la salud por la pertenencia a un grupo etario (edad adulta) a abordar intervenciones focalizadas a grupos específicos caracterizados por una condición o situación de vulnerabilidad<sup>209</sup>.

*“Es treballa molt en immigració, població més deprimides (...) no sé de... les dones menopàusiques, pues també podria ser un altre grup amb una característica no de... de com treballar que tinguin doncs un... un futur més saludable no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)<sup>cccxciii</sup>*

#### ***c.4) Los efectos recíprocos de las intervenciones con poblaciones etarias diferentes.***

Las y los profesionales de Salud Pública establecen una relación entre población joven y población adulta como vía de transmisión bidireccional de hábitos saludables.

Entienden que la población adulta es relevante en las intervenciones por su rol de tutores de la población joven y como eventuales difusores de los discursos originados en la política pública hacia las prácticas privadas que se dan en el entorno familiar. En 209Como es el caso de los determinantes sociales de la salud o colectivos que comparten una enfermedad específica (adicciones, cardiopatías, etc).

este sentido, las y los profesionales de Salud Pública asumen la relevancia de intervenir en la población adulta por sus efectos de influencia hacia la población joven, siendo la finalidad principal el formarlos en la reproducción de discursos de Salud coherentes con los promulgados desde las instancias públicas.

*“Aviem, de moment estem amb les necessitats dels pares vinculades amb la salut dels fills però en alguna hora, (...) la segona encara indirectament si en el tema com a punt de contacte amb els fills” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.12)<sup>cccxciv</sup>*

*“També una idea és vale si en els nens els hi fem menús saludables llavors els hi farem un taller pels avis o per les mares perquè també cuinin o... pels pares no? perquè cuinin o sigui, ja està pensat una mica totes les franges no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 19)<sup>cccxcv</sup>*

En las entrevistas, manifiestan que la familia es un elemento clave para abordar los temas de promoción de la salud en infantes y jóvenes, puesto que es el núcleo de socialización primaria. Asumen que, sin la tarea de convencimiento que ejerce la familia en relación con los discursos de Salud Pública y con las prácticas saludables en el ámbito privado, la tarea de la Salud Pública sería poco fructífera.

*“La família aquí és fonamental aquí, no? Perquè sense la família difícilment podrem treballar els temes de salut... al marge de la família, no? Ha de ser el pal de paller per poder treballar conjuntament tot això. Tant temes d'alimentació com en temes d'afectivitat. Clar, si a la família no estan bé difícilment podrem millorar l'autoestima dels nostres nois i noies si a casa no tenen el que necessiten, no?” (F3/EO/E/NT/D Pág.. 6)<sup>cccxcvi</sup>*

*“Quan tu fas accions d'alimentació saludable a les escoles, has de tenir l'habilitat de que tingui alguna connotació a casa, perquè és que si no, ja has begut oli, no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 19)<sup>cccxcvii</sup>*

Respecto al sentido inverso de la relación de influencia, las y los profesionales de Salud Pública rescatan la posible repercusión sobre la población adulta de las intervenciones realizadas con la población joven en la medida en que esta, en calidad del rol de hijos o hijas, transmiten sus aprendizajes a los miembros de la familia. Sin embargo, reducen la repercusión de las intervenciones de la población joven hacia la población adulta a un efecto secundario positivo, pero no como objeto de la intervención sobre la población joven.

*“I és un compromís dels alumnes de que no fumaran. I signen el compromís no? I si.. transgredeixen aquest compromís doncs, bueno, ho han de dir i... bueno, ho han de dir i... és tota una història tot un cerimonial de... de compromís personal no? I això està estudiat que realment fa gràcia. L'altre cosa que no fumin no? Però com a mínim aquell any... I a més els pares que fumen els hi diuen... vull dir fan com mol... una mica abanderats no d'això?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 14)<sup>cccxcviii</sup>*

### **c.5) La preponderancia de la personificación carencial de la población de personas mayores.**

Las y los profesionales de Salud Pública definen en las entrevistas realizadas la *tercera* y la *cuarta edad* a partir del señalamiento de la pérdida de autonomía física y/o mental (características muy habituales de esta etapa evolutiva de la edad adulta) y también de la pérdida de redes sociales de apoyo y cuidado. Es decir, las interventoras y los interventores de Salud construyen la vejez en base a los discursos de la carencia y la decadencia.

Las y los entrevistadas/os construyen la vejez depositando el énfasis en las pérdidas sociales (falta de relaciones con el entorno debido a que muchas personas viven solas, distancia relacional por razones generacionales, desvinculaciones o desapariciones familiares, muerte de otras personas de la misma edad, etc.), que suelen estar estrechamente ligadas con el deterioro cognitivo y físico de la personas y en las pérdidas materiales (falta de medios adaptados a las necesidades físicas de la población mayor).

*“Home la promoció de salut en gent gran jo penso que és bàsica, perquè si no arribem a un punt que... molta dependència no? molta gent amb problemes. (...) Jo tinc una teoria que, que... realment la gent que es queda sola, són els principals candidats a tenir un Alzheimer al cab de poc temps. I... això bueno, en tothom ho veus no? aquesta gent que s’ha quedat tant sola i que... Osti són gent que veus que de seguida... veus que es pengem no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.17)<sup>cccxcix</sup>*

Se hace evidente que las y los profesionales de Salud Pública construyen el envejecimiento desde una óptica negativa en la que priman las carencias relacionales y el deterioro psíquico y físico, convirtiéndolos en aspectos problemáticos para la mejora de la calidad de vida y de la salud. En definitiva, mediante este discurso, lo que se está haciendo es configurar la población mayor como un colectivo vulnerable, susceptible de ser tratado desde la perspectiva de las desigualdades en salud.

Bajo esta mirada, las y los profesionales de Salud Pública proponen trabajar sobre los elementos relacionales, materiales y estructurales para minimizar el impacto negativo asociado a la categoría *personas mayores (gent gran)*. En este sentido, destacan la soledad como problema de Salud Pública, que asocian al deterioro cognitivo, a las deficiencias alimentarias y a la falta de ejercicio físico.

*“Per exemple doncs, estan controlant que la seva gent gran que viu sola, pos no dini sola no? I que realment tinguin, un grupet per dinar no? O buscar’ls-hi punts de trobada. Bueno són ajuts que pots treballar*



*amb la gent gran. I els hi millores moltíssim la qualitat de vida. (...)En canvi tu fas doncs això doncs... I això els municipis hi tenen molt... molt a fer no? Tenir els seus espais tenir les seves activitats... no? Una passejada, doncs mira, organitzar passejades saludables, tu, cada matí a les 11 del matí, portar-se'ls a... bueno, pos això, a vegades és poc cost no? Fins i tot es pot fer amb voluntaris i... i això penso que és un benefici molt gran no?" (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 17)<sup>cd</sup>*

Asimismo, la construcción de la población mayor a partir de la pérdida de las facultades adquiridas en la etapa adulta, lleva a las y los profesionales de Salud Pública a pensar este grupo poblacional desde la dependencia. Por ello, proponen intervenciones con un enfoque marcadamente paternalista que sugiere proporcionar cuidados, no ya a una categoría, sino a un colectivo al que atribuyen incapacidad de autogestión.

*E: Home, accions potser hi ha pobles que el que es fa és que des de la cuina de l'escola doncs es porta el dinar em sembla que és només, avis o àvies que viuen sols. Per exemple, es fa aquesta acció, se'ls hi porta i... i no sé...*

*I: Clar, però això és amb envelliment actiu?*

*E: No, això és perquè no sé, que pot ser que a vegades, suposo que també s'ha detectat que sí que n'hi ha molts d'obesos però també n'hi ha molts de desnutrits, que per cuinar per ells sols, doncs no es cuinen, o empassen qualsevol cosa. (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)<sup>cdi</sup>*

#### **d) Categoría 4: La definición de los problemas de Salud Pública como discurso de y sobre el género**

Esta categoría está configurada mediante la agrupación de los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para describir y establecer la importancia del género en la definición de los problemas de salud. A través del análisis realizado se han podido identificar dos posiciones: una que construye el género en torno al discurso de las desigualdades sociales en salud y otra que lo construye mediante la diferenciación sexual de base biológica. Es de especial relevancia destacar que, a pesar de las diferencias conceptuales, ambos enfoques comparten el establecimiento de discursos de género a partir de una visión simplificada basada en el establecimiento de dicotomías entre los hombres y las mujeres, y vinculando estrechamente al sexo con el género. Asimismo, se recoge cómo las y los profesionales de Salud Pública manejan la perspectiva de género en las intervenciones de Salud, bien mediante dilución en el proceso de intervención, bien tratando temas específicos relacional-afectivos en los que adquiere una especial singularidad.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 2 segmentos de sentido:

d.1) La perspectiva de género y los discursos sobre la definición de los problemas de Salud Pública.

d.2) La intervención en Salud Pública utilizando el género como discurso o como variable.

### ***d.1) La perspectiva de género y los discursos sobre la definición de los problemas de Salud Pública***

El concepto de género, según los discursos de las personas entrevistadas, se centra en el establecimiento básico y primario de dicotomía entre hombre y mujer<sup>210</sup>. Esta dicotomía desde la visión comunitaria, se integra dentro de la conceptualización de desigualdades sociales en salud bajo la etiqueta de género, mientras que las y los profesionales de posiciones territoriales y regionales la traducen en sexo.

Las y los profesionales con de Salud Pública con una visión comunitaria de los niveles centrales del Departament de Salut afirman que el género es uno de los ejes que suscitan desigualdades en Salud. Concretamente, manifiestan que el *género es una pieza más de desigualdad* junto a la edad, el nivel socioeconómico y la etnia.

*“hi ha eixos bàsics de desigualtat com podria ser l'edat, gènere, nivell socioeconòmic, com mínim...i l'ètnia (...) Tot això condiciona molt la seva salut...Per tant, des de ese punt de vista al final si que s'arriba a uns determinats problemes de salut, però que estan condicionats per això”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 6)<sup>cdii</sup>

Adoptar el género como uno de los ejes de la desigualdad coloca, a juicio de las entrevistadas y entrevistados, a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad respecto a los hombres.

*“La lucha contra las desigualdades (...) Las mujeres son más desiguales que los hombres , los niveles culturales, los bajos son más desiguales que”.* (F2/O/SP/NA/M Pág. 12)

Por su parte, las y los profesionales de las posiciones territoriales y regionales, con escasa tradición en la perspectiva de determinantes sociales de la salud y una

---

<sup>210</sup>No se plantean otras cuestiones de género que pueda trascender la simple dicotomía entre hombres y mujeres, invisibilizando, por ejemplo, a colectivos LGTB (Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales) al movimiento Queer u otros colectivos que cuestionan el establecimiento de categorías bidimensionales hombre-mujer. Además, en el único caso que, una persona entrevistada refirió a la homosexualidad, esta fue nombrada como un colectivo que tenía mayores conductas de riesgo que la población heterosexual.

experiencia preponderante en Protección de la Salud, asocian a la noción de *género las características biológicas* que determinan el sexo de las personas. En consonancia con ello, distinguen 2 tipos de problemas en salud: los generales, que son independientes a la predisposición biológica asociada al sexo y los específicos, que vinculan una posible enfermedad con las bases genéticas del cuerpo según sexo.

*E: Bueno jo penso que hi ha temes específics que són de les dones i temes específics que són dels homes. Clar si jo intento prevenir en salut pública en les disminucions dels problemes de pròstata és obvi*

*I: Està clar, això està claríssim*

*E: o d'osteoporosi és obvi que li tocarà a qui li toqui.*

*I: Si*

*E: Els temes generals jo penso que toquen...són transversals i toquen a tothom és clar jo tampoc tinc molt al cap les estadístiques però les estadístiques sempre et diuen que.. jo que sé els càncers que són més probables en determinats tipus... bueno evidentment que el de mama i el de cèrvix en dones. (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.24)<sup>cdiii</sup>*

Los discursos que centran la atribución de las diferencias de los problemas de salud entre hombres y mujeres a las diferencias biológicas propias de un sexo, reducen la cuestión del género a una visión meramente biológica, desplazándola al terreno de lo natural y lo incuestionable. Las desigualdades en salud bajo esta perspectiva, se vuelven diferencias de sexo, con un origen natural y, por tanto, su valoración donde lo justo o injusto no tiene cabida.

*“Les dones menopàusiques, pues també podria ser un altre grup amb una característica no de... de com treballar que tinguin doncs un... un futur més saludable no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.18)<sup>cdiv</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública con tradición en Protección de la Salud puntualizan que la producción de conocimientos estadísticos se basa en la misma dicotomía hombres-mujeres sobre la base de la equiparación del sexo con el género, Asimismo, afirman también que la distinción estadística por sexo-género, no tiene por qué traducirse en políticas en salud según las características específicas encontradas en los datos sobre mujeres y hombres.

*“es generalitza tot, vull dir... jo que sé, hi ha tants fumadors... bueno, sí que fan la distinció entre tants fumadors masculins i tants femenins, però ja està, s'ha de fer algo amb el fum, no es distingeix” (F1/O/Pt/NR/F Pág.14)<sup>cdv</sup>*

Plantean que la diferenciación según sexo de los problemas de Salud no siempre es necesaria, sino que obedece a conceptualizaciones técnicas previas o a prioridades

políticas que derivan de acentuar la importancia de distinguir según sexo-género o presentar un problema como un tema común y global a toda la población.

*“Però clar depèn, jo no crec que sigui una raó precisa dir homes i dones separats sinó de dir cada moment dependent de quina sigui el que ens toca o el que volem o la política que vulguem aplicar i amb això”*  
(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.24)<sup>cdvi</sup>

Con todo, las y los profesionales de la región con tradición en Protección de la Salud, plantean que los temas generales en Salud se construyen a partir de una mirada androcéntrica, mediante la cual los problemas de importancia masculina emergen como universales poblacionales de la Salud. Racionalizan tal universalización a partir de la mirada particular y hegemónica de lo masculino bajo la idea de que son los hombres quienes tienen más problemas en salud.

En este sentido, las y los profesionales de la región con tradición en Protección de la Salud, a pesar de reconocer el carácter sexista de la sociedad en la historia y su centramiento en lo masculino como norma de definición de los problemas de Salud, no problematizan el por qué de estos problemas, de sus características y de sus priorizaciones, relativizándolos bajo una mirada de género que cuestiona la hegemonía masculina en la definición de lo relevante, productivo y esperable en nuestra sociedad. Por el contrario, aseveran, los discursos sobre los problemas de salud son unos determinados, reales e incuestionables que *coinciden* con ser los prioritarios en los hombres.

*“Però potser sí que sempre s'ha tingut més en compte els problemes de salut masculins que femenins, vull dir la societat sempre ha sigut així, ha sigut masclista, és masclista la societat. I sempre... I potser no s'ha fet tan de cara a homes sinó que... bueno, sí, s'ha fet de cara a homes. S'ha generalitzat sempre malauradament. Si ja societat és masclista... si hi ha un problema majoritari de l'home s'ha anat incidir en allò, potser a vegades ha donat la casualitat que també era el que tenia més problemes, com no sé, el fumar o l'alcohol o doncs... Hi ha més homes que beuen que no pas... tot i que també n'hi ha”* (F1/O/Pt/NR/F Pág.14)  
<sup>cdvii</sup>

## **d.2) La intervención en Salud Pública utilizando el género como discurso o como variable.**

Las y los profesionales de Salud Pública (tanto quienes destacan la importancia del género como un determinante social, como quienes establecen una vinculación del género con el componente biológico del sexo) expresan la existencia de una escasa

definición del género en Salud y un desconocimiento de las estrategias de intervención a partir de una perspectiva sólida. Esta constatación les lleva a desplazar el discurso del género, en el mejor de los casos, a esferas conceptuales, invisibilizando el género en la práctica interventiva.

*I: L'esperança de vida, sempre en les dones ha sigut més alta que els homes, però...*

*E: I tant més, 8 o 9...*

*I: Com?*

*E: 8 o 9 anys més.*

*I: Sí, sí, sí. Però clar, després et parlen de l'esperança de vida en qualitat de vida i no és correlacionalment... no?*

*E: Sí, viven más pero viven peor.*

*I: Sí, i... per exemple això, les malalties, hi ha malalties que encara que, per exemple el tema del tabac, per mi és bastant... enigmàtic, no? Perquè tu tens una població on tu estàs aplicant la misma... diguem la misma estratègia de promoció, protecció i tot lo demás en el tema del tabac, i les dones augmenten la seva mortalitat en tabac. Llavors, eh... la perspectiva que es genera en aquests casos...*

*E: Això ho tenim molt malament encara jo crec, perquè fem un discurs abans se m'acudia, molt homogeni, molt igual, (F4/O/SP/NA/M Pág. 14)<sup>cdviii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública entrevistadas/os reconocen manejar un marco indefinido y poco sólido sobre la perspectiva de género, conceptualizan el género en las intervenciones de Salud Pública como un *área difusa, poco tangible*. Ante el discurso de la intangibilidad en la mirada de género en Salud, recurren a la transversalización como *estrategia* para justificar las actuaciones de género, que se hace presente de forma indeterminada en todas las intervenciones de Salud Pública.

*“E: que això ens costa bastant més perquè és molt més conceptual i és menys palpable*

*I: Sí*

*E: Ah..., una mica el que hem arribat és a la història de dir ho hem d'introduir amb tot el que es fa, o sigui quan estàs fent coses d'alimentació també estàs mirant les diferències de gènere, no estàs mirant també estàs treballant per eliminar les diferències de gènere” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>cdix</sup>*

*“es treballa ...diguem en els quatre eixos potser sense el nom de la igualtat de gènere o tal i tal, però potser s'haurà de fer...haurem de*

*veure que...mm i ho veurem aviat en les pròximes setmanes”  
(F1/EO/SP/NA/M Pág.14)<sup>cdx</sup>*

En las entrevistas proponen el trabajo sobre las diferencias de género introduciendo aquellos valores que generen igualdad en las intervenciones de Salud Pública, incorporándolos de forma implícita en las dinámicas de relación pero sin una problematización de género de fondo.

*I: i com?*

*E: Pues no cuinen només les noies, no van a comprar només les noies, mmm..., etc*

*I: Si*

*E: És això, és tenir present que tot això globalment és molt més important el fer que no pas els explicar, que no pas els dir per lo tant és un canvi d'actitud diari, eh? i total”(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>cdxi</sup>*

Sin embargo, tal y como manifiestan en las entrevistas, la ausencia del nombre propio del género en la intervención, asociada al escaso posicionamiento consensuado y fundamentado de salud, hacen que este pierda fuerza discursiva, generando un difícil abordaje en la multiplicidad de elementos sociales e ideológicos que puedan integrarlo y haciendo que se quede en una mera superficialidad. Es decir, las y los profesionales de Salud Pública al asumir las intervenciones de género de forma implícita, sin poner en discusión cómo definirlo, qué aspectos deberían ser abordados, y qué estrategias desarrollar, construyen el género como una especie de concepto indefinido y superfluo, flotante entre las prioridades institucionales de quienes realizan la intervención (escuela, ONG, etc.) y la práctica profesional.

Además de proponer difuminar las intervenciones del género al transversalizarlo sin previamente problematizarlo y planificarlo en las políticas de salud, destacan ciertas áreas de intervención donde éste tiene especial relevancia; concretamente, los aspectos relacionales-afectivos y la sexualidad.

*“Jo crec que el gènere es treballa sobretot en la part de.... de... afectivitat i sexualitat, perquè amb els nenes petits òbviament , es treballa el respecte. El tema de gènere és un tema sobretot d'acceptació de la diferència i del respecte a la diferència, en definitiva no?”  
(F1/EO/SP/NA/M Pág.14)<sup>cdxii</sup>*

Transforman así el concepto intangible de género en uno relativamente tangible cuando lo asocian a ciertos problemas específicos. Mediante el análisis de las entrevistas, se puede constatar que, si bien las relaciones igualitarias, la no violencia y la prevención de abusos son temas a tratar desde el abordaje en Salud con jóvenes e infantiles, la finalidad central se concentra en el establecimiento de vínculos de pareja

saludables y, en especial, en las conductas de riesgo para la Salud vinculadas con las prácticas sexuales.

Proponen intervenciones, bajo la misma lógica adoptada para la Promoción, sobre diferentes hábitos saludables, sobre prevención del consumo de tabaco, sobre alimentación saludable, sobre el retraso de la edad de inicio a las prácticas de riesgo, etc. para que los y las jóvenes tengan los criterios suficientes para tomar decisiones “libres” y conscientes de sus consecuencias.

*“I que lo important no és tant que no el provin mai, potser l’ han de provar i val, potser l’han de provar, però quan el provin que tinguin la capacitat de dir, bueno pues això no compensa els riscos que jo he d’assumir si entro en aquesta dinàmica i per lo tant bueno, ja està. Jo penso que una mica és això la idea, que és igual que en la sexualitat o en la diferència de gènere al final és lo mateix, és a dir en les primeres fases es tractava d’això, de treballar, maxacar la igualtat entre gèneres, l’impedir que hi hagi abusos sexuals físics o de qualsevol tipus, la no dependència, etc, etc, per què ?, perquè quan arribi el moment de les relacions que estén en la mateixa situació. És a dir, retrasar las relacions però no per retrasar les relacions en un sentit diguem purista de virginitat i no no, sinó simplement per un sentit de maduresa, eh?. de dir bueno vuit anys o deu anys o dotze que em diuen i m’atabalen una mica que ja la gent comença a tenir relacions sexuals, hòstia ! potser no, massa bé no saben que estan fent i per lo tant intentem que això també es retrasi una mica però que después hi hagin uns graus de llibertat que coneguim els mètodes que coneguim els sistemes i sobretot que... bueno sobretot que tampoc es transformi en un acte purament mecànic sinó que arradere de tot això, si han après bé això de zero a dotze anys hi ha més coses que això i que bueno si después és un acte purament mecànic que cada qual sabrà lo que hi hagi de saber, m’enténs ?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.7)<sup>cdxiii</sup>*

## ***EJE VI: Perspectivas sobre la Promoción de la Salud***

Este Eje agrupa los discursos sobre la Salud Pública cuyos argumentos recorren su vertiente relativa a la Promoción de la Salud como área dirigida a generar condiciones y hábitos personales y colectivos orientados a fomentar una sociedad saludable. El tratamiento que aquí se presenta sobre la Promoción de la Salud destaca los componentes mediante los cuales la articulan en su lógica interna las y los profesionales de Salud Pública.

Se exponen los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para configurar a la planificación y la sostenibilidad como elementos necesarios para garantizar intervenciones efectivas en Promoción de la Salud. Asimismo, se muestra la caracterización de las instituciones educativas como instancias predilectas para el despliegue de intervenciones de Promoción de la salud.

En este Eje, se presenta también, el tandem que supone la persona y el entorno en los discursos de Promoción de la Salud, que por una parte permite orientar intervenciones hacia la toma de decisiones personales y hacia el entorno como marco de posibilidades de las prácticas de salud; y por otra parte, sirve de elemento para atribuir responsabilidades en salud. Finalmente, se presenta la conceptualización que se hace en las entrevistas, de la Promoción de la Salud como el área de Salud más difusa.

El Eje se compone y organiza alrededor de 5 2s:

- a) Categoría 1: Los componentes garantes de una intervención efectiva en Promoción de la Salud.
- b) Categoría 2: La escuela como plataforma y engranaje en la Promoción de la Salud.
- c) Categoría 3: Las personas y el hábitat comunitario como ejes orientadores de la Promoción de la Salud.
- d) Categoría 4: Los sujetos y la índole de sus responsabilidades en Salud Pública.
- e) Categoría 5: La condición etérea de la Promoción de la Salud y sus efectos.



**a) Categoría 1: Los componentes garantes de una intervención efectiva en Promoción de la Salud**

Esta categoría reúne los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para describir y argüir sobre la relevancia de los elementos y componentes necesarios para garantizar la efectividad de las intervenciones de Promoción de la Salud. Para ello se presenta la importancia que las personas entrevistadas dotan a la planificación como forma de incorporar a cada intervención de salud dentro de la estrategia global de Salud Pública, al mismo tiempo que identifican a la planificación como el proceso donde cada intervención es traducida en objetivos, acciones y responsabilidades concretas. Asimismo, en la presente categoría se presenta la especial mención que las personas entrevistadas hacen a la necesidad de garantizar la sostenibilidad de las intervenciones para que estas sean asumibles por toda la población en su vida cotidiana. Y finalmente, se expone la relevancia, que según las y los profesionales entrevistadas/os, adquiere la acción y seguimiento continuado de las políticas públicas para garantizar cambios efectivos en los hábitos vinculados a la Salud.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 3 segmentos de sentido:

- a.1) La planificación en Salud Pública como herramienta de traducción y de coordinación de las intervenciones.
- a.2) La sostenibilidad de las intervenciones como pragmática de la Promoción de la Salud.
- a.3) El aval de la continuidad espacio-temporal de las intervenciones de Promoción de la Salud.

***a.1) La planificación en Salud Pública como herramienta de traducción y de coordinación de las intervenciones.***

Las y los profesionales de Salud Pública, en las entrevistas analizadas, expresan que la planificación es un paso previo para articular los conceptos de Salud Pública planteados desde la teoría, con la acción territorial. Argumentan que *en el proceso de planificación*, se traducen las finalidades de la intervención, sus contenidos teóricos,

sus intenciones y sus voluntades a objetivos específicos y a acciones concretas. Y además, expresan, que en el proceso de planificación se asignan responsables y recursos a cada intervención.

*“A vegades cal transformar-la amb alguna acció concreta o definir exactament què vol dir, quan ho poses a la pràctica. No es tracta simplement de donar una llista en el món local o sigui (...) de dir 'goita! Aquestes són coses que hem proposat en aquí'. Es tracta de, en aquest moment, traslladar això amb una cosa concreta. Si no es trasllada amb una cosa concreta, difícilment es farà”.* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 2)<sup>cdxiv</sup>

Además, las y los profesionales entrevistadas/os destacan que, en el proceso de planificación, cada intervención específica es integrada en la red de intervenciones coherentes dentro del gran marco de la institución de la Salud. Afirman que dejar el proceso de diseño de actividades y de trazado de objetivos de Salud Pública sin incorporar la planificación, derivaría hacia la realización de posibles intervenciones inconexas.

Sostienen que, sin una planificación y control de las acciones desarrolladas en el territorio, cada área y/o cada agente acabaría desarrollando actividades elegidas según las prioridades, las percepciones y/o los intereses del/de la responsable o responsables de llevar a cabo la intervención. Elecciones de actividades que no siempre, según las y los profesionales entrevistadas/os serían las más adecuadas.

*E: Fa falta... dos reunions. Fa falta més. Saps què vull dir?*

*(...)*

*E: Sí. No això és lo que jo t'he dic que...*

*I: Aaah tu... pues no, més o menys... Continuarà...*

*E: Serà el mateix. Passa que en lloc de ser un supermercat, ara serà una gran superfície.*

*I: Ja... Sisisisi...*

*E: Hem ampliat les estanteries... si... i ara... visualitzem més les estanteries. (...) i tampoc la gent... no agafarà l'oli d'oliva verge... (F2/EO/Pt/NR/B Pág.29)<sup>cdxv</sup>*

En este sentido, expresan que las propuestas de trabajo coordinado entre instituciones hacia un discurso común planteadas a nivel teórico, si no se anclan en un plan de acción, se pueden quedar en una simple declaración de intenciones.

*“la part aquesta d' operativització és la més important. Si tu tens un Volvo amb disseny, molt bon disseny de tot i això acaba veient-li en un tros de paper i li dones i li dius, aquí tens , ja pot fer, això pot acabar*

*amb no res, pot acabar amb que algú molt interessat fagi i es fagi algo a algun lloc i en un altre es fagi d'una altre manera, en un altre un trosset petit i en un altre no es fagi res” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 3)<sup>cdxvi</sup>*

*“jo crec que ha servit per molt, per veure... primer per conèixer, i després per veure què fa cada un, no? I això jo crec que hi ha una base de dades tot feta, amb unes fitxes, amb uns d'allò. O sigui s'ha fet molta feina, el que passa que ara, aquesta feina s'ha de continuar. Jo entenc, vull dir s'ha de dir: Escolta, de tot això que s'ha detectat, què és lo que triem, i què és lo que fem, no?”(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 2)<sup>cdxvii</sup>*

Asimismo, las y los profesionales de Salud Pública con experiencia en el diseño de intervenciones, afirman que el establecimiento de unos objetivos operativos y la determinación de actividades concretas en base a ellos, son elementos indispensables para conseguir dar una respuesta efectiva a las metas iniciales de la intervención. Asumen, pues, que sin estos elementos, la capacidad de dar respuesta a las necesidades de Salud se ve reducida.

*“O posar-los amb els objectius del contracte, perquè sinó, si no es tenen en compte aquestes accions a vegades algunes no es podran fer” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 2)<sup>cdxviii</sup>*

*“També quins objectius té, quins continguts té, i inclús una mica casi com se fa el... el... prop... a quina població va adreçada... I això no és jo que ho hagi de mirar, això ho hauria de mirar un equip d'experts en promoció per veure si això està adequat, i, si això respon a les competències que hem dit que ensenyarien aquesta gent” (F1/EO/CS/NR/M Pág.9)<sup>cdxix</sup>*

La falta de planificación podría, también, derivar en el desarrollo de actividades con contenidos superfluos, discursos diferentes a los oficiales o con efectos contrarios a los previstos.

*“Hi ha molts llocs que diuen que depèn com tu enfoques el tema drogues és més contraproductiu que ajudar” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11)<sup>cdxx</sup>*

Finalmente, manifiestan que la falta de planificación difumina la responsabilidad de quien lidera la actuación, aspecto que valoran como posible elemento que haga que nadie guíe la intervención y actué en esta dirección.

*“D'intentar fer una fitxa perquè es digués exactament què toca, és un pas més, però aquest pas més s'ha de traduir en poder anar amb el proveïdor a fer-ho i el proveïdor ho ha de saber , no només el proveïdor ho ha de fer, sinó també els responsables , perquè ha de donar temps al proveïdor per fer les coses (...) cal haver una identificació clara de qui fa què , com ho fa i quins problemes hi ha per fer-ho. I això és una part que encara forma part de la planificació” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 3-4)<sup>cdxxi</sup>*

### **a.2) La sostenibilidad de las intervenciones como pragmática de la Promoción de la Salud**

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública con experiencia en Promoción de la Salud destacan la importancia de inculcar la incorporación de hábitos saludables en la práctica cotidiana de las personas mediante la propuesta de acciones accesibles y asumibles por toda la población. Partiendo de la formulación de este propósito, expresan que *ser saludable* se corresponde con un estilo de vida y con unas prácticas interiorizadas como propias en las relaciones establecidas diariamente con los demás, con el medio y con una/o misma/o.

Defienden que la promoción de hábitos saludables no consiste en proponer actividades puntuales o el limitar el acceso para su realización a un grupo acotado de personas (por sus condiciones físicas, monetarias, temporales, etc.). Por el contrario, apoyándose en el discurso de la sostenibilidad, las y los profesionales de Salud Pública amparan el diseño de propuestas de acciones cotidianas que promuevan estilos de vida saludables sin, al mismo tiempo, interferir con el quehacer diario de quien las realiza.

Las y los profesionales de Salud Pública adoptan el discurso de la sostenibilidad en dos sentidos:

En cuanto al primer sentido, tratando de cubrir la necesidad de proponer actividades Promoción de la Salud de fácil cumplimiento, sugieren que una tarea relevante de las intervenciones y políticas de Promoción de la Salud es proporcionar a las personas los recursos y las opciones para poder hacerse saludables a través de la incorporación de prácticas que no supongan un exceso de esfuerzos y/o recursos para realizarlas. Sostienen este planteamiento en la convicción de que, realizar propuestas de difícil acceso para la población, puede generar, o acrecentar, desigualdades en las personas en situación de vulnerabilidad social y económica.

*“L’altre valor que per a nosaltres és molt important és la sostenibilitat de les intervencions. (...) Necessita que aquella persona pagui, necessita que aquella persona surti del seu entorn, necessita que tingui una hora de temps los dies de la setmana que jo li dic...1 hora i mitja o 2 hores...perquè entre que vas, et dutxes, entre tot, són dues hores”.*  
(F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)<sup>cdxxii</sup>

Por lo que se refiere al segundo de la sostenibilidad, las y los profesionales de Salud Pública proponen que las actividades, además de poder realizarse de forma sencilla, han de estar disponibles en un espacio temporal extenso. Es decir, han de poder mantenerse en el tiempo. En congruencia con ello, manifiestan que la incorporación de

prácticas que no supongan dificultad en su realización y que permitan su continuidad temporal, serían más fáciles de incorporar como una forma de vida *natural* de la persona.

*“Pujar per les escales és una intervenció enormement sostenible, en el sentit que sempre tens escales...està obligat per llei...Tens que tenir escales malgrat que els edificis d’avui en dia prioritzen l’ascensor...que és una de les intervencions que tenim que parlar en altres departaments per a que siguin més visibles les escales. I sobre això, és sostenible per què tu pots sempre treure tres minuts per a pujar per les escales...perquè nosaltres no volem que ningú pugui 7 minuts seguit les escales...volem que puguin com màxim 3 plantes perquè més de tres plantes has d’estar entrenat...” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)<sup>cdxxiii</sup>*

En definitiva, adoptando las intervenciones flexibles, adaptables a las circunstancias de vida de las personas o, lo que es lo mismo, apostando por opciones sostenibles<sup>211</sup>, las y los entrevistadas destacan la importancia de promover opciones de salud que se puedan realizar durante la vida diaria<sup>212</sup>, sin necesidad de recursos especiales, de esfuerzo económico, de tiempo, de materiales especiales, etc.

*“Ha de ser una cosa que sigui assumible, que la puguis tenir en el teu dia i que no requereixi temps...que l’ho tinguis en qualsevol lloc. Quan vas a casa pots pujar per les escales, quan estàs aquí pots pujar per les escales. La nostra recomanació és acumular 30 minuts d’activitat física durant el dia. Que pot ser 3 minuts de pujar per les escales, 3 minuts d’anar caminant a la parada de l’autobús, l’ho que sigui i 3 minuts d’anar a comprar el pa cada dia...perquè està molt bé anar a la botiga de proximitat a comprar el pa perquè afaforeixes el teixit social del barri, perquè té altres coses i perquè a més, doncs, vull dir que té altres continguts” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)<sup>cdxxiv</sup>*

---

211Este tipo de propuestas se plantean como una adaptación a la situación actual y a la búsqueda de equidad en Salud, más allá de los condicionantes sociales y económicos que puedan coartar la elección de prácticas saludables. Sin embargo, esta adaptación implica también la paradójica priorización de las exigencias de la forma de vida occidental, caracterizada por la constante vorágine en la circulación por espacios relacionales flexibles y fugaces, por manejarse en un tiempo vertiginoso y por el reparto de los recursos que define formas de privilegio limitado a ciertos sectores poblacionales, haciendo que la Salud Pública se vuelva un elemento más de flexibilización de la vida cotidiana.

212Las y los entrevistadas/os utilizan como ejemplo para ilustrar una opción sostenible la propuesta de *30 minutos al día* de actividad física, como alternativa al ejercicio físico programado (que exige una periodicidad, requiere de un tiempo específico para su realización, de un espacio diferente al de las tareas habituales y, a menudo, tener que pagar para poder realizarlo). La opción de *30 minutos al día* incide sobre la actividad física cotidiana que las personas puedan realizar durante el día, enfatizándola o introduciendo cambios de fácil realización tales como subir escaleras en lugar de utilizar ascensor, bajarse una parada antes del bus para ir a trabajar, etc.

### **a.3) El aval de la continuidad espacio-temporal de las intervenciones de Promoción de la Salud**

Las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que es necesario mantener el desarrollo de intervenciones de Promoción de la Salud. En las entrevistas, afirman que no basta con ejecutar una acción puntual de Salud sino que la perseverancia de las políticas públicas de salud han de extenderse en el tiempo y en los espacios de relación para generar un cambio efectivo en los hábitos vinculados a la Salud. Asumen, pues, que la continuidad de las intervenciones es un elemento importante para la construcción de una sociedad saludable.

La importancia dada a la perseverancia en las intervenciones la refieren tanto a trabajar sobre el desarrollo evolutivo de las personas (es decir, su progreso y transformación a través del tiempo) como también en los diferentes ámbitos de relación (espacios que la persona habita). En esta línea, expresan que las intervenciones aisladas son pensadas como necesarias en los casos concretos de emergencia o de novedad en la aparición de un problema (como, por ejemplo, podría ser una epidemia de Gripe A) porque, tan solo, pueden agregar conocimientos limitados sobre un tema y llamar la atención en un período de tiempo corto.

*[sobre las campañas en Salud] “Per un moment determinat o per un sector determinat pot fer ser útil. Jo que se m’imagino que la primera vegada que va aparèixer com a fet real la SIDA doncs es va de fer... va de fer a corre cuïta campanyes informatives perquè la població era la primera vegada que en sentia parlar, no? Aleshores no podem esperar fer una acció continuada per tiiiiireees deee de primària oo d’infantil aog... esperar que poc a poc els anem informant. Haurem de fer accions puntuals, ràpides, i que arribin a tota la població. Això és evident que hauran d’existir algun tipus d’accions puntuals” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)<sup>cdxxv</sup>*

Sin embargo, aseguran que, en las intervenciones que implican asumir discursos para traducirlos en hábitos saludables, las actuaciones puntuales no permitirían interiorizar el discurso sobre Salud en cuestión y, por tanto, no harían posible que se produjese un cambio reflejado en las prácticas cotidianas. Por este motivo, manifiestan que las campañas orientadas a prácticas estables de salud (como las dirigidas a la alimentación, el ejercicio físico, el abuso de sustancias, etc.) solo tienen relevancia si van acompañadas de intervenciones mantenidas en el tiempo.

*“E2: (...) Les campanyes esta clar que si no hi ha res més dura els dies que dura per la tele la novetat, no se si m’explico*

*I: clar, si*

*E2: allò, 'el fum és fatal' va de conya que tu facis una campanya el fum es fatal si a més a més de treballar amb el fum es fatal, estàs treballant*

*en l'equip de primària en un protocol de tabac, estàs treballant en les escoles amb no se que , estàs treballant, si tu només fas una campanya 'el fum és fatal' i no fas l'altre, probablement l'impacte que tu tindras sera molt petit” (F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 19-20)<sup>cdxxvi</sup>*

Con todo, la importancia de la continuidad de las intervenciones que todas/os las/os profesionales de Salud destacan, se contradice con las circunstancias reales ante las que las y los profesionales de salud pública reconocen la existencia de dificultades para mantener la continuidad temporal y espacial de intervenciones en Salud Pública (tanto la relativa a la Protección como a la Promoción de la Salud). En este sentido, plantean que dejar en el olvido ciertas acciones, hace que su efecto inicial se vuelva fugaz y pierda sentido.

*[Sobre los carteles de la iniciativa 'Puja les escales'<sup>213</sup>]*

*“Però aviam, passaran dos mesos i el tercer més ja ho tindrem tan interioritzat que allò ja no ho veurem, vull dir ja no ho veurem. O em canvien els colors, o em canvien les lletres, o m'ho fan d'una altra manera, però allò serà com si no hi fos” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12)<sup>cdxxvii</sup>*

*“Això és una tàctica també tu no pots deixar gaire temps allò allà. Tu has de canviar-ho. Ho has de canviar de lloc i has de donar-hi un element més de sorpresa. Clar si no... forma part del mobiliari. Això també està... està estudiat” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 14)<sup>cdxxviii</sup>*

En las entrevistas, las y los profesionales de Salud Pública mencionan como elementos que dificultan mantener la continuidad de las intervenciones, la limitación de recursos y la desarticulación entre los niveles de toma de decisiones. Las intervenciones como la certificación Amed, la Red Respira y la Night School son ejemplos útiles para entender las dificultades de mantener la actividad de Promoción de la Salud estable en el tiempo. En estos casos, las y los profesionales de Salud Pública expresan que, una vez implementada la actividad de Salud Pública, surgen dificultades en el seguimiento y en el control periódico de la intervención puesto que los y las agentes encargados/as de supervisar el correcto desarrollo de la actividad, tienen otras tareas asignadas. Afirman que la excesiva carga de trabajo y la falta de recursos dificultan hacer un seguimiento que garantice el mantenimiento de los criterios que habilitan para la concesión del reconocimiento de local como promotor de la dieta mediterránea, espacios sin humo o locales nocturnos saludables.

---

<sup>213</sup>Ponen como ejemplo el caso de la iniciativa “Puja les escales”, sobre la que las y los profesionales de Salud Pública afirman que se trata de una intervención que, a partir de situar unos carteles que inciten subir las escaleras en lugares estratégicos, incide sobre la decisión de subir escaleras o tomar el ascensor, generando un cambio en las prácticas de las personas. Sin embargo, manifiestan que, si no se incide activamente en la intervención en el tiempo (por ejemplo, se suprimen o no se renuevan los carteles), su función inicial de promocionar el ejercicio físico subiendo las escaleras, pierde sentido.

*E: Si aviam, jo en aquests programes...allò que hi hagi continuïtat... la revisió de menús, però ja em diràs, la revisió de menús la fas avui i fins al cap de tres anys no l'avalues.*

*I: Ah no? Jo no ho sabia això!*

*E: Sí, sí, fins al cap de tres anys no tornes a... és que és clar, és que tenim altres feines aquí per fer durant tres anys casi (...) És clar, és això, els nanos mengem cada dia. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12)<sup>cdxxxix</sup>*

Finalmente, las y los profesionales de Salud Pública que trabajan día a día en el territorio, expresan que las dificultades de articular el territorio con la toma de decisiones en niveles superiores, son un impedimento para garantizar la continuidad de las intervenciones. En este sentido, afirman que, por más que el seguimiento territorial se haga efectivo, sin la decisión comprometida por parte los niveles directivos que producen una respuesta a situaciones de incumplimiento de la actividad, la intervención y el trabajo de seguimiento técnico también puede perder su sentido.

*“E: (...) Hi ha una sèrie de restaurants de la província de Girona, què vaig fer jo? Vaig dir als inspectors, als que ja hi van, 'mireu-me a veure si compleixen la llei del tabac i d'aixòs'. Doncs no, n'hi ha més de cent i tenen zona per fumadors i zona per no fumadors. Clar, en teoria segons aquesta red hauria de ser tot... Incongruències així que sí, molt maco poder respirar, però si comparéssim aquí aquests requeriments, quin seguiment es fa, igual que lo de l'AMED, l'AMED és molt maco al començament que t'ho donen, però després...*

*I: I si tu te n'adones d'això pots fer alguna cosa?*

*E: Sí, sí, ho vaig parlar amb l' ST [nombre] li vaig enviar l'acta i d'això, i em va dir que hi faria algo. Però és clar...*

*I: I es fa, després?*

*E: La veritat, l'experiència que tinc és que no es fa... no s'acaba fent res. Perquè això en coses de protecció ha passat, perquè des d'aquí s'autoritzen laboratoris, nosaltres trobàvem incongruències, les recollíem i al cap de... ho enviàvem, que ho heu utilitzat això vosaltres i passa això” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12)<sup>cdxxx</sup>*



## **b) Categoría 2: La escuela como plataforma y engranaje en la Promoción de la Salud**

Esta categoría aglutina los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública emplean para construir sus discursos sobre la escuela como una institución especialmente relevante para la implementar intervenciones de Salud Pública, particularmente las relacionadas con la Promoción de la Salud. Este carácter otorgado de espacio privilegiado es debido a que concentra un gran número personas que se encuentran en diferentes etapas del ciclo vital, lo que favorece que se puedan difundir discursos adaptados a esos diferentes momentos y, sobre todo, discursos que incidan sobre la especial receptividad y sensibilidad de que se dispone en las edades tempranas.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 2 segmentos de sentido referidos al carácter medular de la escuela y a la importancia de ir más allá de ella. Concretamente:

- b.1) El programa escolar de actividades regladas y transversales y la homogeneización de conocimientos.
- b.2) La educación de la Salud en la escuela y su engarce con otros espacios.

### ***b.1) El programa escolar de actividades regladas y transversales y la homogeneización de conocimientos***

Las y los profesionales de Salud Pública destacan la importancia de la educación en Salud como uno de los pilares básicos de la Promoción de la Salud. Tal y como afirman en las entrevistas, el objetivo a cumplir a través de la educación es el de transmitir valores e ideas sobre una forma de ser y de actuar saludables, de relacionarse con el medio y de controlar algunos factores que puedan ser perjudiciales para nuestra salud. En este sentido, la educación se convierte en una base primordial para transmitir la tradición de nuestra sociedad en relación con la salud. Para tal transmisión, destacan la importancia de la presencia de la Promoción de la Salud en instituciones sociales donde las personas desarrollan su vida cotidiana, entre las cuales mencionan a la familia y la escuela por su gran relevancia para la transmisión de valores puesto que las consideran los ámbitos de socialización más próximos de cada persona.

*“L'àmbit familiar i l'àmbit escolar, són dos àmbits molt i molt importants, i on es dóna la major part de l'educació”  
(F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 8)<sup>cdxxxix</sup>*

Aunque afirman que el entorno familiar es indispensable para la educación en salud, las y los profesionales de Salud Pública resaltan la escuela<sup>214</sup> como la institución primera en que las políticas públicas de Promoción de la Salud toman fuerza, considerándola el espacio con mayor capacidad para inculcar discursos mediante un programa sistemático y reglado de contenidos en Salud.

La asociación de la escuela con una herramienta de las sociedades para crear sujetos acordes con los valores sociales existentes, lleva a las y los profesionales de Salud Pública a justificar la constante presencia de actividades de promoción de la salud en las instituciones educativas. En este sentido, bajo la mirada de las y los interventoras/es en Salud, el ámbito educativo se transforma en uno de los focos esenciales en la transmisión de los valores de Salud.

*“L’escola sola sempre se sent diguem, aaaa una mica mmanipulada per salut, o sigui clar, aaa escolta els metges, les infermeres , les llevadores només pensen amb l’escola a l’hora de fer promoció de la salut , no? i això tenen una mica de raó també, aleshores diem , anem a fer una cosa compartida a on tots hi participem i a on tots opinem de cada un de les parts, entens?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)<sup>cdxxxii</sup>*

Asimismo, las y los profesionales del sistema educativo plantean que son diversas las instituciones que buscan la complicidad con este para transmitir valores (relativos a la salud, al tráfico, a la policía, etc.), volviendo el ámbito educativo en el principal foco de atención para quienes desea intervenir sobre la población joven.

*“Senten que tothom vol revertir a l’escola qualsevol idea que tinguin, o sigui qualsevol idea d’educació viària, els mossos, fins a.. o la policia local, jo que te venc a dir, fins a, fins aaa primers auxilis la Creu Roja, fins, tothom vol incidir a les escoles” (F2/EO/E/NR/D Pág. 3)<sup>cdxxxiii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública destacan la existencia de actividades escolares directamente vinculadas con la Promoción de la Salud, tales como el ejercicio físico, que está implantada como asignatura con características curriculares de idéntico nivel al de cualquier área de saber reglado (matemáticas, literatura, idiomas, etc.). Al estar planteada formalmente y con una entidad propia, los profesionales de Salud Pública se

---

214La relación entre la salud y el aprendizaje es estrecha. Las y los profesionales de Salud Pública y Educación, al mismo tiempo que consideran a la escuela como un pilar básico para la educación en salud (un espacio privilegiado de transmisión de saberes), plantean que la Salud es un elemento prioritario para garantizar el desarrollo intelectual y afectivo de las personas. Desde esta perspectiva, garantizar la Salud es garantizar la base primaria sobre la cual la persona desarrolla sus capacidades de aprendizaje. En este sentido, construyen la salud como un elemento indispensable para garantizar un adecuado rendimiento del alumnado en el aula. De este modo, como afirma una/a de las/os entrevistadas/os: *“el nano va a l’escola per aprendre (...) sense salut aquest nano no pot tenir això, o sigui són, són coses que es creuen i els hem d’intentar entre tots fer-les lo més bé”* (F2/EO/E/NR/D Pág. 3). Las y los profesionales de Salud Pública y educación hacen especial referencia al equilibrio emocional en las edades jóvenes y a la relevancia de la educación en afectividad, lo que constituiría una *base sólida* para poder realizar un buen aprendizaje a lo largo de todo el ciclo de formación.

repliegan en estos contenidos, considerando que el conocimiento y la importancia sobre esta área en la formación de jóvenes y niños y niñas son suficientes y superan las aportaciones que podría hacerse desde los espacios técnicos de Salud Pública.

*“E: (...) l'exercici físic, aquí ens apareix un problema, l'exercici físic és una assignatura reglada, ja està en el currículum i per lo tant que hem d'anar dir nosaltres d'exercici físic? Clar jo quan els vaig tenir al davant i vaig veure que tots eren professors vaig dir 'hòstia que hi fem nosaltres aquí?’*

*I: Clar.*

*E: 'Vostè ja en sap de fer això' ” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 2)<sup>cdxxxiv</sup>*

No obstante, a excepción de la actividad física, las y los profesionales manifiestan en las entrevistas que muchos contenidos de Salud Pública no toman forma de asignatura reglada pero, sin embargo, se encuentran dentro de los programas formativos, objetivos y competencias del currículo escolar. Se trata de *contenidos transversales* de Salud Pública en los que la escuela tiene una larga tradición relacionada con la Promoción de la Salud.

*“Les mestres de, de temps immemorials han tractat temes de salut perquè és obligació, estan al currículum” (F2/EO/E/NR/D Pág. 2)<sup>cdxxxv</sup>*

*“Perquè també hem d'entendre que el tema de salut, de la salut és un tema que està molt amb els objectius del curricular, vull dir que a veure, no és que ara... també hem de tenir clar que no és que ara l'escola començarà a fer salut, sinó que ara dins dels programes i els objectius i les competències que han d'assolir des de l'etapa de 3 anys o de... sí, de 3 fins a 16 anys ja hi ha objectius en salut” (F3/EO/SPIE/NT/NS Pág. 3)<sup>cdxxxvi</sup>*

Las y los profesionales entrevistadas/os expresan que la tradición de la escuela en relación con los contenidos transversales, muchas veces se distribuye de forma variable en el territorio, según sus contenidos y según sus recursos e intereses. En efecto, en las entrevistas se manifiesta que, si bien están incorporados en el currículo, los contenidos transversales se ubican en un segundo nivel de prioridad y se imparten de forma desigual según las peculiaridades de la escuela, sus condicionantes del entorno y las políticas e intereses y formación docente.

*“I: Per exemple en el currículum té incorporat els temes d'hàbits saludables?”*

*E: Si*

*I: I alimentació també es toca?”*

*E: També, també el que passa és que el nivell és un nivell molt diferent o sigui quan tu tens una assignatura reglada tens una assignatura*

*reglada i fas allò, quan tu tens incorporat en el currículum determinats aspectes els fas si tu que ets la tutora d'aquests nens tens formació i ganes i això t'agrada ho fas, si no tens tanta formació perquè véns del món matemàtic o del món de l'anglès o és igual això va quedant en un segon nivell" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)<sup>cdxxxvii</sup>*

Por ese motivo, con la finalidad de lograr un discurso común para toda la población escolar en las actividades que no tengan forma y espacio propio de impartición<sup>215</sup>, las y los profesionales de Salud Pública expresan la necesidad de un mayor seguimiento y de disponer de estabilidad, de recursos y de asesoramiento de las actividades docentes transversales orientadas a la Salud Pública.

*"Clar el que es tracta en tot el projecte, entenc jo, és de que hi hagi una certa homogeneïtat independentment que si tu ets d'anglès o ets de castellà o ets de matemàtiques o ets de ciències que hi hagi una línia de continuïtat en relació en els temes de salut. Això vol dir una mica això que hem intentat fer en aquesta segona volta del projecte que és marca unes pautes de les quals, deixa-m'ho dir molt mal dit, t'hauràs d'avaluar en el moment que assoleixis...en el moment ..., diguem a l'edat que hauràs d'assolir aquesta competència' " (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)<sup>cdxxxviii</sup>*

Afirman que el objetivo final de la acción es proveer de recursos para homogeneizar conocimientos y darle una continuidad a los contenidos de Salud Pública en todas las escuelas, para garantizar un abordaje *adecuado y suficiente* en Promoción de la Salud en todo el territorio.

*"Vull dir que un mestre no és que hagi d'explicar de sexualitat, no és que hagi d'explicar l'alimentació o no sé què, sinó que això ja hi és, l'única cosa és que nosaltres des de l'acció aquesta lo que volem és donar recursos, i volem facilitar perquè aquestes competències que ja han d'assolir en el currículum, doncs, es puguin assolir amb molta més garantia i amb molta més facilitat, no? I donar també suport als ensenyants per tal de que això es pugui fer amb més bona...bueno, que puguem assolir... en definitiva, que es puguin assolir aquestes competències" (F3/EO/SPIE/NT/NS Pág.3)<sup>cdxxxix</sup>*

Con el propósito de dotar de coherencia y homogeneidad a los discursos promovidos desde la Salud Pública, las y los profesionales de Salud Pública proponen establecer unas bases mínimas comunes para la difusión en todas las escuelas.

*"hi ha de haver uns mínims i el que vam intentar en aquesta segona visió és marcar els mínims que s'havien de complir que aquest els haurien de complir tothom" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>cdxl</sup>*

---

215Es el caso de la mayor parte de contenidos de salud pública como pueden ser la alimentación saludable, el consumo de drogas, de tabaco o de alcohol, la salud mental, la salud sexual y reproductiva, etc.

Añaden, asimismo, la posibilidad de agregar otras actividades *colaterales* si el personal docente o la escuela tienen interés en profundizar sobre un tema.

*“I després hi ha com uns esglaons superiors que és para la nota. Hi ha una escola que està molt enrullada, que està molt interessada, que és molt activa que està no sé que, bueno, escolta'm, que tiri més hi han activitats per tirar més i per anar més lluny d'això, oh, és que només són enrullats en alimentació, pues que tirin només en alimentació, oh és que són enrullats en tot, pues que tirin de tot, Vale ?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)<sup>cdxli</sup>*

Si bien las y los profesionales de Salud Pública suelen referirse a la escuela en relación a la impartición de enseñanza obligatoria, expresan que el sistema educativo continúa más allá de ella, y plantean que las intervenciones de Salud Pública pueden estar presentes en instituciones educativas no obligatorias. Conciben la trascendencia de las intervenciones en Salud Pública, más allá de la educación obligatoria, como una forma de continuar con el proceso de formación de personas hacia prácticas de salud. En este sentido, destacan al entorno universitario como un ámbito susceptible de dar continuidad a los discursos de salud pública como elemento que, si bien no alcanza a toda la población joven-adulta, permiten culminar el discurso de Salud hacia un adulto/a ya formado/a en todo su proceso de crecimiento<sup>216</sup>.

*“Llavors resulta que tu pots continuar fent accions de promoció de la salut en el món universitari, estàs en certa manera tancant un cicle. Per exemple quan fem cursos de formació a la universitat per ensenyar a cuinar en els alumnes que s'acaben d'independitzar en pisos i que no saben cuinar. Bueno doncs aquí incorporar com fer una dieta saludable i com cuinar bé els menús i tal pues és una iniciativa per tancar el cercle, jo crec que al final quan hem sabut sortir, això es compra. Quan són... quan són iniciatives que afecten a la població en general com per exemple aquestes no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág.19)<sup>cdxlii</sup>*

### ***b.2) La educación de la Salud en la escuela y su engarce con otros espacios***

Las y los profesionales de Salud Pública identifican a la escuela como una institución prioritaria a la que dirigir las acciones de educación para la salud en jóvenes e infantes. Las referencias a la búsqueda de coherencia y de continuidad en los contenidos a lo largo de ella es un objetivo esencial que las y los profesionales de Salud Pública destacan del Proyecto Demostrativo.

---

<sup>216</sup>En la Categoría 3: “La definición de los problemas de Salud Pública como atribución poblacional” del Eje V, puede apreciarse cómo la población joven es tratada como incompleta, carente de criterio, inmadura, inexperta y en fase de desarrollo hacia la edad adulta, momento en el que adquirirá (o debería adquirir) conocimientos y capacidades para la toma “libre” de decisiones.

Con todo, manifiestan que el abordaje de temáticas de promoción de la salud en la escuela no es suficiente para lograr un discurso coherente y efectivo de las intervenciones con niños/as y jóvenes. Afirman que, para ello, las intervenciones de Promoción de la Salud deben trascender el ámbito escolar para calar a todos los espacios del tejido social.

*“No tot s’acaba a l’escola. La promoció de la salut no s’acaba a l’escola. Ni molt menys no? I els joves els tenim en molts altres llocs i... els grans també, no sé com dir-ho no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.27)<sup>cdxliii</sup>*

En este sentido, a la familia como institución privada de transmisión de valores, y a la escuela como primera institución pública forzosa<sup>217</sup> y prolongada en el tiempo donde las personas se vinculan con valores directamente promovidos por las políticas públicas, las y los profesionales de Salud Pública suman a la comunidad en un sentido amplio. En efecto, incorporan la idea de una escuela inscrita en una *ciudad saludable* partiendo del propósito de crear un discurso coherente más allá del ámbito privado de la familia o el limitado de la escuela, puesto que asumen que la responsabilidad de *educar personas* es una responsabilidad compartida entre los diferentes ámbitos del entorno donde estas realizan sus prácticas. Es decir, educamos y somos educadas/os individualmente o bien organizadas/os en grupos, entidades, administraciones, etc.

*“Nosaltres ara hem fet un treball que és diu 'Escola saludable', però en realitat el que volem és tenir una configuració de ciutats saludables” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 3)<sup>cdxliv</sup>*

*“També estem fent tot el tema de ciutat educadora, i en el fons l'escola saludable forma part d'un objecte dintre del que és aquest objectiu més ambiciós de ciutat educadora, de dir que l'educació de la gent... bueno, que l'educació és un procés que es produeix al llarg de la vida, per tant no és només al nivell de l'època escolar, dels 0 fins als 18, sinó que l'educació es produeix tota la vida d'un ésser. Per tant, és un procés que es produeix a totes les edats, i a més a més, tenim clar que la responsabilitat de l'educació no passa només pels pares i pels mestres, sobrepassa el que és l'àmbit familiar i el que és l'àmbit escolar. (...) la ciutat és on hi ha les oportunitats educatives, i que a més a més la ciutat, les institucions, els ciutadans individualment, les institucions i les administracions s'han de fer responsables, han de ser conscients que la ciutat educa, ells eduquen com a individus, com a entitats (una entitat esportiva, una entitat de lleure, una entitat de cultura, etc.) i l'administració l'ajuntament, el que sigui, els mossos, la policia, també són agents educadors, per tant han d'educar, i per tant amb aquesta visió tant transversal de l'educació i de donat que l'educació és el centre, doncs és també on podríem posar el tema de Salut Pública” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 7)<sup>cdxlv</sup>*

---

217Todas las y los infantiles y jóvenes tienen su paso obligado por ella.

Manifiestan que la búsqueda de coherencia entre el ámbito privado, la escuela y la sociedad general, se orienta a unificar la heterogeneidad de los discursos sobre la Salud a fin de reducir la posibilidad de que surjan o proliferen discursos alternativos al modelo de Salud hegemónico y, por tanto, garantizar una mayor eficacia de la interiorización de formas de ser y hacer en Salud según el modelo de Salud Pública imperante.

*“La transversalitat, que el nen el jove mm.. trobi el mite.. mas.. mateix missatge en tot el seu .. el màxim homogeni possible, no? Seria la família li din.. donen les mateixes pautes, que a l'escola... //mm// etc, bueno, pot ser una mica avorrit, però //mm, si// a lo millor seria una mica més eficaç. //si//, no?” (F1/EO/SP/NA/M Pág.10)<sup>cdxlv</sup>*

Sin embargo, las y los profesionales de Salud Pública afirman que el propósito de la homogeneidad discursiva es difícil de alcanzar, puesto que asumen que las intervenciones en Salud Pública implican procesos largos. De este modo, por una parte argumentan que la temporalidad extensa dificultaría mantener una continuidad y coherencia de los discursos a lo largo de la trayectoria vital de las personas y en los diferentes ámbitos <sup>218</sup>, por otra parte, afirman que los cambios sociales, intereses políticos y las situaciones de quienes intervienen también influyen en la continuidad o no del discurso de salud.

*“Nosaltres intentem continuar... sapiguer... Lo que ens ha canviat és la zona educativa. Si haguéssim tingut la de zona educativa ens permetia una cobertura més segura... ens permetia que la cobertura comarcal fos més segura, vale? Jo no dic al haver desaparegut la zona educativa la comarca quedi fora” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.7)<sup>cdxlvii</sup>*

*“Potser aquest 2011 serà un any que no haurem... l'haurem perdut una mica per la situació global. Aquest any no serà tan culpa nostra de no haver estat preparats sinó de la situació que ens trobem, eh?(...), les persones són persones que tenen... hi ha coses que hi ha hàbits i coses i que no ens haurien d'afectar, ja ens ho diran, però sí que afecta la... la feina” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.9)<sup>cdxlviii</sup>*

Desde esta óptica, las y los profesionales de Salud Pública exponen el discurso sobre la Promoción de la Salud pronosticando un itinerario incierto. No obstante, lo conciben como un camino necesario, continuo e interminable a partir del cual traducen la idea de progreso en la salud poblacional, como un proceso de educación de la sociedad y de

---

<sup>218</sup> Debido a la variabilidad de discursos existentes, espacios de relación y también, debido a los cambios que se van produciendo en el discurso de la Salud, a través de la producción de nuevos conocimientos. Para ampliar sobre la variabilidad de Discursos y espacios, Véase categoría 1 “La Salud Pública como sistema de conocimiento-intervención caracterizado por la complejidad” del Eje II; para ampliar sobre la necesidad que expresan las personas entrevistadas de crear intervenciones continuadas en el tiempo véase la Categoría 1 “Los componentes garantes de una intervención efectiva en Promoción de la Salud” de este Eje. En relación a los cambios producidos por la emergencia de nuevos saberes, queda ilustrado en la siguiente página (entrevista: F1/EO/SP/NA/M Pág.12)

adquisición de conocimiento sobre la verdad en Salud, que permitiría que esta avance hacia un futuro más saludable.

*E: Nosaltres tenim una quimera ... que és aquesta de que tothom estigui sa i sigui //feliç //i tal*

*I: //si//*

*E: i treballant per aconseguir-la. Però és que tampoc sabem massa ..aaa...(riu) com anirà tot això, no? Nosaltres pensem que ...bueno...que si un sap ...les coses que li convenen pot estar millor ...i ...no ...haver de ...jo què sé, una societat òbviament que ...mmm..fins fa pocs anys el tabac era com una cosa ben vista doncs ja es veu que no és positiu! Per tant nosaltres hem d'ajudar a que els nanos valorin les coses que són ..aaa... útils pel seu desenvolupament d'una forma més positiva que les coses que no són útils no? Per exemple, jo què sé , els sucres hi va haver molts anys, ja parlo de molt de passat, que les mares, el xupete el*

*I: ah sí?*

*E: lo metian con azucar no? Para que callara el niño, se lo davan. Clar ara la població la seva cultura ja ha arribat a entendre que ...el sucre refinat s'ha d'anar en compte, no és massa bo,etc etc, (...) jo crec que la humanitat va cap a un camí .... de cada vegada aaa com deia el Rouso Marc, de victoria en victoria esta la derrota final. No?*

*I: Si, si si*

*E: que es cuando desaparacerá la tierra bum!" (F1/EO/SP/NA/M Pág.12) <sup>cdxlx</sup>*

### **c) Categoría 3: Las personas y el hábitat comunitario como ejes orientadores de la Promoción de la Salud**

Esta categoría reúne los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública consideran clave en la Promoción de la Salud. En sus descripciones y explicaciones hacen un recorrido por las intervenciones centradas en la persona, cuya finalidad es generar hábitos de vida saludables. Asimismo, abordan las actuaciones centradas en el entorno, entendido como marco facilitador y/o inhibidor de prácticas de salud que inspiran diferentes tipos de intervenciones que, bien se dirigen a toda la población o bien son selectivas y se orientan hacia grupos de especial riesgo. En la exposición de la categoría también se revisa la convivencia de las intervenciones centradas en la persona y las centradas en el entorno para examinar la generación de estos diferentes



posicionamientos y revisar el peso que, según las y los entrevistadas/os, adquiere cada uno en el tratamiento de los problemas de Salud Pública.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 3 segmentos de sentido:

- c.1) La capacitación como dimensión determinante en Educación para la Salud.
- c.2) El entorno como fermento de las condiciones de posibilidad de las prácticas de Salud.
- c.3) La tensión en la Promoción de la Salud entre el enfoque centrado en la persona y el centrado en el entorno.

### ***c.1) La capacitación como dimensión determinante en Educación para la Salud***

Las y los profesionales de Salud Pública consideran que el conocimiento es un elemento esencial en la Promoción de la Salud puesto que permite orientar la toma de decisiones. Partiendo de la comprensión de las prácticas personales desde un modelo centrado en el sujeto, sostienen la importancia del conocimiento como el componente primero que guía la acción de las personas y que, gracias a él, saben qué hacer y cómo hacerlo. Pero, al mismo tiempo, asumen que el conocimiento no es suficiente para garantizar las prácticas saludables, puesto que la persona para pasar a la acción requiere de una voluntad, de la intención de actuar saludablemente.

Desde esta óptica de los hábitos, las y los profesionales de Salud Pública expresan que para influir en las prácticas de salud de las personas es necesario abordar 3 componentes de la acción: *saber qué se tiene que hacer* (conocer cuáles son las prácticas saludables y cuáles no lo son), *saber cómo hacerlo* (dominar las estrategias para alcanzar las prácticas saludables) y, finalmente, *tener la intención* de hacerlo (desear realizar las prácticas saludables).

*“Has de saber, has de saber fer i has de voler fer-ho en un entorn que t’ajudi a fer-ho” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 17).<sup>cdl</sup>*

Afirman que las intervenciones orientadas al conocimiento de objetivos de salud, *el conocimiento del qué*, son acciones de gran tradición en el trabajo de Promoción de la Salud<sup>219</sup>. En este sentido, los discursos sobre lo saludable y lo no saludable son goznes

---

<sup>219</sup>Ejemplo de estas actividades son las que difunden discursos sobre no fumar, no beber excesivo alcohol, tener una dieta saludable, hacer ejercicio físico etc.

mediante los cuales las y los profesionales de Salud Pública mueven las intervenciones de Promoción de la Salud.

*“S’ha d’utilitzar els mitjans...més eficients per aconseguir que tot el que és una informació que en realitat no és informació sinó que és desinformació que tenen els joves, doncs els arribi quina és la informació real” (F2/EO/V/NR/M Pág.6)<sup>cdli</sup>*

Si bien las y los profesionales de Salud reconocen que el abordaje sobre el qué es extenso y habitual en las políticas de Salud y en el conocimiento de la población, plantean que existen espacios de *desconocimiento* en la población sobre cuál es el límite de una práctica sana.

*“Nosaltres tenim que ajudar a que la gent sàpiga què té que fer...que la majoria sap que no té que fumar, per exemple...la majoria sap que l’alcohol no és massa bo per res, no? Però vull dir...però hi ha coses que no se saben tant perquè, a vegades, la gent pensa...bueno, el tabac està mal però una cigarreta al dia no està tan mal...perquè total una cigarreta...O, o...prendre’s una copa de vi o l’ho que sigui el cap de setmana tampoc està malament. Llavors, vull dir...mmm...a vegades, sí que se sap què però; a vegades, no se sap del tot tal què”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)<sup>cdlii</sup>*

Con todo, el ser saludable es un proceso que “se hace” y, en ese “hacer”, las prácticas cotidianas son esenciales para la estabilización como *personas saludables* o, lo que es lo mismo, personas que actúan habitualmente según los criterios de Salud. Para esto, las y los profesionales de Salud Pública expresan que no basta con saber cuál es la norma de ser saludable sino que se vuelve necesario asociar a cada saber las *instrucciones* para acceder al objetivo en Salud. Por este motivo, en sus discursos, convierten el segundo elemento, *el cómo*, en otro gozne esencial de promoción de la salud. Entienden que el aprendizaje de pautas de acción son herramientas que habilitan a las personas proporcionándoles aptitudes para *hacer(se) saludables*. Manifiestan que para conseguir la meta de salud (el *qué*) se deben conocer los pasos y las indicaciones para ello (el *cómo*). Es decir, es necesario detallar qué quiere decir una *alimentación variada y equilibrada*, qué se entiende por ejercicio *físico saludable*, qué significa beber *excesivo alcohol*, etc.

*“Com poder cuinar, una cuina saludable que no sigui només planxa? La gent ha de saber que nosaltres quan parlem d’alimentació saludable no parlem només de menjar a la planxa...que pot ser molt variat i que pot ser molt diferent...i que un fregit de vegades tampoc està malament si està ben fregit...amb l’oli adequat, la temperatura adequada i tot això”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)<sup>cdliii</sup>*

Desde el punto de vista de las y los profesionales de Salud Pública, la vida se vuelve un conjunto de instrucciones sobre usos prohibidos (por ejemplo, consumir drogas o

tabaco, mantener sexo esporádico sin protección, etc.) y sobre matices y formas de ser (qué, cómo, cuándo y cuánto beber, comer, movernos, relacionarnos, etc<sup>220</sup>).

*E: (...) els quatre eixos bàsics per la promoció de la salut de la població. ... Com ens a relacionem, com mengem i com ens movem, una mica, no?*

*I: Mm*

*E: Bueno, i què consumim. (F1/EO/SP/NA/M Pág.5)<sup>cdliiv</sup>*

En las entrevistas, las y los profesionales de Salud Pública afirman que la población tiene un gran conocimiento sobre los criterios de Salud propuestos desde Salud Pública, pero que es menor su conocimiento sobre las estrategias a desarrollar para alcanzar y/o lograr su cumplimiento. En este sentido, perciben que la población general tiene mayores dificultades para entender los criterios (a menudo cambiantes) que deben aplicar en relación con las prácticas a realizar para alcanzar la meta en salud, que sobre las metas en sí mismas. Destacan, además, la necesidad de incidir en mayor medida en políticas promoción de la salud que doten a las personas de saberes estratégicos para actuar con la finalidad de alcanzar la meta de salud.

*“El problema, moltes vegades, és en el com per a alguna gent...es a dir, com puc fer activitat física si no puc anar al gimnàs 3 vegades a la setmana? Per tant, per això els nostres missatges van molt en dir: no! Tens que acumular 30 minuts i pots ser...doncs això...baixant-te una parada abans del bus...ehhh...pujant més les escales, fent...jo que sé, l’ho que tinguis que fer a casa...regar plantes...lo que sigui més més...millor per tu. Però pots acumular-lo...per l’ho tant, això aniria a saber com”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.16)<sup>cdlv</sup>*

Asimismo, por lo que se refiere al establecimiento de criterios sobre cuáles son las metas para ser saludables (el *qué*) y las instrucciones para conseguirlo (el *cómo*), las y los profesionales de Salud Pública, si bien aluden a conductas idealmente prohibidas (como fumar o drogarse), suelen desplazar los mensajes de la prohibición a la modulación. En efecto, en las entrevistas afirman que promocionar hábitos saludables implica una cierta tolerancia de acciones que, desde Salud Pública pueden considerarse no saludables. Manifiestan que no se trata de un planteamiento dicotómico (sano/no sano) en el que todas las acciones potencialmente dañinas sean prohibidas, sino de un continuo en el que ciertas prácticas pueden moderarse hasta ser reconducidas hacia unas prácticas aceptablemente saludables.

---

<sup>220</sup>Son ejemplos la campaña “5 al día” (<http://www.5aldia.es/es/>) relativa a la promoción del consumo de frutas y verduras, patrocinado por la Generalitat de Catalunya y Gremios de Empresas de Frutas y Verduras (consultado el 16.08.2014), o el programa PAAS ([http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/salut\\_publica/paas/](http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/salut_publica/paas/)) que detalla qué se entiende por actividad física y se establecen las equivalencias de ejercicio a acumular para conseguir 30 minutos diarios de actividad, del Departament de Salut (consultado el 16.08.2014)

*“Jo insisteixo molt i encara l’altre dia algun em portava un fulletó...era de fora d’aquí, que deia ‘fulletó de com tenir una vida saludable: no fumis, no prenguis el sol...’ I jo deia: ‘Home no, això és impossible...no!’”.* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)<sup>cdlvi</sup>

Sostienen que las prácticas de ser saludables son diversas, y que la persona suele convivir realizando acciones sanas y otras no tanto, por lo que el movimiento hacia ciertos niveles “no del todo saludables” es una acción esperada en la cotidianidad de las personas. En este sentido, plantean que lo importante no es tanto la acción puntual, sino la suma de todas ellas, cuyo resultado esperable en la balanza es el mayor número de prácticas positivas en relación a hacer (se) saludables.

*“No un dia no passa res’, no un dia no passa absolutament res, però un dia darrera l’altra és quan comença a passar”* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.15)<sup>cdlvii</sup>

Es bajo esta premisa que las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que la búsqueda para dotar de criterios sobre qué hacer y cómo conseguirlo en Promoción de la Salud se orienta a generar recursos para que las personas sean capaces de tomar *decisiones saludables*. Es en estas coordenadas donde erigen a la Educación de la Salud como la línea de intervención prioritaria orientada al discernimiento de las personas sobre qué es saludable y cómo conseguir serlo mediante la información y el trabajo de habilidades personales y relacionales.

*“Lo important que ha de saber un nen de zero a sis anys és eh... ser capaç de tastar-ho tot; de sis a dotze ha de ser capaç de poguer entendre que la dieta és una cosa variada que no es pot menjar sempre pasta, etc etc, i a setze ha de saber doncs comprar, cuinar”* (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.2)<sup>cdlviii</sup>

Según este posicionamiento, las prácticas de las personas tendrían que estar mediadas por el discurso de Salud, a partir del conocimiento sobre qué es y cómo ser saludable, prácticas que se transforman en costumbres, *estilos de vida* en la medida que son interiorizadas y se vuelven un hábito para quien la realiza.

*“A promoció que és fer canvis d’actuació o canvis de, de la, de, canvis amb les persones d’alguna forma, estem intentant que canviïn els seus estils de vida d’alguna forma i això requereix a vegades una metodologia molt concreta, i cal veure si s’està fent, tot i així”* (F2/EO/CS/NR/M Pág.2)<sup>cdlix</sup>

Sirviéndose del prisma de crear capacidades para habilitar a las personas a desarrollar pautas saludables, las y los profesionales de Salud Pública plantean desarrollar actividades y estrategias de formación e información sobre maneras de ser y *hacer* alternativas de salud.

*“També doncs poden saber, com fer un menú saludable no? Per exemple, eeh... una cosa que volem fer a la universitat que trobo que està molt bé és fer uns tallers pels nanos que comencen primer, que s’han emancipat i han anat a viure en un pis, primer i segon no? Clar, eeh... Què acaben fent? Hamburguesa el congelat el no sé què... i el meu fill es menja crispetes no? perquè no té altres recursos. Pos els hi ensenyas a fer, amb poc temps i amb pocs recursos pos... jo que sé pos una amanida divertida no? o una truita no sé, pues... bueno pos tot això va... va calant no? segurament... pos enlloc d’anar al McDonald’s pos igual... no sé...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.15)<sup>cdlx</sup>*

En las entrevistas vinculan la dotación de criterios con un cierto margen de libertad y racionalidad que atribuyen a la persona en el momento que ejerce una acción. Asumen que la persona integra el discurso de Salud junto a otros existentes. De este modo, a la información *oficial* sobre la salud y a las pautas para conseguir ser saludables, se sumaria al entramado de conocimientos y de experiencias que la persona posee y a partir del cual toma decisiones en sus prácticas, convertidas en hábitos si se interiorizan en su cotidianeidad.

*“Vull dir, tard o d’hora l’individu haurà... tindrà... se li presentarà una opció i ell haurà de decidir, val? Com més arguments tingui per dir que no, doncs millor, lo que se li ha de fer és doncs potenciar aquests arguments perquè quan sigui el moment que li toqui decidir doncs tingui tots els coneixements per poder dir que no”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)<sup>cdlxi</sup>*

Piensen a las personas como seres racionales que toman decisiones a partir de un conocimiento sobre la situación y de las implicaciones de una u otra actividad. Desde esta óptica, expresan que el conocimiento es un elemento esencial para la libertad, puesto que mientras más criterios se tengan para evaluar una situación, la toma de decisión se vuelve más consciente y reflexiva.

*“La promoció de salut que és total [no se entiendo una palabra]la màxima capacitat per gestionar la seva salut, eeh.. ser el màxim feliç possible, etc, etc, etc. no? I se suposa que això li darà una llarga vida ii.. ii bueno, i si, si a més a més agradable, millor. Però, després, per això li donem coneixements, hàbits i actituds positives davant la salut”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 9)<sup>cdlxii</sup>*

En el proceso de capacitación de las personas hacia la salud, las y los profesionales de Salud Pública sitúan a las instituciones de Salud (en especial, a la Agència de Salut Pública de Catalunya –ASPCAT) como instancias de saber capaces de establecer los criterios para llegar a ser saludables. En este sentido, atribuyen a las instituciones de Salud un lugar de saber privilegiado pero, también, la responsabilidad de dotar de conocimiento a la población en las diferentes esferas de la vida y promulgar su interiorización. Se trata de criterios que se ponen a la disposición de la persona para

que cuente con las competencias en la toma de decisiones en relación con la definición de lo que *realmente* es saludable en contraposición a lo que *no lo es*.

*“Doncs els arribi quina és la informació real perquè tots sabem que en una primera relació doncs pots quedar embarassada i que això una vegada informats doncs ho interioritzin, no sigui una cosa que , ai si, no, o sigui ho tinguin tan interioritzat que sigui part del seu coneixement”* (F2/EO/V/NR/M Pág.6)<sup>cdlxiii</sup>

En cuanto al tercer componente de la acción, la *voluntad de actuar*, las y los profesionales manifiestan su importancia en la medida en que se vincula con los criterios de salud aunque trasciende al propio conocimiento. Entienden que *albergar la intención*, que es otra manera de expresar que existe la *voluntad de actuar*, está mediado por el conocimiento sobre qué prácticas son saludables, cómo alcanzarlas y también por la valoración del coste-beneficio de estas. Vinculan al beneficio obtenido mediante la práctica de Salud con una gran variedad de elementos que van, desde aspectos físicos (como el incremento de capacidad aeróbica), materiales (como el ahorro económico), interpersonales (como el reconocimiento por el grupo) a aspectos ideológicos (como la asociación de la droga con la adicción y esta con la pérdida de libertad).

*“Deixar de fumar a lo millor ara és una alliberació”.* (F4/O/SP/NA/M Pág.15)<sup>cdlxiv</sup>

Asimismo, manifiestan que el coste tiene una traducción a limitaciones en el entorno de carácter material (esfuerzos para el acceso a ciertos espacios y productos), temporal (disponibilidad de tiempo y necesidad de tiempo requerido para una actividad) o interpersonales (en especial, destacan la presión grupal hacia ciertas prácticas que se vinculan al grupo de pertenencia).

*“Vull dir, missatges negatius o positius, per exemple, una cosa és dir drogues no, i l'altra dir mira, si... és que si prens drogues no podràs fer això, no podràs fer lo altre o... et costarà més això, et costarà més aprendre coneixements”* (F1/O/Pt/NR/F Pág.2)<sup>cdlxv</sup>

*“Per tant, el que està de moda en aquest mini grup és fumar. I, llavors, és aquesta cosa d'utilitzar-lo a l'inrevés...l'ho que sabem que està condicionant que la gent fumi”* (F4/O/Pm/NA/M Pág.12)<sup>cdlxvi</sup>

Las y los profesionales de Salud Pública entienden la voluntad de hacer prácticas saludables desde una perspectiva personal de las elecciones sobre la Salud. Sin embargo, consideran el contexto como un todo que influencia la voluntad de las personas. Por ello, interpretan el entorno material y el grupo como elementos susceptibles de intervenir sobre las personas, puesto que pueden dificultar o facilitar

los discursos de Salud en el sentido de dirigir voluntades hacia la producción de prácticas saludables.

Por este motivo, destacan el desarrollo de intervenciones de Promoción de la Salud orientadas a influir sobre el grupo y sobre el contexto próximo, con el fin de reducir el coste de la realización de la práctica de salud, dificultar el acceso a prácticas no saludables y fomentar la realización de prácticas saludables<sup>221</sup>.

*“Vull dir que és aquest saber què...el saber com fer-ho i, després, voler fer-ho. I per a voler fer-ho, necessitem tots aquests factors. Quan jo et deia el 'Classe sense Fum', intenta posar de moda això perquè la gent sap que no té que fumar però si la manera d'entrar en un grup és que tots els líders fumen...ja ho pots saber però si tots els líders fumen pues tu fumaràs...perquè tu te vols semblar a aquell que té totes les, si és un noi, que té a totes les noies al voltant o al revés, no? Llavors, hi ha aquests elements de...de entorn...aquest element de facilitació que et deia abans en els que tenim que treballar...Que la gent vulgui fer-ho” (F4/O/Pm/NA/M Pág.16)<sup>cdlxvii</sup>*

Las y los profesionales de Salud Pública del Territorio establecen una analogía de las intervenciones en Educación para la Salud con la tarea de jardinería. Afirman que inculcar saberes, formas de hacer y voluntades es cómo plantar semillas, cuyos resultados se proyectan en un futuro indefinido pero esperado, orientado a crear un modelo de salud útil para la sociedad futura.

*“Nosaltres estem a manejar la jardineria aquí a la ciutat, no?, la jardineria a la ciutat no la veus fins al cap de deu anys d'haver plantat aquell arbre. El vigor d'aquell arbre o el que tu pensaves, si és que has pensat que aquesta és l'altra, eh?, si és que has pensat que allò tenia un sentit que allò tenia una realitat i tal no ho veus fins al cap d'un cert temps. Aquí estem parlant de lo mateix, dels fruits d'una millor educació en alimentació, els fruits d'un assoliment d'unes competències, d'uns objectius clars i definits en relacions entre les persones i tal, no ho veuràs d'un any per l'altra, de cap manera, això ho veuràs quan els individus arribin a adults i quan els individus aquests que ara són nens tinguin millors competències en alimentació que els que tenim nosaltres o els que teníem els nostres pares és probable que en els seus fills transmetin uns coneixements sobre la nutrició i por lo tant que la societat vagi avançant” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.13)<sup>cdlxviii</sup>*

---

221 Un ejemplo de este tipo de intervenciones en el entorno escolar es la actividad *Classe sense fum*, orientada a la prevención del consumo de tabaco (<http://www.xtec.cat/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/95841b45-480e-4fce-b340-35c4634f75ce/infotabac.pdf> (consultado el 20.08.2014) En ella se trabaja la influencia del grupo de iguales para estimular la voluntad de no fumar apelando al criterio personal (creando compromisos individuales) y al criterio colectivo (creando compromisos de grupo). Lo que se plantea es producir un cambio en la perspectiva del grupo de jóvenes, a quienes suele atribuírseles la disposición a presionar hacia la realización de prácticas de riesgo, para reorientarla hacia la adquisición un compromiso (“contrato” grupal) de no fumar y conseguir que lo mantengan a lo largo del curso escolar.

En las entrevistas realizadas manifiestan que la Educación en Salud implica la formación en valores socialmente aceptados que trascienden a todos los espacios y se extienden a lo largo de toda la vida de las personas. La coherencia entre discursos en los diferentes ámbitos de relación de la persona y a lo largo de los diferentes momentos de la vida, le corresponde a ese trabajo que han denominado de *jardinería* donde la educación se transforma en un pilar esencial para la construcción del modelo de sociedad con criterios de Salud.

Las y los mismos/as profesionales sugieren que educar para la Salud, como buena tarea de Jardinería, requiere de un trabajo persistente y paciente sobre aquellos elementos que puedan mejorar o interrumpir el desarrollo de los frutos de las semillas que plantan en cada intervención, frutos que, si es que se producen, lo serán en un futuro no inmediato.

*E: Ara tot això és un problema d'anar sembrant, eh? Les llavors, sembren i després es cullen al temps, eh?*

*I: Sí, costa.*

*E: és el que tenen aquests processos de creixement. I aquest és un procés de creixement lent, perquè no podem... no són els resultats immediats, treballar amb això no vol dir que la gent mengi bé demà, que no es drogui, que no sé què, eh? (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.7)<sup>cdlxix</sup>*

Consideran que el proceso de Educación en Salud es un puzzle cuya construcción requiere una labor continuada en el tiempo, donde cada pieza es un espacio que tiene una función en la formación del resultado final de Salud.

*E: (...) són processos molt llargs [sube ligeramente la voz] , vull dir que quan comences això no veus els fruits fins al cap de molt de temps, i això també dificulta una mica... eh... tot el procés de que la gent s'ho cregui s'impliqui, i*

*I: Vale*

*E: Però bueno, jo crec que és taca d'oli anar fent i donarà els seus fruits, segur si això tira endavant. (F3/EO/E/NT/D Pág. 9)<sup>cdlxx</sup>*

### ***c.2) El entorno como fermento de las condiciones de posibilidad de las prácticas de Salud***



En Promoción de la Salud las y los profesionales de Salud Pública atribuyen la decisión última en la persona que ejecuta la acción. No obstante, entienden que el entorno es también un pilar esencial donde la decisión se gesta. Sostienen que el entorno limita o posibilita el desarrollo de ciertas prácticas según las condiciones materiales (por ejemplo, la accesibilidad a productos o las circunstancias del ambiente) pero, también, las condiciones sociales, políticas, económicas e ideológicas (ámbito donde especialmente se trabajan las desigualdades en Salud).

Al considerar el entorno como el marco de posibilidades a partir del cual la persona toma sus decisiones en salud, las y los profesionales de Salud Pública sugieren en las entrevistas, que las intervenciones en promoción de la salud no pueden basarse únicamente en la educación personal, por el contrario exigen integrar el entorno como objeto de intervención.

Es en este sentido que las y los profesionales de Salud Pública entienden la Promoción de la Salud como una iniciativa orientada a dos metas: la primera es capacitar a las personas en la toma de decisiones con relación a su salud y, en segundo lugar, simultáneamente trabajar sobre el marco de posibilidades y los condicionantes que hagan posible la toma de decisiones en salud, tratando de mantener la coherencia con el modelo que promueve la Salud Pública.

*“Així és la promoció: és facilitar. I fitxa’t que veien en la definició d’Ottawa, capacitar als individus de la comunitat perquè ells són els responsables de la seva salut. Però nosaltres facilitem, ho hem de fer fàcil...però els protagonistes són ells. Que això no vol dir que siguin decisions individuals i que les tinguin que fer sols. No! La societat ha de facilitar la promoció de la salut global. I jo entenc que el punt de vista dels determinats, és el meu punt de vista” (F4/O/Pm/NA/M Pág.8)<sup>cdlxxi</sup>*

Es, por este motivo, que expresan la necesidad de abordar los problemas de Salud Pública según diferentes niveles de apelación: a la persona, a su entorno próximo (grupos de relación) y a los determinantes que generan desigualdades en Salud.

*I: [sobre el abordaje de la promoción de la salud] als 3 nivells, Jo crec que lo que hem de fer és mirar de donar un missatge una estratègia d’intervenció amb la que pugui contemplar-ho tot, no? Jo dono un consell que interpel·li a la persona respecte el que fa, miraria alguna cosa relacionada amb l’àmbit més social o més comunitari i després una altra que miraria sobre el determinant, sobre les causes de les causes casi, no?*

*E: Sí.*

*I: Clar, si a una persona li dic: escolta no, beguis alcohol, li estic fent un consell, o seria millor per la teva salut que no beguessis eh... estic fent una intervenció sobre aquest, però a la vegada igual podria donar un*

*missatge global de dir una societat que consumeix menys alcohol a lo millor està... està més bé però a lo millor després ja hauria d'actuar sobre els factors que fan que aquelles persones beguin amb excés, no? (F4/O/SP/NA/M Pág.6)<sup>cdlxxii</sup>*

Desde el prisma de los determinantes de la Salud, las y los profesionales de Salud Pública entienden la comunidad y el entorno como elementos que deben facilitar la toma de decisiones saludables y a los poderes públicos como los principales responsables de garantizar el acceso a esta facilidad de forma equitativa en la población.

*“Per lo tant, l'individu està en el centre i té un paper de decisió que mai ho ha de perdre. I l'ho que hem d'ajudar és que cada vegada tingui més capacitat de decisió però tenim que fer que totes les condicions en les que viu, en les que treballa...tots els determinants estructurals de nivell socioeconòmic...el treure la situació de crisi, d'atur, etcètera...tot això va en contra de la salut per tant tenim que ajudar que la societat sigui una societat que generi salut”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.8)<sup>cdlxxiii</sup>.*

De esta manera, las y los profesionales de Salud Pública (especialmente, quienes tienen tradición en el trabajo sobre determinantes sociales en Salud) sostienen que promocionar la Salud es, también, garantizar las condiciones del entorno que faciliten las prácticas saludables, favoreciendo que puedan ser alcanzadas por toda la población. Destacan que el trabajo sobre las desigualdades en salud busca equilibrar la balanza y reducir la brecha que impone una separación en el acceso a la salud por condiciones sociales, económicas y/o ideológicas.

*“Si tengo una, si yo quiero hacer ejercicio físico y resulta que en mi ciudad no tengo aceras ni hay condiciones para poderla practicar, entonces me tienen ahogado no? Tu te vas por algunas ciudades, te vas por el mundo y ves ciudades que si quieres simplemente caminar no podría! Porque no esta regulado los pasos de peatones, porque los coches se saltan cualquiera....eh? es difícil convivir si yo quisiera ponerme un chándal e ir a correr no sabría muy bien por donde ir porque seguramente me matarían a las dos cuerdas no? Todo eso, eso es lo que hace , o sea crear condiciones para que los estilos de vida y una vida sana puedan ser desarrollados, eso es lo que trata de hacer, pero...(...) y esto es lo que se trata de promover, exacto, si si, cuando voy allí no puedo hacer una alimentación sana, donde esta la fibra vegetal, en Latinoamérica no hay fibra vegetal”. (F2/O/SP/NA/M Pág.14-15)*

En las entrevistas analizadas, las y los profesionales de Salud Pública, al considerar que las intervenciones y las situaciones desiguales determinan la toma de decisiones en salud, plantean la importancia de diseñar acciones que generen marcos de posibilidad para ser equitativos en todo el territorio. Argumentan que el diseño de las

intervenciones equitativas de Salud Pública deben orientarse en dos sentidos: hacia la población general y hacia colectivos en situación de vulnerabilidad.

En cuanto al primer sentido, las y los profesionales de Salud Pública defienden la idea de crear políticas poblacionales de alcance universal que generen marcos de actuación comunes para toda la extensión comunitaria. Expresan que es una meta de la Salud Pública el garantizar el desarrollo de intervenciones básicas en una misma línea en todo el territorio con el objetivo de garantizar una cobertura generalizada.

*E: "Micaa .. d'un programa de mínims reglat i que tothom faria el mateix*

*I: Si*

*E: Òbviament adequat al territori. Però adequat al territori, no vol dir que no es facin els quatre eixos. Vol dir que tu, tens un menú, eh? El menú del dia, no te deixen triar eeh.. diguem la, les coses que hi ha al menú les has de fer totes*

*I: Mm*

*E: Podem fer un primer, un segon i un postre, aleshores lo que passa que podem menjar més o menys de cada cosa, per lo tant no t'obligaran a menjar-te tot el plat*

*I: Clar*

*E: Però les coses bàsiques s'haurien de fer" (F1/EO/SP/NA/M Pág.5)<sup>cdlxxiv</sup>*

Las referencias que las y los profesionales de Salud Pública mencionan sobre el trabajo general en Salud Pública no siempre implica al global de la población, sino que pueden centrarse en intervenciones dirigidas a colectivos específicos, tales como las/os jóvenes, las/os trabajadoras/os que comen fuera de casa, los grupos de deportistas, etc. Sin embargo, en estos casos, no clasifican al colectivo como "desigual" (es decir, en situación de vulnerabilidad social, política y/o económica) sino que plantean un enfoque diferente: diseñan intervenciones específicas porque sus prácticas (por ejemplo, debido a la frecuentación de lugares de ocio nocturno, de trabajo, de ejercicio, etc.) son específicas.

En este marco, las y los profesionales de Salud Pública sitúan las intervenciones como los proyectos "Night School" e iniciativas como AMED <sup>222</sup>.

---

<sup>222</sup>Los detalles sobre las intervenciones a adultos se encuentra en la categoría 3: "La definición de los problemas d Salud Pública como atribución poblacional" del Eje V.

*“Per exemple ara hi ha un projecte mol xulo també de drogues que es diu eeh... Night School Que és que el centre de l'oci nocturn de les discoteques apliquin una sèrie de... de punts a l'oferta que fan, de qualitat no? (...)Clar, si no treballes això, eeh, per exemple no? tenim un problema a les fires de Girona que són d'aquí poc, que els nanos de dotze anys, tot agafen la primera mona allà. Perqu... Perquè tothom els hi serveix cubates amb red... bueno red bull amb vodka vull dir unes coses que dius ostia! Si, ja pots posar una policia allà, bueno... llavors jo penso que és una mica convèncer no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.15)<sup>cdlxxv</sup>.*

En relación con el segundo sentido, la creación de acciones específicas para colectivos en situación de vulnerabilidad, las y los profesionales de Salud Pública expresan la necesidad de sumar actuaciones a las políticas generales para toda la población *focalizadas en colectivos concretos en situaciones de vulnerabilidad*, con la finalidad de reducir la brecha de desigualdad por causas sociales políticas y/o económicas entre personas y comunidades según su pertenencia a grupos específicos (mujeres, jóvenes, gente grande, inmigrantes, etc.).

*“Quan nosaltres parlem de Promoció de la Salut, té molt a veure l'equitat, no? El que les persones, les comunitats puguin desenvolupar al màxim en el seu potencial de salut. Però això implica, per un costat, el que a vegades, segons les situacions, segons les persones, segons les comunitats tenim que fer un abordatge diferents per a arribar al mateix...o a diferent...arribar cadascú al seu potencial...però necessàriament fent abordatges que tenen en compte la situació de vulnerabilitat en què pots estar una persona o grup determinat” (F4/O/Pm/NA/M Pág1)<sup>cdlxxvi</sup>*

### ***c.3) La tensión en la Promoción de la Salud entre el enfoque centrado en la persona y el centrado en el entorno***

Todas las posiciones entrevistadas mencionan la importancia del entorno como elemento que media en la toma de decisiones en Salud. No obstante, el peso que dan al contexto o a la persona se ve reflejado en la relevancia que dotan a las perspectivas de intervención de enfoque individualista o comunitario.

Las y los profesionales de Salud Pública de niveles territoriales (agentes que trabajan en el municipio y en la región en Promoción de la Salud, pero cuya especialidad no es esta), destacan el aspecto de capacitación personal sin hacer grandes referencias en cómo intervenir en el entorno. Suelen señalar como estrategia de intervención predilecta en Promoción de la Salud a la Educación para la Salud en el sentido individualista de la *capacitación para la toma de decisiones*.

*“Perquè aquí el que estem fent nosaltres d’alguna manera és intentar canviar el model, intentar canviar els hàbits a la gent” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.12)<sup>cdlxxvii</sup>*

En contraste, las y los profesionales de Salud Pública de niveles centrales, con mirada en los determinantes sociales de la Salud, destacan constantemente la importancia del enfoque comunitario en la Promoción de la Salud, tanto en el sentido de facilitar la accesibilidad a recursos saludables como también en la reducción de las desigualdades en Salud. Esta visión comunitaria, que subrayan las posiciones del nivel central de Salud Pública, incluye la búsqueda de un cambio de perspectiva que resitúe la intervención en Promoción como un proceso realizado *entre* y no *hacia* las personas sujeto de intervención. Sitúan a las y los profesionales de Salud Pública como *agentes de la comunidad* que deberían trabajar junto a cada uno de los agentes territoriales, tanto agentes organizados en instituciones (empresas, ONG, etc.) como también a las personas que forman parte del proceso de Salud que se pretende realizar. En este sentido, proponen integrar a la comunidad como un todo, que debe implicarse en el proceso de su propia salud:

*“Persones en grups, en comunitat, capaços de prendre decisions saludables en un entorn que faciliti aquestes decisions. A veure, els que fem promoció de la salut, el que tenim que fer és treballar per a la comunitat, formar part de la comunitat, ser un entorn més...no un entorn, un agent en la comunitat que faci que la pròpia comunitat, d’alguna manera, creixi, creixi, no? I que sigui ella la que sigui responsable. Però el nostre paper és que això sigui fàcil, que això sigui possible, que això sigui de la millor manera” (F4/O/Pm/NA/M Pág.1)<sup>cdlxxviii</sup>*

Desde esta perspectiva, convierten a las y los profesionales de Promoción de la Salud en agentes en/entre la comunidad que facilitan el fortalecimiento comunitario. En las entrevistas sugieren la necesidad de trabajar con la comunidad (y no dirigir las acciones hacia esta) a partir de su red existente y su *potencial* para orientar las prácticas hacia la salud.

*“Treballar sobre els actius de la comunitat...És a dir, el que té de positiu, el que te de potencialitat...i no tant sobre les necessitats i el que és negatiu, sinó anem a construir sobre aquelles coses sobre en les que una comunitat és forta...o pot ser forta...o vol ser forta. És a dir que no és un enfocament negatiu perquè no té sentit parlar de promoció de la salut i després parlar només del que és negatiu, dels problemes de salut, de les necessitats, del que no aconseguim...Sinó que té sentit construir de la part més positiva i a partir de les capacitats i a partir de la pròpia gent, sent només un agent més” (F4/O/Pm/NA/M Pág.1)<sup>cdlxxix</sup>*

Quienes defienden el rol de las y los agentes de Salud Pública para trabajar *entre* la comunidad como estrategia para dotar de agencia al territorio a partir de sus propios

recursos y necesidades, sustentan esta mirada a nivel teórico. Sin embargo, la tendencia a atribuir la capacidad resolutoria y directiva de los problemas de Salud a los y las expertos/as hace que, hasta el momento, las intervenciones en sentido participativo con la comunidad como un todo capaz de ofrecer recursos, priorizar sus propios problemas y proponer soluciones sean más anécdotas que un ámbito de actuación habitual en Salud Pública.

*“La Llei de Barris i la Salut als Barris...Llei de Barris és una iniciativa, en el seu dia, del Departament de Política Territorial i Obres Públiques...i llavors, es diu: Oye! no estem parlant de determinats de salut? No estem parlant de condicions de vida que generen un estat de salut o no? (...) si anem a canviar el determinant...anem a posar, en aquest moment, la visió de salut...I anem a sortir fora de l'entorn del Departament i a treballar conjuntament amb l'Ajuntament. I què fen? Ho fen tot directament des d'aquí i fem un programa vertical que arribi a tots els llocs igual? No oye! Anem a fer que en cada barri es reuneixi un equip, que és un equip local...un equip motor, un equip local...que després fa una tècnica qualitativa d'un grup nominal...I que a partir del grup nominal, es decideixen quines són les seves prioritats locals d'intervenció en el territori concret.. (...) un projecte fet en el territori pel grup de gent que cada dia treballa en aquest territori”*  
(F4/O/Pm/NA/M Pág.4)<sup>edlxxx</sup>

#### **d) Categoría 4: Los sujetos y la índole de sus responsabilidades en Salud Pública**

Esta categoría reúne los argumentos que las y los profesionales Salud Pública utilizan para construir sus discursos en torno a quienes consideran los dos sujetos de responsabilidad más relevantes en relación con la Salud Pública: el Estado y las personas. Al primero le atribuyen el compromiso de la detección de necesidades y de la intervención sobre las causas y los problemas de Salud. Al segundo, le asignan el cometido de la toma de decisión final sobre sus actos. El recurso a esta dicotomía se sostiene en una lógica que permite establecer una separación entre la persona (sujeto racional e individual que toma decisiones) y el entorno (condicionantes que influye limitando o facilitado la toma de decisiones).

En la categoría también se examinan los discursos referidos a la atribución de responsabilidad que las y los entrevistadas/os hacen de las instituciones de Salud y se repasan las explicaciones contrapuestas que las y los profesionales realizan sobre los

límites y la articulación de responsabilidades gubernamentales y personales en Salud y las consecuencias éticas que se derivan para las intervenciones.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 4 segmentos de sentido:

d.1) Los sujetos de responsabilidad en salud Pública y sus atribuciones.

d.2) El reparto de las responsabilidades y la capacidad de agencia.

d.3) Los condicionantes de la responsabilidad en salud Pública.

d.4) Las perspectivas sobre la responsabilidad y sus efectos pragmáticos y éticos.

### ***d.1) Los sujetos de responsabilidad en salud Pública y sus atribuciones***

Las y los profesionales de Salud Pública identifican al Estado y a las personas como los principales agentes de responsabilidad en la salud. Afirman que el Estado, representado por las instituciones públicas, es quien asume deberes sobre la Salud poblacional y le atribuyen, por una parte, el compromiso de recoger y gestionar la información de la población y, por la otra, el diseño y aplicación de intervenciones para regular sus prácticas.

En las entrevistas manifiestan que, como parte extensa del Estado de Bienestar, las instituciones públicas adquieren una responsabilidad hacia la población y, al mismo tiempo, se encuentran en una posición de legitimidad respecto del saber y la intervención. Dicho sintéticamente, les atribuyen el deber de pensar y de actuar teniendo en cuenta la Salud poblacional. En otras palabras, mientras crean y transmiten saberes (discursos oficiales de Salud convertidos en verdades), las instituciones públicas diseñan y ejecutan intervenciones orientadas a cambiar situaciones, condiciones de vida y prácticas con miras a construir una sociedad hegemónicamente saludable.

*“E: jo crec que el... la responsabilitat de... d’educar a de impartir d’això, és a les institucions o sigui... la responsabilitat és a les escoles, de... de... de... dels metges, de tot això no... no és la respon... no sé si és la seva responsabilitat també. (...) Tu els hi has d’oferir. Si ho agafen o no ho agafen això ja és una altre història, o si ho volen o no ho volen és un altre problema no? Llavors oferir-ho jo crec que si que és responsabilitat mm... d’aquest cantó no de ells no? (...)*

*I: . I finalment, llavors tu creus que la responsabilitat de la salut en la població és de... de a nivell governamental, de a nivell de l'Estat.*

*E: mmm... bueno, jo no sé si és només d'allò jo crec que... com a mínim és compartida. Però si... A veure al menos eeh... qui ha de pensar-hi, qui ha d'insistir-hi qui d'això si... L'altre cosa és que els altres no els hi fagin cas després no? O no hi vulguin participar, però al menos intentar-ho... no? perquè no? No ho sé..". (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 10)<sup>cdlxxxix</sup>*

Destacan la gran variabilidad de ámbitos de intervención que tienen repercusiones en Salud y la existencia de diversas instituciones públicas con responsabilidades en esta. Ponen especialmente de relieve a las organizaciones gubernamentales (el Estado, la Comunidad Autónoma y las administraciones locales) pero también atribuyen responsabilidad en Salud Pública a otras instancias e instituciones que intervienen en áreas vinculadas, directa o indirectamente, con la Salud. En este sentido, al acentuar la multiplicidad elementos que configuran la Salud de la población, defienden la necesidad de que cada una de las instituciones inmersas en el entramado social, se comprometan en garantizar la Salud de la población.

*“Cuando la Salud Primaria asume la responsabilidad sobre la población que tiene asignada, y no únicamente sobre los que vienen, cuando compacta el trabajo con la Salud Pública cuando se expresa localmente, acaban configurando el espacio de la salud comunitaria cuando nuestro referente es toda la población y los riesgos. Y a estos se agregan pues ONGs, instituciones, asociaciones, el tejido social que también está preocupado por la salud” (F2/O/SP/NA/M Pág. 5)*

Con todo, las y los profesionales de Salud Pública expresan que la incumbencia de la Salud no es solo responsabilidad de los departamentos específicamente encargados de esta, sino que son trascendidos y desbordados por otras áreas institucionales (educación, urbanismo, medio ambiente, servicios sociales, etc). Atribuyen al Departament de Salut y, en especial a su área especializada en salud pública (la Agència de Salut Pública de Catalunya –ASPCAT), la mayor responsabilidad y el liderazgo en el diseño de intervenciones (asignándoles también la función de dirigir las actuaciones de otras entidades en una misma dirección y marcando el camino de *estas hacia un mismo sentido de la Salud*).

*“Por tanto, todos los derechoanientes, que tienen la tarjeta, han de esperar, individual, o colectivamente, que habrá alguien que estará velando por proporcionarle los servicios de Salud Pública. Y esto lo hará, no exclusivamente, pero principalmente, la Agencia de Salud Pública de Catalunya” (F2/O/SP/NA/M Pág. 1)*

*“I: Qui té la responsabilitat en la Salut Pública? Qui és responsable de la Salut Pública?”*



*E2: [risas] a on?*

*E1: tots una mica, jo entenc*

*I: en general*

*E2: en general tots una mica, però normalment, sempre és bo qui hagi algú que tingui la veu del Departament d' alguna forma en aquest cas jo entenc que la persona que ha de tenir el lideratge de Salut Pública serà al que li toqui, jo penso que a ella , és lo lògic sera la persona que porti el càrrec d'alguna forma de responsable d'Agència de Salut Pública. De totes formes t'he de dir que jo penso que tinc la sensació de què la Salut Pública és una cosa molt amplia i tothom té la seva part de responsabilitat , no sé si m'explico. Es bo, evidentment, que hi hagi una estructura organitzativa, sense una estructura organitzativa això pot ser un, un girigai”(F1/EO/PtiCS/NR/B i M (2) Pág. 15)<sup>cdlxxxii</sup>*

Asimismo, resaltan el rol activo de la persona en la toma de sus propias decisiones. Apoyándose en la noción de libertad individual, conceden al sujeto autonomía para asumir riesgos a partir de la ponderación que este haga entre los costes y beneficios de su conducta. Depositán en cada habitante la obligación última del cuidado de su propia salud puesto que, argumentan, más allá de los condicionantes existentes, es quien toma la decisión de hacer o no una práctica-saludable o no saludable.

*“Tu tens la llibertat, tu has de poder triar, tu has de ser autònom has de ser responsable has d'assumir els teus això, vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)<sup>cdlxxxiii</sup>*

En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública destacan la importancia evitar que la población asuma un rol pasivo en su Salud, promocionando la importancia de la toma de decisiones particulares en el cuidado propio y evitando que la responsabilidad última caiga en las instituciones del Estado.

*“Primero has de assumir la responsabilidad sobre tu salud, es tuya no?, y esto también lo dice la, la ley de salud pública de Cataluña, no? O sea la idea es tratar de transmitir la ... las decisiones sobre tu salud que tu tomas, no?” (F2/O/SP/NA/M Pág. 13)*

Sintéticamente, puede afirmarse que el discurso de las y los profesionales de Salud Pública sobre la responsabilidad en Salud parte de la consideración del Estado como una garantía de cuidado de la Salud poblacional, ya que es este quien provee de herramientas y condiciones para que cada ciudadana/o tome las decisiones *correctas*. En este marco, colocan al sujeto racional como *la clave* de intervención porque puede reproducir (o no) ciertas prácticas vinculadas con la Salud. La toma de decisiones última recae en las personas y se trata de resoluciones adoptadas a partir del discernimiento del sujeto pensante sobre lo que está bien y lo que está mal y sus consecuencias. Mediante la aplicación de esta lógica, las entrevistadas y entrevistados

apelan a un cierto grado de libertad atribuida a los actos perpetrados por cada persona cada vez que escoge opciones de ser.

*“Penso que si acabo dins d’una societat molt més madura des d’un punt de vista de capacitat de pensar, de capacitat de raonar... i una cosa que jo dic molt sovint i que a més m’agrada molt dir que és dir: ‘jo n’estic fart de què em tractin com adolescent irresponsable, jo sóc adult i m’he fet gran i vull ser responsable dels meus’ ”(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 13)*  
cdlxxxiv

#### **d.2) El reparto de las responsabilidades y la capacidad de agencia.**

La atribución de responsabilidades que establecen las y los profesionales de Salud Pública la basan en la consideración del Estado y las personas como entidades separadas.

En sus discursos construyen a la persona como sujeto pensante que recoge la información del medio sobre un aspecto de la vida, la procesa y evalúa el esfuerzo que le supondría la realización de un determinado comportamiento y calcula los beneficios esperados. Es, entonces, según las entrevistadas y entrevistados, como resultado de este proceso, que la persona toma decisiones y actúa consecuentemente. Al atribuirles a las personas esta condición de *analistas racionales* de la información sobre Salud, las y los profesionales asumen que es el individuo quien finalmente toma la decisión sobre sus actos y, por lo tanto, tiene un cierto grado de responsabilidad sobre ellos.

*“M’estan explicant unes coses a vegades que dius, osti! ‘Escolti jo ja penso jo ja sé lo que m’està dient vostè’ ” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 13)*  
cdlxxxv

El sujeto pensante que construyen detenta como cualidad fundamental la razón. Este rasgo lleva a concluir en sus discursos a las y los profesionales de Salud Pública que la persona es la unidad mínima de intervención hacia dónde deben dirigirse las actuaciones del Estado. En congruencia con ello, la intervención del Estado debe estar orientada a *empoderarlas* en relación con su salud, dotarlas de conocimientos y aptitudes para la toma de decisiones.

*“És a dir, si una dona no pot donar el pit o no vol donar el pit al seu fill o a la seva filla...està perfectament informada de com fer-ho i no és perquè li faci mal els primers dies ni res sinó perquè és una decisió conscient o és una decisió motivada per la seva salut...la respectem. I sempre ha de ser des del marc del respecte”.(F4/O/Pm/NA/M Pág.17)*  
cdlxxxvi

Asimismo, construyen el contexto o entorno como un componente de la vida externo al sujeto, pero que debe ser controlado ya que entienden que los aspectos políticos, sociales, económicos y el grupo de relación limitan o facilitan la toma de ciertas decisiones. Desde esta perspectiva, las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que el entorno es exterior, pero que media estrechamente las prácticas de la persona.

*“Es un tema de presión social eh? o la presión del grupo hay que aprender a decir que no eh delante de algunas cosas, eh, el muchacho que le ofrecen un tabaco, un cigarro de no, no fumo gracias, ostras esto es duro, es, no se si es un héroe, pero , pero tiene que estar bien formado, tiene que...si, si, es ... es lo de la asertividad y todo esto”*  
(F2/O/SP/NA/M Pág.16)

*“Sempre hi ha eixos bàsics de desigualtat com podria ser l’edat, gènere, nivell socioeconòmic, com mínim...i l’ètnia...Segon si com, perquè si tu treus una persona del seu entorn i la col·loques aquí, només porta dos anys i està sol perquè no s’ha produït reagrupació familiar i totes aquestes coses...Tot això condiciona molt la seva salut”.*  
(F4/O/Pm/NA/M Pág.6)<sup>cdlxxxvii</sup>

### **d.3) Los condicionantes de la responsabilidad en salud Pública**

Las y los profesionales de Salud Pública atribuyen a las instituciones públicas la responsabilidad de dotar a las personas de las condiciones necesarias para la toma de decisiones conscientes y libres. Para ello, desenvuelven su actividad trabajando sobre la formación de saberes que proporcionen criterios y sobre los condicionantes que puedan facilitar o dificultar una elección saludable y/o el paso de esta decisión a la práctica. Desde esta óptica, las y los profesionales de Salud Pública asumen que la finalidad última del Estado es posibilitar situaciones para que la persona pueda tomar decisiones de forma libre y razonada.

Como se aprecia en las entrevistas, el rol que otorgan a las instituciones de Salud Pública, como garantes de las condiciones de ser para que las personas tomen decisiones en salud, se sostiene en los discursos relativos a la libertad individual, que las y los profesionales de Salud Pública utilizan para construir poblaciones que toman decisiones racionales, autónomas y consecuentes a partir del conocimiento de *las cosas como realmente son* y mediante el procesamiento de la información de mentes sanas, racionales e informadas.

*“Evidentemente lo que, lo que, se trata es decir, si yo tomo decisión sobre mi salud que no puedo mmmm adoptar porque están, porque los condicionantes de salud generales me lo impiden, probablemente*

*esperaría a que la administración me estuviera poniendo las cosas fáciles no?” (F2/O/SP/NA/M Pág.13)*

En este sentido, asumen la responsabilidad del Estado pero escapándose de las miradas de excesivo control y cuidado de una pretendida libertad individual de la persona. Es decir, las y los profesionales de Salud Pública huyen de la concepción “paternalista” o coercitiva de las intervenciones del Estado hacia la población. Expresan fomentar condiciones que faciliten entornos saludables y potenciar la autonomía personal en la toma de decisiones de las personas, haciendo al sujeto responsable último de sus actos y decisiones.

*“Ah, bueno, mira una de las cosas que también dice la ley y que, también, es, que, es, estar, bueno fomentar, bueno incluso ahora que estaba revisando la, la ley española, es el tema de la autoresponsabilidad, es decir, oye, mmmm, aquí no se trata de ser o tratar de el papá está y te va a solucionar los problemas no? (...) Pero últimamente, en última inst, aquí no se trata de hacer de policías sanitarios ni mucho menos,-, y por lo tanto la responsabilidad es de cada uno! Y además es casi, muchas veces decíamos, esta ley obligará a que la gente consume, coño, no!” (F2/O/SP/NA/M Pág.13)*

En sus discursos, las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que los límites de la libertad y de la autonomía se vuelven difusos ya que, a su juicio, se produce una tensión en constante movimiento para establecer los límites de vigilar o velar por la salud de la población en la búsqueda de no ser excesivamente paternalistas o excesivamente laxos en la función del Estado. Afirman que el Estado muchas veces aplica medidas correctivas a las desigualdades sociales provocadas por sus propias políticas o por injerencias del mercado (acciones dirigidas a los determinantes de la salud, campañas de educación de hábitos saludables frente a una vorágine de discursos sobre el consumo, la estética, la competitividad, la rapidez etc.) que fomentan prácticas contrarias a las propuestas para garantizar la salud poblacional.

*“O sea que la, la idea, claro mucha gente dice 'ostras esto es mucho eee, control social', pero y dónde esta la libertad individual, pero es que la libertad individual sin información, eh, no se si es mucha libertad eh, porque a lo mejor estas condicionado por modas, por elementos comerciales, por no se qué, ¿no? Es decir, a lo mejor tu eres un esclavo de ...un poquito aquel póster que dice 'sóc lliure i fumo, porque vull'<sup>tedbxxviii</sup>, y en realidad eres una marioneta de otro no?(...) además si somos muy coercitivos probablemente no equivocamos, o sea esto durara..es que primero esto no funcionará” (F2/O/SP/NA/M Pág.15)*

En la tensión entre la responsabilidad del Estado y la libertad personal, las y los profesionales de Salud Pública manifiestan que el Estado autolimita su actuación en aras de no *invadir* la libertad personal. No obstante, la existencia de inputs y condiciones sociales, políticas y económicas que puedan orientar a prácticas no

saludables, hacen que resitúen al Estado como institución legítima para mejorar las condiciones del entorno y contrarrestar la influencia negativa de otras fuentes interesadas.

*“Ley que lo que dé son los derechos de opción, si yo decido tener o adoptar un estilo de vida saludable tengo quien me va a estar apoyando, y no desde el punto de vista del paternalismo sino de crear condiciones para que lo pueda desarrollar no?” (F2/O/SP/NA/M Pág.14)*

De este modo, en las entrevistas, colocan al Estado en una situación privilegiada para orientar unos discursos, pretendidamente desinteresados, hacia una dirección específica de ser. Así, las y los profesionales de Salud Pública legitiman la actuación del Estado otorgándole las funciones de controlar los factores que limitan nuestra libertad y dotarnos de criterios para tomar las decisiones en base a *conocimientos reales* de una u otra circunstancia vinculada con la salud. Al mismo tiempo que, manifiestan, busca generar un entorno social coherente con el discurso de salud que promueve.

*“Contradicciones continuará habiéndolas ¿no? Pero se trata de al menos de disminuirlas. Yo creo que es un tema de generar coherencia entre lo que decimos que es vida saludable y lo que es la realidad”. (F2/O/SP/NA/M Pág.14)*

#### ***d.4) Las perspectivas sobre la responsabilidad y sus efectos pragmáticos y éticos***

En la diferenciación entre la autonomía de la persona y la función del entorno en la toma de decisiones, las y los profesionales de Salud Pública sitúan las políticas públicas sobre la Salud poblacional según tres enfoques relativos a la relación entre la responsabilidad personal y la responsabilidad estatal.

En lo referente al primer enfoque, tal y como afirman en las entrevistas, las posiciones con mayor experiencia en Promoción de la Salud y en determinantes sociales de la salud (pertenecientes a los niveles centrales del Departament de Salut) asumen que la toma de decisión última es de las personas, pero siempre situada dentro de una posición social, la cual determina sus propias prácticas. En este caso, si bien a la persona no se la despoja de su capacidad de acción (por el contrario, es sujeto de intervención como un valor a potenciar y a tener en cuenta en las políticas de salud pública), la toma de decisiones no saludables no es conceptualizada como producto de

actos personales sino que tiene en cuenta los factores sociales y de sistema que determinan la toma de decisiones.

Esta interpretación de la responsabilidad sitúa al Estado como agente que reequilibra la balanza de desigualdades sociales y garantiza las condiciones para la toma de decisiones en Salud. Es decir, por una parte, se sostiene que educa y promueve la interiorización de valores para la salud y, por otra, centra los esfuerzos en equilibrar las condiciones que generan o predisponen las desigualdades en Salud. Dicho con otras palabras, trabaja con una intervención general dirigida a toda la población y sobre los determinantes sociales de la Salud. La historia de la comunidad, las relaciones sociales, los valores, las políticas, la economía, etc. adquieren especial valor al explicar la situación de salud de una comunidad y la toma de decisiones de cada sujeto dentro de ella.

*“És a dir, que si malgrat totes les coses que es fan, una persona que té una obesitat mòrbida...nosaltres l'ajudarem...perquè estem allí per ajudar-li al màxim. Perquè hi ha molts determinants ...és a dir, el que una persona avui en dia sigui una persona obesa, hi ha tants factors que influeixen...des de factors genètics que juguen un paper petit però juguen...amb milers d'altres factors com el lloc on viu, com viu, què va veure de petit, què factors emocionals té implicats en el valor que li dona al menjar...Tot una sèrie de coses de manera que mai, mai, mai culpabilitzar a la persona. Culpabilitzar a la víctima des d'un punt de vista de societat...de determinats socials de la salut. Si tu li poses la culpa a la persona, estàs culpabilitzant a la víctima que pot ser en algun punt de vista...la seva situació de salut pot estar determinada per el lloc on viu, per les seves condicions”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.18)<sup>cdlxxxix</sup>*

En cuanto al segundo enfoque, las y los profesionales de posiciones técnicas de Salud Pública (con menor experiencia de trabajo en determinantes sociales de Salud), destacan la importancia del establecimiento de responsabilidades mínimas e ineludibles del Estado en Salud Pública. Tal concepción representa la idea que subyace en los programas de mínimos en Salud y tiene una raíz práctica de distribución equitativa de salud. Es decir, quienes defienden esta idea afirman que, ante unos recursos limitados en Salud, el Estado debe proporcionar unos servicios básicos a la totalidad de la población. La otra raíz que contiene esta concepción es ideológica, puesto que derivan la responsabilidad del Estado hacia garantizar la supervivencia y velar por la salud de la población sobre unos problemas fundamentales, mientras que contemplan otros como secundarios (parte de un lujo posible para quienes tengan recursos e interés en adquirirlos). En este sentido, tal y como afirman en las entrevistas, se entiende que existen problemas esenciales, susceptibles de una cobertura universal (orientada a unos mínimos básicos que obedecen a convenciones sociales y políticas dadas como derechos universales), y otros problemas accesorios. En

relación con estos últimos, afirman que las mejoras sobre la prestación básica universal u otros aspectos considerados accesorios en la Salud, son susceptibles de ser consumidos, pero asumiendo la satisfacción de costes personales o colectivos.

*E: Home, jo crec més en els sistemes així europeus, que diguéssim que el nivell bàsic està garantit, val? Després si algo..sempre tens l'opció doncs de..d'anar..és a dir, qui et cobreix a un nivell t'has d'esperar si et vols operar d'alguna cosa, però tard o d'hora t'ho faran, et cobreix a un nivell bàsic, després si vols anar a un metge millor o amb una tècnica millor, doncs t'ho has de pagar tu de la butxaca.*

*I: Clar.*

*E: Però almenys que les necessitats bàsiques estiguin cobertes (F1/O/Pt/NR/F Pág. 1)<sup>cdxc</sup>*

En el tercer enfoque, en el juego de responsabilidades estatales-sociales y personales, algunas/os profesionales de Salud Pública se focalizan en la responsabilidad personal, situando al entorno como un marco lejano que, si bien mencionan como existente, no adquiere especial relevancia para la atribución de responsabilidades. En este sentido, las y los profesionales que se centran en las responsabilidades personales relativizan, hasta prácticamente invisibilizar, la responsabilidad social en la realización de ciertas prácticas y en el desarrollo de enfermedades.

Esto se produce porque llevan al extremo la desvinculación entre el sujeto y el contexto y porque destacan la toma de decisiones personales como el centro de atribución de la práctica de Salud.

*“Que entengui que la teva salut és una responsabilitat teva, no és una responsabilitat de la societat. Ara seré molt bèstia però és clar si tu fumes durant quaranta anys estàs assumint un risc. El que no si val és quan no s'ha assumit aquest risc no si val o no si val del tot quan s'ha assumit aquest risc diguis 'home és que a més a més vostè ara m'està maltractant perquè jo resulta que m'havia d'operar de càncer de pulmó i m'ho està retrasant sis mesos', 'escolti perdoni, vostè porta quaranta anys fumant, eh? jo no l'he pas obligat a fumar a vostè', 'No'” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)<sup>cdxci</sup>*

Estos tres enfoques sobre la responsabilidad no se unifican en un corpus único de ideas sobre la Salud. Por el contrario, conviven juntos entre los diferentes agentes interventores que llevan a cabo acciones de Salud Pública.

El peso que se le da al sujeto o al Estado en la construcción de las responsabilidades en Salud es relevante dado que pone en juego el desarrollo y/o priorización de una u otra estrategia interventiva.

En los tres enfoques las y los profesionales de Salud Pública conciben a la persona como agente que toma la decisión final sobre sus prácticas. Sin embargo, quienes construyen la Salud como responsabilidad colectiva, destacan que estas decisiones están condicionadas por factores sociales, políticos, económicos e ideológicos y, por tanto, asumen que a pesar de ser la persona quien toma la decisión última, la sociedad en general y el Estado tienen parte de la responsabilidad de la práctica o del problema de Salud. Plantean, pues, que la responsabilidad es compartida, y no hay culpa personal en la acción, dado que cada sujeto actúa condicionado por la posición y situación social política y económica que le predisponen la acción.

*“Això té un punt de vista ideològic de base. Hi ha gent que té un punt de vista que pensa que cada persona...vull dir, pot fer les seves decisions, que dona igual que visquis en Sarrià o que visquis en la Mina. I això nosaltres no ho creiem que sigui així perquè veien que taxes d’obesitat infantil i altres coses que no ten res que veure en un entorn que visquis o en un entorn que no visquis. En Catalunya, no hi ha tantes diferències però en alguns, per exemple, en estudis fets en el Regne Units veus que si tu has nascut a Chelsea, en Londres, un barri ben , i l’ho compares amb gent nascuda a Liverpool o a Manchester, en barris obrers en què s’han tancat les fàbriques...pot haver fins a un decalatge de 20 anys d’esperança de vida. Es a dir, que no pots pensar que hi ha un factor genètic allí...hi ha factors de determinants socials de la salut” (F4/O/Pm/NA/M Pág.18)<sup>cdxcii</sup>*

En contraste, quienes desligan las elecciones de su contexto de producción, llevan a hiperresponsabilizar a la persona de su propio estado de salud-enfermedad. Se trata de una hiperresponsabilización que se acerca a la culpa, puesto que dotan de una carga moral a la decisión personal como la causa de malestar o enfermedad.

*“Mica és això és un tema de responsabilitat personal. O sigui ens hem autoacostumat i la Administració durant aquests vint últims anys ens ha acostumat a pensar que tot lo que nosaltres tenim com a problema és un problema que l’Administració es carrega i que tu no tens cap de problema: neva i et vindrà a netejar l’acera de casa teva, no, escolta’m l’acera de casa teva és teva l’acera , la neu l’has de treure tu perquè els Serveis Municipals trauran la de l’hospital, la de les escoles i la de l’ambulatori, vale?, Per què, per què?, perquè és així, perquè tu ets prou capaç agafa la pala i treure-la tu” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.14)<sup>cdxciii</sup>*

*“Jo penso que hi ha una responsabilitat ineludible que és la teva responsabilitat personal, (...) però la responsabilitat personal és teva o sigui si tu que cobres, m’ho invento, mil dos-cents euros resulta que et vols comprar un pis i et vas a comprar un pis i et diuen que et donen el 120% del valor d’aquest pis (...) és veritat, el banc és un cabrón però la responsabilitat final és una responsabilitat teva. ‘Oh, és que tota la societat anava així i jo semblava que era...’, sí, però la decisió final és teva i per lo tant la responsabilitat final és teva i l’has d’assumir i hem d’assumir cada qual les nostres responsabilitats i jo ho dic des*



*d'aquesta perspectiva no ho dic des de cap més perspectiva , vale?"  
(F3/EO/Pt/NT/MA Pág.16)*

Con todo, hasta en los casos de hiperresponsabilización de las personas, las y los profesionales de Salud Pública destacan en las entrevistas otro elemento que actúa más allá del entorno y de las decisiones personales: nuestra estructura biológica. En este sentido, la culpa nunca llega a ser completa puesto que nuestro cuerpo, entendido cómo la estructura biológica que sustenta nuestro ser, actúa de forma diferenciada e independiente de nuestras intenciones .

*“Al final de tot és una qüestió de probabilitats. Tu pots tenir una vida molt sana, et pot passar qualsevol desgràcia o no et passa qualsevol desgràcia, pots tenir un càncer en qualsevol moment perquè és el preu que hem de pagar per ser pluricel·lulars (...) Una vida perfectament normal però tens un cert rigor i una certa disciplina, fas exercici i tens cuidado amb l'alimentació i tal tal, compres molts menys bitllets de loteria” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.15)<sup>cdxciv</sup>*

#### **e) Categoría 5: La condición etérea de la Promoción de la Salud y sus efectos**

Esta categoría agrupa los argumentos que las y los profesionales de Salud Pública manejan en su caracterización de la Promoción de la Salud como un área difusa. Sostienen que, desde una perspectiva práctica, la Promoción de la Salud presenta límites imprecisos con otras áreas de intervención dado que trata múltiples elementos que trascienden el saber puramente médico. Desde una óptica conceptual, afirman que su carácter vago radica en su vinculación con la noción de bienestar, concepto que las y los profesionales de Salud Pública definen difusamente. Asimismo, en la categoría se revisan las repercusiones que la construcción de la Promoción de la Salud como concepto etéreo tiene en la formación de profesionales polivalentes, capaces de integrar diferentes perspectivas de la Salud y en la necesidad de controlar y coordinar las intervenciones de Promoción de la Salud en el territorio, para hacerlas más coherentes y efectivas con el discurso oficial de Salud.

Los discursos que conforman esta categoría se estructura en torno a 2 segmentos de sentido:

e.1) La multiplicidad procedimental y el bienestar como límites borrosos de la Promoción de la Salud.

e.2) La formación como exigencia insoslayable y la delimitación de las actuaciones efectivas en Promoción de la Salud.

### ***e.1) La multiplicidad procedimental y el bienestar como límites borrosos de la Promoción de la Salud***

Las y los profesionales de Salud Pública construyen la Promoción de la Salud como un área difusa. Argumentan su discurso apoyándose en dos componentes: la multiplicidad y el bienestar. En relación con la multiplicidad, afirman que el abordaje de la Promoción de la Salud implica el tratamiento de una gran diversidad de temas y de diferentes aspectos de la vida de las personas que trascienden la pertinencia puramente de la Salud. En cuanto al bienestar, atribuyen a la Promoción de la Salud la propia indefinición del concepto esencial que proclaman como elemento distintivo del área, la intervención para generar bienestar.

Las y los profesionales de Salud Pública asumen, en primer lugar, que la variabilidad de temas de promoción de la salud y la estrecha vinculación con aspectos sociales, políticos e ideológicos que propone el abordaje comunitario, implican un acercamiento a la Salud que trasciende las fronteras del saber puramente médico e implica trabajar en conjunto con áreas como pueden ser urbanismo, la juventud, la gente mayor, la educación, el empleo, etc. Bajo este prisma, exponen que la promoción de la salud no se puede trabajar de forma aislada sin integrar el entorno como un todo que determina, posibilita o limita la Salud poblacional.

*“La promoció del que són els estils de vida, va molt lligat a les modes, a la població, a altres ímputs que se’ns escapen de nosatres. La televisió...” (F1/EO/CS/NR/M Pág.26)<sup>cdxcv</sup>*

Esta concepción implica, tal y como sostienen en las entrevistas, que las y los profesionales de Salud Pública abran el juego de la Salud a otras áreas y espacios de producción más allá de la Salud, reconociendo la incidencia de las acciones de Promoción de la Salud en todos los niveles de relación de las personas.

*“Aviam, el que es vol en promoció és incidir... fer una actuació per incidir en l'individu, o la família, o la societat, val?”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.10)<sup>cdxcvi</sup>*

Esta idea lleva a pensar la Promoción de la Salud como un concepto *etéreo* porque sus límites con otras áreas de intervención-saber son difusos. De este modo, en

contraposición a la Protección de la Salud o a la Vigilancia Epidemiológica, la Promoción de la Salud se convierte en un terreno movedizo para los y las profesionales de la Salud, donde la posición de saber-poder puede ser cuestionada y renegociada con mayor facilidad que la otras áreas de la Salud Pública.

*“És com etereo no? 'Promocionamos salud' ¿no? és etereo, és decir...  
¿No?” (F2/CD/CS/NR/M Pág.5)<sup>cdxcvii</sup>*

Ante la atribución de heterogeneidad al área, las y los profesionales de Salud Pública buscan delimitar las actuaciones para hacerlas aprensibles, manejables y evaluables desde la Salud Pública, manteniendo así el control y el liderazgo en las actuaciones calificadas como Promoción de la Salud.

*“Però aquest... aquest tema, que vindria a ser una sèrie d'accions encaminades a la població, els hi hem d'anar donant forma concreta, perquè després puguis definir uns indicadors que et puguin permetre avaluar uns resultats. Pos... eeeeh... això és lo que s'ha d'anar coordinant”.(F2/CD/CS/NR/M Pág.5)<sup>cdxcviii</sup>*

En segundo lugar, las y los profesionales de Salud Pública suelen definir la Promoción de la Salud, tal y como se refleja en las entrevistas, como el principal ámbito de Salud Pública que trasciende los límites de la *ausencia de enfermedad* hacia la búsqueda del bienestar. Sin embargo, bajo una perspectiva eminentemente médica manifiestan tener dificultades para definir delimitar qué es y qué no es promocionar la Salud. En efecto, si promocionar la salud es ir tras la búsqueda de bienestar, el abanico de intervenciones y temas de Promoción de la Salud se vuelve (prácticamente) infinito.

*“E: (...) hi ha la categoria del benestar que hauria de ser, jo pensaria que això seria desitjable que cada vegada aparegués d'una forma més... més ferma, com un valor positiu que tingues pes en si mateix. Si està bé, és tan o més important que no fer accions per prevenir. Jo crec que si l'incorporéssim com a valor, no?, jo crec que a lo millor seria un element a prioritzar sobre les actuacions de... (...)”*

*I: I quan definim el benestar, en realitat què és el benestar? Quan volem aconseguir el benestar de la població? En salut, no?*

*E: Sí, no sé, hauríem de... hauríem de buscar a veure quina definició la gent fa de benestar, no? Però diríem... Això hi ha una... has llegit algun article sobre salutogènesi? Això és interessant a lo millor per això... Perquè hi ha... hi ha un autor, ja te'l buscaré i te l'enviaré, amb la que... justament treballa aquests temes, eh? (...) li posa una definició aquest, al benestar, ara que recordo, eh? Si aconseguixo que la... ¿i ja està calculant? com la salut entesa com la màxima capacitat per operar i per relacionar-se amb l'entorn. Fa una definició com aquesta, és a dir, jo tinc benestar en la mesura de que tinc totes les meves capacitats com a ésser humà per sentir-me bé i també per actuar amb l'entorn, alguna*

*cosa com aquesta. I això diríem que és benestar” (F4/O/SP/NA/M pag 2)<sup>edxcix</sup>*

En este sentido, las y los profesionales de Salud Pública definen al bienestar como un concepto amplio y difuso. La falta de concreción del bienestar como objeto de intervención en Salud Pública hace que las y los profesionales, al definir la promoción de la salud a partir de tal concepto, la construyan como un concepto vago, con dudas sobre su consistencia en la determinación de su área de especialización. Es decir, volvemos, pues, a la visión de la Promoción de la Salud como concepto etéreo.

*“jo la veritat és que de totes les branques que abarca la Salut Pública aquesta és la que menys veig! Pot ser sóc massa franca?” (F2/EO/V/NR/M Pág.4)<sup>d</sup>*

La idea de la Promoción de la Salud, concebida como concepto difuso, sumada a la necesidad de su abordaje múltiple en las prácticas y condiciones en Salud teniendo en cuenta el contexto social político, económico e ideológico tanto a nivel “macro” como “micro”, hace que las y los profesionales de Salud la piensen como un *área difícil* para el diseño de intervenciones, para la planificación, para la implementación, para la evaluación y para el conocimiento del impacto en la Salud de las intervenciones.

*“E:La promoció, és un dels temes, amb salut pública que potser és més difícil, eeh... i que li costa més donar forma. Costa més donar-li forma, no? Una vigilància, la tens molt clara, una protecció, també la tens molt clara, una salut laboral, li pots anar donant una forma clara, però els temes de promoció potser són els que... costa més donar’ls-hi una forma clara. Eeh... fins ara, eeh... el món assistencial, per un tema de voluntat, feia temes de promoció. Que ningú ho oblidí eh això. Clar... però bueno, jo crec que potser és la part menys concreta de la salut pública.*

*I: I per què? Per què creus...*

*E: Oh perquè, tu interactues amb moltes coses, que estan directament relacionades entre altres amb els hàbits de la comunitat, o dels ciutadans, i no és fàcil eh? Tu t’has posat? Alguna vegada a interactuar amb aquests temes?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 17)<sup>di</sup>*

*“és una de les que és més complicada de donar-li forma. Perquè què és promoció?(...) I com la medeixes tu la promoció?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 18)<sup>dii</sup>*

## ***e.2) La formación como exigencia insoslayable y la delimitación de las actuaciones efectivas en Promoción de la Salud***

El reconocimiento de diversas áreas de interacción en el abordaje de la Promoción de la Salud y en la búsqueda última de bienestar, implica que las y los profesionales de Salud Pública reconozcan la pertinencia de esas otras áreas y ámbitos de intervención más allá de las instancias de Salud, hecho que repercute en la organización de las intervenciones de Salud Pública. Todo ello se hace patente en dos vertientes.

Por una parte, sitúa a las y los profesionales de Salud Pública en un ámbito de desconocimiento, lo cual queda patente cuando en las entrevistas afirman que quienes estaban acostumbradas/os a trabajar manteniendo el poderío en la toma de decisiones y la comodidad del conocimiento sobre *la situación de salud* y los mecanismos para tratarla, se encuentran en un contexto donde su saber se vuelve insuficiente.

*“És clar, independentment aquesta actuació de lo que sigui, de... de lo que sigui, eh? Val? Clar...mm.. un agent de salut per incidir en... en una cosa que una persona que està acostumada a fer una cosa, fer-la canviar d'hàbit, un agent de salut no trobo que sigui el més indicat”.*  
(F1/O/Pt/NR/F Pág.10)<sup>diii</sup>

Por otra parte, las y los profesionales de Salud Pública expresan que la indefinición de los límites de la Promoción de la Salud abre una mayor posibilidad a diversos agentes para trabajar en este área, generando situaciones en la que las intervenciones no son coherentes con las necesidades y acciones territoriales.

*“(...)i la promoció és tan maca, al menys des de el meu punt de vista, que de seguida sembla que tot el món pots fer les coses...però a vegades...ummm...si no tens una miqueta d'experiència o hagis llegit una miqueta del tema o estàs ficat o t'has format profundament en el tema, doncs , passen coses que a lo millor no es respecta suficientment la feina del territori...l'experiència del territori...i poden generar alguns entramats en algún moment”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 9)<sup>div</sup>

Esta diversidad de acciones e instituciones, desde la mirada profesional en Salud Pública, supone un escaso control de actividades por parte de las instituciones gubernamentales y la presencia de interventoras/es de dudosa legitimidad para realizar intervenciones.

*“La promoció és allò que dius: Hem de... promoure que fagin vida saludable, que fagin exercici físic. Això s'ha de fer a nivell de l'àrea... a vegades diu que s'ha a nivell de no se què, s'ha de fer a nivell d'aquí, s'ha de fer a nivell d'allà, hem de promoure no se què... Però tothom té un paper en promoció. Però aquest paper en promoció s'ha format molt poc. O sigui tothom té... tothom fa.. tothom s'atreveix a fer programes de promoció, o fer xerrades de promoció”* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)<sup>dv</sup>

También manifiestan que la variabilidad de áreas que intervienen en la mejora de la calidad de vida de las personas y la indefinición del concepto de bienestar, implica igualmente la utilización de recursos en acciones de efectividad no probada.

*“i a vegades, no som... ni tant sols... és una... un gasto, diguem-ho aixís una... una despesa d’esforços, a vegades inútil. O a vegades amb molt poca, eeh... efectivitat. I moltes vegades... i, casi mai avaluable”*  
(F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)<sup>dvi</sup>

Ante esta situación y al asumir que la convivencia de intervenciones de origen y propósitos diferentes genera la posibilidad de crear discursos que puedan construir objetos y sujetos diferentes de salud, expresan la necesidad de formar a las y los profesionales de Salud Pública en Promoción de la Salud, desde la complejidad, en competencias que les permitan gestionar los diferentes prismas bajo los que se interviene en Promoción de la Salud y evitar que se generen situaciones indeseadas de intervenciones no pertinentes y, en algunos casos, contraproducentes.

*“Hem de professionalitzar i hem de fer competents a la gent (...) Es que la ignorancia es muy atrevida, Valeria.(...) A més és molt fàcil, és relativament fàcil la protecció, perquè és qüestionari i és comprovar condicions de...(...) i la promoció es mucho más complejo”*  
(F2/O/SP/NA/M Pág. 9)<sup>dvii</sup>

Con todo, destacan especialmente que esta variabilidad de discursos sobre qué es saludable o la posibilidad de realizar intervenciones que contradigan aquello que se pretende erigir como una verdad en Salud, vuelven necesaria la delimitación de las actuaciones de la Promoción de la Salud a partir de los criterios que propone el Departament de Salut.

*“Clar, perquè en el territori resulta que hi ha molts agents que fan promoció perquè tothom s’hi atreveix, i... en qüestions de promoció pues en l’àmbit assistencial, pues tens la promoció en l’àmbit educatiu, llavors tens la promoció en l’àmbit social als ajuntaments, etc, etc... diria... i efectivament és així. Per tant el que l’Agència de Salut Pública ha de fer és tenir l’habilitat i aquí a l’assaig demostratiu, de què tot respongui al mateix criteri, o a un criteri més o menys harmònic no? I... estalviar també perquè si hi ha un recurs disponible, el puc utilitzar, i no que tothom qui vulgui aquest recurs se’l creï a mida no? Una mica s’ha demostrat en l’assaig demostratiu que hi ha molt desenvolupament, que hi ha alguns temes desatesos, que hi ha temes iguals enfocats de diferent manera... Bueno, i llavors és fer net sobre tot això. Bueno fer net, harmonitzar una mica”.*(F3/O/Pt/NR/V Pág.10)<sup>dviii</sup>

En la misma línea, las y los profesionales de Salud Pública del Territorio reconocen en las entrevistas realizadas que, hasta el momento, el abordaje de los temas de Promoción de la Salud carecía de coordinación y objetivos comunes, generando

acciones duplicadas, otras ausentes y discursos contrapuestos. Ante esto, expresan la necesidad de ordenar la Promoción de la Salud, estableciendo un marco común y continuo de actuaciones que dirijan los esfuerzos hacia unas metas coherentes sobre la Salud.

*“O sigui la nostra tasca de promoció han sigut campanyes desenganxades que és una altra cosa que veiem en el programa bolets que en diem nosaltres ara toco allò ara toco això ara toco allò altra depenent dels recursos que tinc i de les necessitats que surten però no hi havia fins avui un fil conductor que anés cossin les activitats i que per lo tant poguessis dir 'home això té una lògica, això té un criteri' ”*  
(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.21)<sup>dix</sup>

La delimitación y ordenación de las actuaciones de Promoción de la Salud toma especial sentido en el territorio puesto que las y los profesionales de Salud asumen que es en él donde se materializan las actividades de Promoción de la Salud, tanto las planificadas a nivel central, regional o local desde Salud Pública, como las realizadas desde otras áreas. En este sentido, sugieren que se organice cada una de las intervenciones del territorio en una misma estrategia de actuación, hasta constituirlo como un entramado de acciones gestionadas en un sentido coherente y acorde con los planteamientos de la Comunidad Autónoma.

*“Perquè jo penso que a veure, hem d'abordar, sempre tot, no? O sigui, eeeh... una cosa és que, què ordenarem aquest any, a la Garrotxa? No? Vale ordenarem, l'alimentació, o ordenarem, el tabac. Però un cop l'hàgim ordenat el 2011, el 2012 ha de continuar ordenat d'aquesta manera, no ho deixarem de fer”.* (F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)<sup>dix</sup>

Manifiestan, pues, como objetivo último de la presencia de la Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) en el territorio, el generar un discurso común y coherente de Salud Pública en los diferentes momentos y espacios de relación de las personas, para garantizar una mayor efectividad de los mismos, puesto que asumen que aumentando la coherencia de los discursos de Promoción de la Salud, tendrían una mayor incidencia en la incorporación de prácticas saludables en la población.

*“Sí jo crec que el repte i l'objectiu és aquest. És que...una mica és això no? el que dèiem, si drogues ho fa la policia, ho fa salut i dintre de l'escola hi ha alguna persona que també té coneixements i ho vol explicar a la mainada doncs que tot això no sigui una versió escola , una versió policia, una versió salut, sinó que hi hagi un treball de l'equip operatiu del territori i que tot això tingui a l'igual l'escola comença explicant-ho als més petits perquè és més bàsic i tal. I llavors, més endavant doncs, es pot incorporaraaaar salut explicant doncs una mica més el tema i i l'efecte que tenen a les persones i potser després la policia municipal en moments determinats pot fer també un aport sobre què comporta entrar en el món de les drogues en quant a que tot un seguit de qüestions que se' n poden derivat no? Es tracta de*

*fer un continuum amb totes les, és que tenim molts recursos però de la manera que els estem utilitzant els, no, no, no sumen , sinó que queden com diluïts no?” (F2/EO/V/NR/M Pág.4)<sup>dx</sup>*

En el proceso de delimitación y ordenación de actuaciones de Promoción de la Salud, las y los profesionales de Salud Pública del Departament de Salut, atribuyen a la Dirección General de Salud Pública un papel prioritario puesto que la conciben como la institución de mayor conocimiento y, por tanto, de legitimidad en la planificación y provisión de recursos en Promoción de la Salud.

*“E: Clar jo et parlo d’algun territori en concret o sigui que, hi ha molta... molta variabilitat eh? Molta, molta, molta eh? Jo crec que hi ha molta variabilitat amb aquest tema.*

*I: I tu creus que en aquest projecte, aquesta variabilitat, té una... està una mica endreçada diguem... d’alguna manera...*

*E: Amb l’Agència s’hauria d’endreçar no? Entenc jo que amb l’Agència s’hauria d’endreçar. Amb un futur eh?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 19-20)<sup>dxii</sup>*



## ***CONSIDERACIONES Y REFLEXIONES FINALES***



El recorrido realizado a través de esta investigación se planteaba como propósito desentrañar los procesos de construcción de los problemas de Salud Pública entendida como objeto de gobierno para actuar sobre las personas y su entorno.

En estas últimas páginas quisiera destacar y reflexionar sobre algunos aspectos que se desprenden de la investigación presentada y que considero indispensables para pensar a la construcción de la Salud Pública como problema de gobierno. En este sentido, lejos de pretender un cierre a la investigación planteada, recojo consideraciones con el objetivo de invitar a re-pensar la Salud Pública desde una mirada reflexiva.

Para ello, reúno las piezas clave que la investigación ofrece para reflexionar sobre los objetivos propuestos al inicio, tratados con detalle a lo largo de la tesis. Presento:

- a) *El continuo Salud-Enfermedad como elemento esencial a partir del cual se articulan los discursos de Salud*, que derivan a construir un fenómeno como objeto de intervención en Salud Pública y los efectos de tales construcciones.
- b) *La atribución de responsabilidades sobre las políticas y las prácticas vinculadas con la Salud Pública*, en que el Estado y las personas son constituidas como principales agentes que garantizan (o no) la producción de las *sociedades saludables*. Asimismo, en el marco de las responsabilidades del Estado, presento la relevancia atribuida a las acciones de Salud Pública en la reproducción del sistema social imperante mediante la construcción de sociedades saludables.
- c) Los argumentos que hacen a la *promoción de la salud una tecnología de gobierno clave para la construcción de las sociedades saludables*, que crea entornos y sujetos hegemónicamente saludables a partir de la *administración de sus libertades individuales*.
- d) *El discurso de la complejidad como prisma a partir del cual la realidad toma sentido*. En este marco, la Salud Pública se inscribe en una sociedad compleja, siendo los problemas de salud que trata y las instancias que trabajan sobre ellos, igualmente complejos.
- e) *La evidencia científica como fuente de saber indefectible para legitimar a la Salud Pública*, a partir de ella, ciertos discursos son construidos como verdaderos problemas de Salud Pública y las instituciones que amparan sus acciones en ella, adquieren legitimidad.

- f) *La gobernanza como estrategia predilecta para el gobierno en Salud Pública*, que permite gestionar la multiplicidad de agentes y la complejidad social, y dirigir las intervenciones de salud hacia un sentido común, con la pretensión de hacer al gobierno en Salud Pública más efectivo.

**a) El continuo *Salud-Enfermedad como elemento esencial a partir del cual se articulan los discursos de Salud***

La investigación realizada ha permitido poner de manifiesto como la versión predominante de Salud Pública en los discursos de las/os agentes y responsables de la misma en el territorio de Cataluña, es aquella que se concibe como una acción de gobierno que tiene su fundamento en la construcción de una sociedad saludable, que dirige sus acciones e intervenciones hacia las situaciones y prácticas que podrían perjudicar la salud, mediante la prevención, la protección y la vigilancia; y hacia aquellas que podrían mejorarla, mediante la promoción.

Esta versión, traducida a otros términos, permite entender la Salud Pública como un conjunto de tecnologías de gobierno orientadas a incidir sobre determinados problemas sociales. Es decir, sobre fenómenos construidos, desde un prisma de interés colectivo, como nocivos, conflictivos, indeseables o mejorables, que pueden y deben ser tratados a través de las políticas públicas de Salud.

No obstante, como he podido evidenciar en diferentes momentos de la investigación, no todos los problemas sociales son, *a priori*, problemas de Salud Pública. Por el contrario, la construcción de ciertos problemas sociales como objeto de la Salud Pública, obedece su interpretación a partir del continuo Salud- Enfermedad. En efecto, la construcción en base al mencionado continuo tiene implicaciones supeditadas a los polos que éste traza, ubicando en el:

- Extremo negativo a la enfermedad, que se muestra constituida como un fenómeno visible y ruidoso (por ello, fácil de objetivar y justificar bajo los fundamentos de la evidencia científica), que se hace presente como el límite que interroga a nuestra propia supervivencia y calidad de vida.
- Extremo positivo al bienestar que, al contrario de la enfermedad, es construido como un concepto difuso y vago<sup>223</sup>, que adquiere dos sentidos: (a) el de un

---

<sup>223</sup> La vaguedad e imprecisión de la que derivan ambos sentidos del bienestar provienen de los interrogantes sin respuesta que propician: ¿Cuál es el punto basal a partir del cual puedo realizar mi cotidianidad, si no es posible (y tampoco esperable) una vida sin perturbaciones?; ¿Qué significa alcanzar el máximo potencial de una persona?; ¿Qué es la felicidad?; ¿Cómo es posible objetivar al bienestar? La vaguedad e imprecisión de de la que derivan ambos sentidos del bienestar provienen de los interrogantes

estado basal que permite realizar a las personas su cotidianidad sin grandes perturbaciones físicas y mentales (es decir, un fenómeno silencioso, favorecedor del desarrollo de nuestra vida); y (b) el de la autorrealización personal (es decir, el modelado que hace que cada individuo alcance sus objetivos de vida y felicidad).

La lógica del continuo Salud-Enfermedad permite comprender cómo el control y el tratamiento del extremo negativo constituyen elementos indispensables para garantizar la Salud puesto que, cuando el malestar, la enfermedad o la incapacidad están presentes, la Salud irremediamente se ve afectada. Pero, asimismo, el ruido de la enfermedad en contraposición con el silencio de la salud y el entendimiento de la salud y la enfermedad como parte de un continuo, lleva a que las intervenciones de Salud Pública, sostenidas en argumentaciones relativas a la evitación o prevención de la enfermedad, se erijan en una demostración incuestionable de la conveniencia las acciones de gobierno en Salud.

Las acciones de gobierno, al fundamentarse en evitar enfermedades concretas, inscriben sus intervenciones en la “historia natural de la enfermedad”<sup>224</sup>, entendida como la sucesión de factores de riesgo a los que se expone un cuerpo y/o una mente saludables y que pueden desencadenar una enfermedad. Dicho sintéticamente, las intervenciones de salud, justificadas en la prevención, la protección o la vigilancia de la enfermedad, se concretan en continuos específicos de Salud- Enfermedad propios de la “historia natural” de ciertas enfermedades. Por este motivo, sería más pertinente hablar, en plural, de “continuos de Saludes-Enfermedades”, donde una persona puede estar sana en ciertos aspectos, expuesta a factores de riesgo en otros o enferma en otros diferentes.

Los “continuos de Saludes-Enfermedades” denotan la dificultad de definir a una persona sana o enferma, y expresan una diversidad de espacios y momentos en los que el sujeto puede situarse según los parámetros de tales continuos. Es decir, en ciertos momentos o espacios la persona puede encontrarse enferma, realizar prácticas de riesgo, exponerse a agentes dañinos, etc. mientras que, en otros, puede definirse desde la vitalidad, desde las prácticas y entornos saludables, etc.

sin respuesta que propician: ¿Cuál es el punto basal a partir del cual puedo realizar mi cotidianidad, si no es posible (y tampoco esperable) una vida sin perturbaciones?; ¿Qué significa alcanzar el máximo potencial de una persona?; ¿Qué es la felicidad?; ¿Cómo es posible objetivar al bienestar?

---

<sup>224</sup> Este término define la enfermedad a través de un proceso que se inicia con la exposición a diferentes factores de riesgo patógenos (período prepatogénico), a la presencia de enfermedad (período patogénico) y su consecuencia (resultado).

Las y los profesionales de Salud ubican al bienestar en el extremo positivo de la Salud. Sin embargo, las grandes cargas de subjetividad atribuidas a este concepto comporta que sustentar acciones concretas desde este extremo de la salud se vuelva un argumento de poca fuerza en una sociedad que legitima la objetividad del saber. En este sentido, la subjetividad e indefinición del bienestar hace que, en la búsqueda de intervenciones objetivas con resultados medibles, las acciones vuelvan a justificarse en la prevención de la enfermedad.

Pero aunque en la práctica profesional, las acciones de Salud Pública (incluida la Promoción de la Salud) suelen recaer de forma directa o indirecta en la prevención o protección de la enfermedad, los discursos del bienestar como objeto a promocionar son el elemento distintivo de la Promoción de la Salud en relación con otras áreas de Salud Pública y también el fundamento que permite construir y actuar sobre una sociedad saludable, coherente y útil al sistema social en el que se inscribe.

En este sentido, para la construcción de una sociedad saludable, evitar la enfermedad mediante la protección de la salud, la vigilancia epidemiológica y la prevención de la enfermedad, es un paso indispensable pero no suficiente. La construcción de una sociedad saludable implica crear sujetos que se piensen a sí mismos en clave de salud y bienestar, que quieran serlo y que en sus prácticas cotidianas reflejen tal voluntad mediante la toma de decisiones orientadas a la salud.

Asimismo, el carácter difuso del bienestar y la salud, hacen que todas las prácticas y condiciones puedan ser pensadas como objeto de gobierno. Es decir, las acciones sobre la educación, la vivienda, el empleo, el ocio, etc. pueden ser integradas como parte del discurso de la Salud Pública en la medida que la acción sobre estos ámbitos, aunque se escapen del ámbito estrictamente sanitario, pueden ser pensados como facilitadores o impedimentos para el bienestar poblacional. En este sentido, bajo el modelo de Salud Pública y su fundamento en el bienestar, el discurso de la Salud se infiltra en todas las áreas de vida y relación. En otras palabras, nada se escapa de la acción de gobierno en Salud, dado que todo puede ser objeto de intervención a partir de su posible efecto positivo sobre bienestar de las personas que conforman la sociedad.

El fundamento de las acciones de gobierno en la salud en el continuo Salud-Enfermedad deriva a construir a la Salud como un derecho básico e incuestionable, porque refiere a algo tan esencial ypreciado como la propia vida. Es decir, al asumir que tener salud es, por una parte, estar libre de enfermedades que pongan en peligro la supervivencia y de perturbaciones que limiten nuestras actividades cotidianas y, por otra parte, es un estado que permite a la persona y a la comunidad alcanzar su potencial, la Salud es constituida como un valor superior, una condición indispensable

para la vida y el desarrollo personal y social. Por ello, las tecnologías de gobierno justificadas en la Salud adquieren un carácter ético fundamental y se vuelven “intrínsecamente bondadosas”.

Bajo esta lógica, las y los profesionales de salud destacan el deber que el Estado tiene sobre la población que gobierna. Es decir, las políticas públicas de Salud orientadas a garantizar la posibilidad de tener una vida saludable, carecer o superar enfermedades (o, en su caso, transitarlas con el menor malestar posible) y evitar la muerte prematura, se entienden como un derecho social básico, de acción obligada por parte del Estado hacia su población.

### ***b) La atribución de responsabilidades sobre las políticas y las prácticas vinculadas con la Salud Pública***

Tal y como se puede leer a lo largo de la investigación, además de las reiteradas condiciones sociales y materiales que suelen identificarse como dimensiones implicadas en la producción de la salud y de la enfermedad de la población, y del reconocimiento de la existencia de diversas instancias profesionales y agentes no gubernamentales que despliegan acciones que directamente o de forma colateral, influyen sobre la salud; Suele ocupar un lugar destacado la identificación recurrente de dos agentes claves de responsabilidad<sup>225</sup> en salud: el Estado y los individuos.

El Estado, en primer lugar, a partir de sus instituciones crea y cristaliza su propia responsabilidad sobre hechos que él mismo construye como problemas sociales. En Salud Pública, controla, previene y protege de la enfermedad y promueve la salud a partir de las instancias de Salud Pública adscritas al Departament de Salut.

En segundo lugar, las instituciones gubernamentales de Salud se localizan en un espacio privilegiado de obtención y generación de saberes legítimos sobre ésta. Específicamente, el acceso a la información producida por el saber científico y al originado por la propia institución de Salud a partir de estudios y estadísticas de salud de la comunidad, sitúan al Estado en un rol de arbitraje, en que es capaz de discernir sobre las intervenciones que son realmente necesarias y pertinentes para la población.

En tercer lugar, el Estado asume la responsabilidad de crear sujetos acordes con el sistema social existente. Es decir, propiciando actuaciones que se inscriben en el modelo neoliberal y conducen a su fortalecimiento. En este sentido, el desarrollo de la

---

<sup>225</sup> El concepto de responsabilidad en Salud se vincula con la capacidad de tomar decisiones a partir del conocimiento de sus posibles consecuencias. Por ello, hablar de responsabilidad implica agencia. Es decir, involucra sujetos capaces de proteger, prevenir y/o afrontar hechos de salud-enfermedad.

Salud Pública actual se produce en un modelo social flexible, dinámico y liberal, cuyas intervenciones tienen como consecuencia:

- La creación de sujetos y entornos sostenibles y útiles para el engranaje social<sup>226</sup>. Es decir, se producen sujetos que quieren ser (hegemónicamente) saludables, alcanzando su propia salud mediante la realización de ciertas prácticas y el consumo de ciertos productos y ocio, y se crean entornos acordes con el modelo de Salud que se promulga. La producción de sujetos y entornos saludables tendría como consecuencia un aumento y perfeccionamiento de la fuerza productiva, un consumo de productos saludables y una reducción de gastos sanitarios en la atención a la enfermedad.
- El mantenimiento del sistema de mercado a partir de la habilitación y regularización de ciertas actividades de producción y consumo, y la reducción de los efectos perniciosos que las acciones de mercado puedan tener para la población.

Ambas consecuencias hacen que las y los profesionales de Salud Pública vean indiscutible la función del Estado como garante de las condiciones de Salud que el propio modelo social requiere. Además, su utilidad al sistema sirve de fuente para posicionar a las políticas de Salud Pública como una práctica irrenunciable. En este sentido, como se puede observar en los resultados de la investigación, aquellas prácticas más urgentes para el mercado, se conciben como inaplazables, mientras que aquellas que impliquen una inversión a futuro, aunque son indiscutiblemente útiles al sistema, al no ser urgentes pueden ser postergadas. Bajo esta lógica, no se plantea ninguna acción de gobierno en Salud Pública que no pueda ser comprendida más que en función de su utilidad al sistema neoliberal vigente.

El vínculo que se establece entre las políticas de Salud Pública y el sistema social abre un espacio que permite cuestionarnos sobre la verdad de esa pretendida objetividad de los problemas de salud pública y sus soluciones mediante interrogantes del tipo: ¿Qué cuestiones de salud pueden ser construidas como problemas sociales que cuestionen el sistema neoliberal?; ¿Acaso no existen otras opciones de ser saludables más allá del modelo de Salud que promueve el modelo neoliberal?.

---

<sup>226</sup> En relación con la creación de sujetos útiles, cabe destacar el concepto de “capital humano”, a través del cual se entiende a las personas como fuerza de trabajo que produce beneficios económicos. En clave de la lógica del sistema neoliberal, constituye una inversión que proyecta sus acciones hacia la creación de más y mejores sujetos-máquinas útiles para el desarrollo del sistema productivo. Tal y como afirma Foucault (1978-1979), bajo la lógica del sistema económico neoliberal, todas las acciones de los poderes públicos en Salud pueden ser pensadas como elementos de mejora, de conservación y de mayor tiempo de utilización del “capital humano”.



Por su parte, la conceptualización de *las personas* como principales responsables de su propia salud, deriva de la asunción de un modelo de sujeto al que se le atribuye la capacidad de tomar decisiones racionales, conscientes y libres. Es decir, subyace un alegato sobre la relevancia de la libertad de los individuos sobre quienes se hace recaer la última palabra en relación a su salud<sup>227</sup>.

***c) La promoción de la salud una tecnología de gobierno clave para la construcción de las sociedades saludables***

La Salud Pública, pese a tener como foco de interés a la población, suele adoptar a la persona como la unidad mínima de gobierno. Es por ello que se acostumbra a destacar la importancia de dirigir las estrategias de intervención hacia los individuos, con la intención de que interioricen los discursos y las prácticas de salud. Mediante esta interiorización se pretende como resultado la “sumatoria” de personas más saludables (es decir, cuyas prácticas son acordes con el modelo oficial de Salud Pública), lo que se traduciría en la creación de sociedades más saludables. Para lograrlo, es necesario que se active un doble mecanismo.

Por una parte, el Estado se autoadjudica el deber de acceder a la verdad de la Salud (mediante la producción o el acceso al saber científico y experto) y de informar a los individuos sobre ella y sobre las estrategias para conseguirla. Dicho sintéticamente, el Estado, apoyándose en el saber científico y experto, es quien revela a la población qué es ser saludable y quien la capacita sobre cómo serlo. En este sentido, la acción de informar lleva asociada la pretensión de convencer a quienes son informados/as, para así predisponerles a actuar de forma acorde con el discurso sobre la Salud. Por ello, la producción de verdades científicas en Salud resulta especialmente relevante, dado que la legitimidad del saber experto, sitúa el conocimiento difundido desde el Departamento de Salud como una realidad incuestionable. Es a partir del fundamento experto que, en el mismo acto de informar, se convence a la población de que la información es verídica y pertinente para cuidar de la propia salud.

Por otra parte, la persona es constituida como un sujeto racional que, a partir de diversos saberes, experiencias, criterios y situaciones evalúa costes y beneficios de sus

---

227 Con todo, esta “última palabra” se vuelve relativa según la mirada profesional de quien la interpreta. De este modo, simplifcadamente, nos encontramos, por una parte, con la mirada comunitaria que destaca la importancia del entorno y de la posición social como marco de posibilidad para la Salud y, por otra parte, la de quienes suelen desvincular a la persona de su historia y de sus condiciones de ser para situarla en la racionalidad que la define como sujeto.

prácticas. El resultado de la valoración de ambos componentes tendría como consecuencia la asunción, o no, de prácticas de cuidado de sí.

A partir de la consideración de la persona como sujeto autónomo y racional, el saber en salud es considerado un objeto básico de intervención que se incorpora al repertorio de conocimientos y experiencias de las personas, permitiéndoles actuar de forma reflexiva hacia su salud. Bajo tal consideración, el saber construido se erige en un elemento esencial para la libertad.

Precisamente, la acción del gobierno en Promoción de la Salud y en Prevención de la Enfermedad se dirige a generar saberes y condiciones que posibiliten que las personas asuman *libremente* el objetivo de alcanzar la salud y que, a su vez, estén dispuestas a aplicar ciertas tecnologías del yo para lograrlo. Es decir, que estén dispuestas a actuar sobre sí mismas mediante la aplicación de criterios, saberes y estrategias que permitan evitar la enfermedad y alcanzar el bienestar.

El mero conocimiento de verdades en Salud (el qué y el cómo ser saludables) es considerado un paso indispensable pero incompleto para que las personas pongan en juego las prácticas de ser saludable. Por ello, las y los profesionales de salud, remarcan la importancia de que cada sujeto quiera ser saludable. Es decir, que la persona no sólo asuma tales prácticas como constitutivas de su propia salud sino que cuente con la disposición para practicarlas cotidianamente o, lo que es lo mismo, plantean la necesidad de intervenir para generar voluntades.

La voluntad de ser saludables es vinculada al resultado de la valoración que cada persona haga sobre el coste y el beneficio (aspectos económicos, relacionales, físicos, psicológicos, etc.) que tales prácticas puedan comportar. Así, con el propósito de generar voluntades, se proponen intervenciones dirigidas a incidir en el entorno material y en el grupo como principales fuentes de influencia sobre las decisiones personales. A través de ellas se pretende dificultar o facilitar el acceso y la adscripción a prácticas de salud<sup>228</sup>. Bajo esta lógica, actuar para crear voluntades de ser saludables es desplegar intervenciones sobre el entorno material, con el fin de reducir el coste de las prácticas saludables y facilitar su realización; al mismo tiempo que implica actuar sobre el entorno social, para que sea este el que fomente prácticas sociales saludables y penalice aquellas no saludables<sup>229</sup>. En este sentido, se entiende que crear voluntades

---

<sup>228</sup> Algunas de ellas consiste en la promoción de espacios verdes, la disponibilidad de alimentos propios de la dieta mediterránea, la limitación en el acceso a ciertos alimentos, la utilización de la influencia del grupo para adoptar hábitos saludables y evitar hábitos nocivos, etc.

<sup>229</sup> Por ejemplo mediante la presión social para dejar de fumar.

implica estrechar el marco de posibilidades de ser hacia un entorno y unas relaciones coherentes con los discursos oficiales de Salud Pública.

En los casos en que las voluntades de ser saludables no se hagan efectivas según el discurso de Salud, aparecen las prohibiciones. No obstante, si bien las prohibiciones sirven como límite a partir del cual la elección personal no saludable se ve coaccionada, estas no son el foco principal de intervención en Salud. Por el contrario, la efectividad del gobierno en Salud Pública no se fundamenta en la prohibición, sino en instaurar discursos y prácticas de Salud cuya puesta en escena acabe deviniendo voluntades personales y colectivas.

Somos libres para elegir ciertas opciones de ser, más o menos saludables, pero debemos elegir entre las opciones disponibles ser algo. En este sentido, en el proceso de informar, formar y crear entornos que faciliten ciertas prácticas de salud, se producen y gestionan ciertas libertades posibles, mientras que en esa misma producción de libertades, se excluyen otras que no alcanzan ni a ser imaginadas.

#### **d) El discurso de la complejidad como prisma a partir del cual la realidad toma sentido**

La complejidad constituye un marco interpretativo constantemente presente en los discursos de Salud Pública. Se recurre a él tanto para referir las causas de los problemas de intervención, como para identificar la realidad social donde las prácticas sociales se inscriben y también para señalar la variabilidad de profesionales que intervienen de forma directa o indirecta en Salud. La complejidad entreteje una red cuyos nudos son cada uno de los componentes de la realidad diversa y cuyos hilos se entrecruzan e interpelan constantemente, influyendo uno sobre otros cambiándose mutuamente. Concretamente, la importancia de la complejidad se evidencia en tres dimensiones: la consideración de los problemas de Salud Pública, la forma en que se constituye la realidad social y la diversidad de instancias ocupadas en la Salud Pública.

En primer lugar, *los problemas de Salud Pública* son comprendidos desde la complejidad de causas y determinantes de las causas que pueden desencadenarlos. En este sentido, la gran mayoría de los problemas de Salud Pública se definen como multicausales. Es decir, tener o no tener un problema de salud viene determinado por múltiples condiciones o prácticas que exponen a la persona a tener mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad y cada una de estas causas, a su vez pueden tener más de

un determinante asociado que, a su vez, puede influir en más de una causa de diversos problemas de salud<sup>230</sup>. Planteado sucintamente, el entendimiento de los problemas de Salud Pública se construye a partir de un entramado de causas y determinantes de estas causas que se relacionan y pueden, o no, desencadenar problemas de salud. La intervención implica incidir en la mayor cantidad posible de determinantes y causas del problema, por lo que se vuelve necesario actuar sobre la cotidianidad de las prácticas, de las relaciones y de los entornos, puesto a que es ahí donde se encuentran los motivos directos e indirectos de la salud.

En segundo lugar, *la realidad social se constituye de forma cada vez más compleja* en la medida en que las relaciones y los entornos se vuelven diversos y flexibles<sup>231</sup>. En efecto, por una parte, la variabilidad de entornos y de relaciones en las que las personas pueden realizar sus prácticas cotidianas y, por otra parte, la consideración de que la Salud se crea y se deteriora en las prácticas y en los espacios donde estas prácticas tienen lugar; deriva a plantear la necesidad de hacer converger la variabilidad de discursos y entornos hacia los Discursos oficiales de Salud Pública. Para ello se propone la construcción y/o adaptación de las condiciones materiales del entorno y de las prácticas sociales, de forma coherente con el modelo de Salud Pública institucionalmente difundido<sup>232</sup>.

En tercer lugar, se reconoce una *gran diversidad de instancias profesionales* que trabajan de forma directa o indirecta sobre temas de Salud Pública. Esto significa que, cada una de estas instancias, produce determinados saberes y despliega tecnologías de gobierno específicas<sup>233</sup>. No obstante, también se admite la contribución de otras

230 Por ejemplo, la pobreza, como determinante social de la salud se vincula con problemas de alimentación, tabaquismo, estrés, etc. pudiendo, cada uno de ellos, provocar enfermedades diversas (cáncer, cardiopatías, depresión, etc.).

231 Concretamente, se multiplican y diversifican las relaciones interpersonales (aumento de la variabilidad de los tipos de parejas, familias, amistades, etc.) y profesionales (aumento de contratos laborales de corta duración y horarios con jornadas parciales, que derivan a la búsqueda de más de un empleo por persona; la organización del trabajo por objetivos, estructuras empresariales horizontales, etc.); se amplía la gama de maneras de relacionarse (la virtualidad en contraposición al presencialismo; continuidad en contraposición a la fugacidad, etc.); aumentan los espacios donde desarrollar trayectorias vitales (diversidad de espacios de ocio, cambios de residencia, viajes, etc.); se extiende e intensifica la interrelación de los fenómenos globales con los fenómenos locales (impacto de la política internacional de mercado en la producción y el consumo local; proliferación de enfermedades “foráneas” vinculadas al tránsito de productos y personas, etc.).

232 Por ejemplo, mediante la implantación de entornos urbanos con zonas verdes y espacios para la realización de ejercicio físico o a través de la apertura de carriles bici y de un servicio público de bicicletas para promocionar la actividad física.

233 Sirva como ilustración que, dentro del área de Salud del Departament, se identifica la Asistencia en salud como área de Salud que realiza acciones complementarias al área de Salud Pública, pero que en ciertos momentos solapan sus acciones. Dentro del área de Salud Pública se identifican áreas especializadas como Promoción de la Salud-Prevención de la Enfermedad, Protección de la Salud, Vigilancia Epidemiológica y también se señalan áreas de intervención organizadas por problemas de salud

instancias (como, por ejemplo, las áreas de juventud, educación, deportes, urbanismo, etc.) cuyo objetivo principal no es la Salud Pública, aunque actúan sobre colectivos y/o entornos relevantes para incidir sobre ella. El vínculo que éstas mantienen con las tecnologías de gobierno se justifica en base a la multiplicidad de determinantes y causas que influyen en el desarrollo de la salud y de la enfermedad. Bajo esta premisa, la coordinación entre instituciones cuyo fin no es específicamente salud para aunar discursos y recursos orientados a la Salud Pública se vuelve una necesidad ineludible.

### **e) La evidencia científica como fuente de saber indefectible para legitimar a la Salud Pública**

Las políticas de gobierno y su plasmación en intervenciones necesitan para su desarrollo que se reconozca la existencia de problemas *reales* de Salud Pública, cuya presencia en la población se evidencie de forma independiente de los intereses sociales, políticos y económicos de quien gobierna. Es decir, que sean consecuencia de unas condiciones objetivables (desigualdad social, políticas laxas de control de productos, etc.) independientemente de las trayectorias políticas. O, expresado con otras palabras, el problema de salud pública se encuentra y sigue actuando a la espera de ser descubierto y tratado por las y los profesionales de salud. Con todo, aunque puedan existir diferentes vías de constatación de los problemas de Salud Pública (personas preocupadas por un fenómeno, instituciones no gubernamentales, grupos de presión, movimientos sociales o políticos, etc.) el fenómeno adquiere su categoría de problema una vez pasa por el filtro de la evidencia.

Mediante este filtro, las preocupaciones, intuiciones, reivindicaciones son validadas, o no, por la única fuente de acceso válida a la *realidad tal cual es*. En este sentido, aunque pueda admitirse que los problemas sociales son creados en espacios de controversia donde entran en juego diferentes posiciones, intereses, intenciones, valores, etc., el filtro de la evidencia borra las huellas de las relaciones, de las negociaciones y de las luchas entabladas, para emerger como realidad inmanente.

El método científico se erige en el mecanismo de acceso privilegiado a la realidad. A partir del saber que propicia, la realidad sobre la Salud se convierte en la única realidad existente y pasa a ser incuestionable. Por ello, la búsqueda de un saber objetivo y

específicos como es la Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Asimismo, en el nivel Territorial se identifican áreas de Salud Pública municipales, consorcios, diputaciones que tienen sus espacios de trabajo en salud.

aséptico, que atribuyen al saber de la ciencia, se vuelve un elemento central para legitimar a la Salud Pública. Esta legitimación se produce en dos sentidos:

En cuanto al primero, sustentar los discursos de Salud Pública en la evidencia científica, permite a las instituciones estabilizar sus discursos sobre el problema de Salud Pública como *la versión verdadera*. En relación con el segundo, *la versión verdadera* sirve para legitimar la posición institucional dentro del área de saber-intervención. Dicho con otras palabras, las afirmaciones y definiciones sobre los problemas sobre los que pronuncia la institución de Salud Pública no son cuestionadas puesto que la base aséptica y objetiva de la ciencia la respaldan. Al mismo tiempo no cuestionar las verdades de Salud Pública implica también no cuestionar la función, supuestos e intervenciones de la institución que actúa sobre esta parcela de realidad.

En esta misma línea, la evidencia en Salud Pública se vincula con la acción puesto que, al mismo tiempo de dar conocimiento sobre un fenómeno, lo dota de aquellos elementos que hacen posible intervenir sobre él (causas, sujetos afectados, importancia, etc.). Así, a partir de la definición de la realidad sustentada en el saber científico, las y los profesionales van atribuyendo a los fenómenos las características propias que los hacen relevantes e intervenibles, crean sujetos de intervención y delinean las acciones más adecuadas y efectivas para incidir sobre ellos.

La escasa accesibilidad a las terminologías y propuestas del conocimiento experto hace que quienes trabajan en el territorio (y evidentemente la población general) posean menor capacidad de réplica al discurso de Salud del Gobierno Autonómico de Cataluña que, al sustentar sus políticas e intervenciones en el saber científico, se posiciona en una situación de poder para proponer y dirigir políticas e intervenciones de salud pública. Pero la distancia que se establece entre quienes manejan el saber científico (especialmente ubicado en los niveles centrales de la institución autonómica) y quienes trabajan directamente en el territorio (agentes no gubernamentales y técnicos/as de instituciones públicas que ejecutan acciones específicas a nivel local y regional) deriva a que estos últimos puedan intervenir ignorando las propuestas de los niveles centrales. Por ello, se vuelve necesario, que quienes actúan en el territorio conozcan y apropien el discurso de Salud Pública del Departament de Salut, legitimado por el conocimiento científico, y lo promuevan en su práctica profesional cotidiana.

Finalmente, aunque el saber experto es reconocido como el saber legítimo a partir del cual sustentar las políticas de Salud Pública, el saber producido desde la experiencia territorial adquiere de un valor esencial. La relevancia de este último no recae en la legitimación de la acción de gobierno (puesto que esto, como he desarrollado anteriormente, corresponde al saber científico), su importancia recae en la capacidad

que tiene el saber concreto y particular del territorio para hacer a las tecnologías de gobierno más efectivas. En este sentido, quienes planifican acciones de gobierno en salud requieren del conocimiento producido en el espacio cotidiano, porque puede proporcionar las claves para perfeccionar la eficacia de la acción de gobierno en Salud Pública.

### ***f) La gobernanza, como estrategia predilecta para el gobierno en Salud Pública***

La diversidad de fenómenos que pueden ser pensados como objeto de intervención de Salud Pública a partir del continuo Salud-Enfermedad, sumada a insoslayable complejidad como marco interpretativo de la realidad social, las formas de construcción de los problemas de Salud y la diversidad de instancias profesionales que intervienen, dibujan un panorama diverso e interconectado de problemas de Salud Pública.

Ante este panorama a lo largo de la investigación, por una parte, se evidencia la necesidad del Estado de inscribir su discurso de Salud Pública en cada uno de los espacios donde la salud es producida<sup>234</sup> para hacer más eficientes sus tecnologías de gobierno; y por otra parte, se vuelve innegable la imposibilidad hacer presente el discurso oficial de Salud Pública en cada uno de estos espacios sin la complicidad de otros agentes e instituciones.

Precisamente, a lo largo de la investigación la gobernanza es presentada como una forma de gobierno basada en una red de relaciones entre agentes e instancias públicas y privadas, que permite negociar y coordinar acciones. Ahora bien, también se ha podido evidenciar a lo largo de la investigación, que a pesar de su presentación como estrategia de construcción de sentidos comunes y distribución equitativa de recursos en Salud Pública, la gobernanza se vuelve un instrumento de quien se ubica en una posición de mayor legitimidad, para inscribir su discurso en otras instancias y garantizar así su reproducción en espacios donde no este presente. En este caso, el Departament de Salut (y concretamente la Agència de Salut Pública de Catalunya), representa la posición de mayor poder, por su legitimidad institucional, de conocimientos y recursos en Salud Pública.

---

<sup>234</sup> Que sin más consideraciones que el continuo salud-enfermedad, pueden ser potencialmente todos los espacios de vida y relación de las personas.

Es esta institución gubernamental la que hace uso de la gobernanza para garantizar su *gobierno a distancia*, esto es garantizar que el discurso oficial de la Salud Pública se infiltre e impregne en cada práctica y discurso de las otras organizaciones y agentes sociales, para así, hacer más efectivo su gobierno en la salud poblacional: Se promueve la coordinación entre áreas del Departament de Salut; la participación de departamentos ajenos a salud de la comunidad autónoma (departamentos de Educación, urbanismo, etc.); instancias gubernamentales de salud (en especial, los servicios municipales de Salud Pública); instancias del tercer sector (ONGs de prevención del sida, de igualdad, prevención del cáncer, etc.), así como también la coordinación con entidades privadas (como consorcios y empresas). El fin es el mismo, crear un discurso coherente de salud pública, acorde con el modelo de Salud Pública hegemónico y que cada instancia lo asuma como propio, y lo aplique en sus prácticas de habituales.

Lejos de situarse en una posición de autoridad coercitiva (imponiendo normas de intervención en salud) la institución de Salud Pública de la Autonomía, hace uso de la gobernanza para buscar el consenso, una unanimidad coherente con su propio discurso, pero que como tal es aceptado y defendido por todas las partes que participaron en el proceso y lo sienten como propio.

El elemento clave que hace que el discurso oficial de Salud Pública sea asumido como propio, no se basa en el poder normativo de la institución de Salud, sino en el fundamento de los discursos del Departament de Salut en la evidencia científica. Un saber que, como se ha descrito anteriormente, resulta de difícil acceso para quienes no lo manejan. En este sentido, la gobernanza sirve como estrategia para instruir a quienes participan del proceso de interacción sobre las verdades de la Salud, que aunque no sean comprendidas completamente, son tomadas como indiscutibles y son estas las que guiaran las acciones en Salud Pública. Así pues, la gobernanza hace posible perfeccionar el gobierno en Salud basado en conocimiento experto.

Asimismo, la gobernanza, al proporcionar un escenario de diálogo, confrontación y negociación entre agentes e instancias, permite al Departament de Salut, acceder, de primera mano, al saber producido en la experiencia territorial, una información que se toma como relevante porque permite adaptar las intervenciones a las situaciones y demandas concretas de las personas y colectivos, para hacer así a las tecnologías de gobierno más efectivas.

Finalmente, entendiendo al poder como una relación que puede ser producida o modificada en su mismo ejercicio; el escenario de diálogo y negociación que promueve la gobernanza, puede convertirse en un arma de doble filo para las acciones de gobierno



promocionadas por el Estado. Así pues, hasta el momento, el Departament de Salut, bajo la legitimidad que confiere el saber experto, fomenta y utiliza la gobernanza como estrategia para aunar fuerzas y coordinar discursos de forma coherente con el discurso oficial de Salud Pública. Sin embargo, la propia estructura horizontal que promueve la gobernanza, abre un espacio en que agentes públicos y privados pueden posicionarse como una autoridad de saber o recursos en un área específica, en este sentido las instituciones del Estado se vuelven más vulnerables a ser cuestionadas o gobernadas por agentes externos.

---

A lo largo del desarrollo de la tesis he abordado el proceso de construcción de la Salud Pública como acción de gobierno sobre unos problemas sociales específicos, aquellos que son inscritos bajo el continuo salud-enfermedad. Asimismo, tal y como se ha podido desprender de la tesis, bajo este continuo, todos los espacios de relación y momentos de la vida de las personas son susceptibles al gobierno en el nombre de la Salud.

La potencia del discurso de la salud, que refiere a nuestra (calidad de) vida, e implica la posibilidad de existir sin perturbaciones y poder buscar nuestro propio bienestar, desembocan a que el gobierno en salud se vuelva un deber y un derecho inapelable. Sin embargo, dada la potencia de este discurso se vuelve necesario problematizar sobre las intervenciones que, en nombre de la salud, producen entornos y tecnologías de gobierno del yo.

A este respecto, en la investigación se evidencia la estrecha relación de la Salud Pública con el sistema social existente. Por una parte, la complejidad se vuelve un marco interpretativo a partir del cual la vida social toma su sentido, y evidentemente, también la salud y la enfermedad son pensadas e intervenidas a partir de esta comprensión. Por otra parte, son recurrentes las referencias de la Salud Pública como tecnología de gobierno útil a las sociedades neoliberales, que permite el desarrollo del sistema de mercado, reduce costes sociales y sirve de paliativo de las consecuencias “colaterales” de la expansión del sistema neoliberal.

Ahora bien, más allá de que la emergencia de la Salud Pública como tecnología de gobierno sobre la salud de la población es relativamente reciente<sup>235</sup> y de sus innegables

---

<sup>235</sup>Véase 2.2. *La Salud y la Salud Pública: breves apuntes históricos.* Pág. 68

efectos en la re-producción del sistema social. La Salud Pública sustenta su efectividad en la legitimidad que le otorga la evidencia científica, la cual sirve para desproveerla del componente ideológico social e histórico y la sitúa en un terreno de lo *incuestionable*.

Finalmente, cabe destacar la identificación de diversos agentes e instituciones profesionales implicadas en el despliegue de la Salud Pública, sumado al entendimiento de la complejidad social donde se inscriben los problemas de salud y la multiplicidad de elementos implicados en ellos. Deriva a la emergencia de la gobernanza como estrategia de gobierno que permite coordinar recursos y, especialmente, inscribir el discurso oficial de Salud Pública en instancias ajenas al Estado autonómico.

A partir de la investigación surgen nuevos interrogantes que espero, sean objeto de futuras investigaciones, una de las cuestiones más urgentes, a mi parecer, es indagar sobre el desarrollo de prácticas de ser alternativas a las promulgadas oficialmente sobre la Salud, como herramienta que permita problematizar sobre las prácticas de Salud Pública actualmente hegemónicas y proporcionar nuevas posibilidades de ser saludables. Asimismo, considero especialmente relevante problematizar sobre la Salud Pública desde la perspectiva feminista, dado que en la presente investigación se evidencia una escasa, y excesivamente simplista, perspectiva de género en los discursos de Salud Pública.

La investigación presenta los discursos sobre la Salud Pública producidos por sus gestores/as, es decir las y los profesionales que diseñan y actúan en Salud Pública hacia una población diana; sería pertinente indagar sobre los discursos de la Salud Pública que efectivamente se inscriben en las prácticas cotidianas, a partir de la indagación de a quienes las políticas de salud pública son dirigidas (población general, colectivos en situación de vulnerabilidad, grupos de edad etc.) .

Finalmente, sería pertinente indagar sobre el curso del modelo de gobernanza en Salud Pública, poniendo especial atención al nuevo escenario que abre esta estrategia de gobierno a la participación de nuevos agentes e instituciones, como un marco de posibilidad para la creación de nuevas formas de pensar y hacer Salud Pública.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Aguilar Villanueva, L. F. (1993) *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México, D. F: Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, L.F (2010). *Gobernanza: El nuevo proceso de gobernar*. Ciudad de México: Fundación Friedrich Nauann para la Libertad.
- Aldereguía Henriques, J. C. (s/f) *Sanologia: Paradigma alternativo*. Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano. Universidad d la Habana. Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge4.pdf> [Fecha de acceso: 15-07-2014].
- Archer, M. S. (2003). *Structure , Agency and the Internal Conversation*. *Revue du Mauss permanente*. Cambrige: Cambrige University Press.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. y Cortès I. (2006) El estrés en una sociedad instalada en el consumo. *Gaceta Sanitaria*, 20(supl.1), 63-70
- Awaisu Imurana, B., Kilu Haruna, R., Nana Kofi, A.B. (2014). The Politics of Public Policy and Problems of Implementation in Africa: An Appraisal of Ghana's National Health Insurance Scheme in Ga East District. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(4), 197–207
- Balash Domínguez. M y Montenegro Martínez, M. (2011) Conocimientos psicosociales: Perspectivas y fundamentos de los problemas sociales. En M. Balash Domínguez, A. Causa Bofill, J. Herrero Olaizola, C. Jacques Aviñó, M. Montenegro Martínez, G. Musitu Ochoa, I. Rodríguez Giralt. *Psicología comunitaria y problemas sociales*. Barcelona: UOC
- Barkan, S.E (2012) *Social Problems: Continuity and Change*. Saylor Foundation. Disponible: <http://www.saylor.org/site/textbooks/Social%20Problems%20-%20Continuity%20and%20Change.pdf> [Fecha de acceso: 12-05-2013].
- Barona, J. L. (1993). Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Revista de Demografía Histórica*, 6(3), 49-64.
- Báscolo, E. (2010) Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de Salud Pública*, 12( Sup.1), 8-27.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.

- Beck-Gernsheim, E., (2000), Health and Responsibility: From Social Change to Technological Change and Viceversa. En B. Adam, U. Beck y J. Van Loon (Eds.), *The Risk Society and Beyond*. Londres: Sage.
- Bijker, W.y Law, J. (Eds). (1992). *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Chane*. Cambridge: MIT Press.
- Blanco, R. e Iranzo, J. M. (2000). Reseña de “Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad” de M. Domènech y F.J. Tirado. *Reis. Revista de Investigaciones Sociológicas*, (89), 333–339.
- Blejmar, B., Nirenberg, O. y Perrone, N. (1998). *La juventud y el liderazgo transformador. Conceptos y estrategias en mundos inciertos y turbulentos*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Bloor, D. (1976). *Conocimiento e Imaginario Social*. Barcelona: Gedisa, 1998.
- Blumer, H. (1971). Social problems as collective behavior herbert blumer. *Social Problems*, 18(3), 1–8.
- Bohígas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316–318.
- Bolívar, A. (1996). Límites y problemas de la transversalidad. *Revista de Educación*, (309), 23–65.
- Boltanski, L. y Chiapello, E. (1999) *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Ediciones AKAL, 2002.
- Borrell, C. y Benach, J. (Coord). (2005). *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465–473.
- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid: Ediciones Istmo.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. J. D. (1995). Respuestas por una antropología reflexiva. México D. F: Editorial Grijalbo S. A.
- Brugal, T., Rodríguez-Martos A., Villalbí, J. R. Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(supl.1), 55-62.
- Bunton, R.y Macdonald, G. (Eds). (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Londres: Routledge.
- Catford, J.( 2004). Health promotion’s record card: How principled are we 20 years on? *Health Promotion International*, 19: 1–4.

- Callon, M. (1992). El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. En M. Domènech y J. F. Tirado (Eds.). (1998), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Callon, M. (2001). Cuatro modelos de dinámica en la ciencia. En A. Ibarra y J. A. Cerezo López (Eds.). *Desafíos y tensiones actuales en ciencia, tecnología y sociedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1990). *La salud : concepto vulgar y cuestión filosófica*. En Canguilhem, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- Canguilhem, G. (1994). *A Vital Rationalist – Selected Writings*. Nueva York: Zone Books.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saude*, 4(2), 287–307.
- Carballeda, A. J. M. (2010) La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. *Revista trabajo Social*, (1), 46-59,
- Carbonell, J. (1996). Las reformas educativas. En J. Carbonell (Ed.). *La escuela, entre la utopía y la realidad: diez dilemas de sociología de la educación*. Barcelona: Eumo-Octaedro.
- Carné, M. (2013). Gobernabilidad y gubernamentalidad. ¿Líneas Secantes? *Astrolabio, Nueva Época*, (10); 315-340
- Catalunya. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya. , Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 30 de juliol de 1990. núm.1324, pp. 3660-3672
- Catalunya. DECRET 155/1993, d'1 de juny, d'actualització del Programa de salut escolar (1993). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 16 de juny de 1993, núm. 1758, pp. 4231-4233
- Catalunya. DECRET 79/1990 de 20 de març de 1990, d'aprovació i aplicació del Programa l'educació per a la salut a l'escola. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 18 d'abril de 1990, núm.1820.
- Catalunya. DECRET de 17 de març de 1980, d'aprovació i aplicació del Programa de Salut Escolar. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 16 d'abril de 1980, núm.56, pp. 944-950.

Catalunya, DECRET Llei 38/2006, de 14 de març de 2006, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 16 de març de 2006, núm. 4594. pp. 12348-12350.

Catalunya, DECRET 366/2011, de 12 de juliol, pel qual s'aproven els Estatuts de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 14 de juliol de 2011, núm. 5920. pp 38804-38823.

Catalunya. DECRET Llei 5/2013, de 22 d'octubre, de mesures de racionalització i simplificació de l'estructura del sector públic de la Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 24 d'octubre de 2013, núm. 6487. n/a.

Catalunya. Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública (2009). Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 30 d'octubre de 2009, núm. 5495, pp. 81070-81116

Catalunya. Llei 7/2003, de 25 d'abril, de protecció de a salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 8 de maig de 2003, núm. 3879, pp. 9297-9308

Cerda, L. J. y Valdivia C. G. (2007). John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista Chilena de Infectología*, 24(4), 331–334.

Cicourel, A. (1981). Notes on the Integration of Microand Macro-Levels of Analysis. En K. Knorr-Cetina y A. Cicourel. *Advances in Social Theory and Methodology*. Boston/Londres: Routledge y Kegan Paul.

Closa Montero, C. (2003) El libro blanco sobre la gobernanza. *Revista de Estudios Poéticos. Nueva Época*, (119), 485-503

Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud. Disponible en.: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf) [Fecha de acceso: 14-05-2013].

Contandriopoulos, A. P. (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de. Ruptures, *Revista Interdisciplinaria de Salud*, 11(1), 86–99.

Corominas, P., Prats i Coll, R. y Coll, M. (2008). *Programa Salut i Escola. Contingut i guia d' implantació*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Cronin, A.M., (2000), ‘Consumerism and “compulsory individuality”’: women, will and potential’. En S. Ahmed, J. Kilby, C. Lury, M. McNeil y B. Skeggs (Eds).

- Transformations: Thinking Through Feminism*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Crosby, R. y Noar, S. M. (2010). Theory development in health promotion: are we there yet? *Journal of Behavioral Medicine*, 33(4), 259–63.
- Cunill Grau, N. (2014) La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, 13(1):5-46.
- De la Villa Moral Jiménez, M. (2009). Escuela y posmodernidad: análisis posestructuralista desde la psicología social de la educación. *Revista Iberoamericana de Educación*, (49), 203–222.
- De León, M. (1999). Poder y empoderamiento de las mujeres. *Región y Sociedad*, 11 (18), 189–197.
- De Nooy, W. (2002). Una perspectiva institucional sobre la relación micro-macro. *Revista Hispana Para El Análisis de Redes Sociales*, 3, 1–20.
- Dean, H. (2010), *Understanding Human Need*. Bristol: Policy Press.
- Domènech Argemí, M. y Tirado Serrano, F. J. (2009). El problema de la materialidad en los estudios de la ciencia y la tecnología. En G. Gatti Casal de Rey, I. Martínez de Albeniz Ezpeleta y B. Tejerina Montaña (Coords.), *Tecnología, cultura experta e identidad en la sociedad del conocimiento*. Bilbao: Servicio editorial de la Universidad del País Vasco.
- Domènech, M, y Tirado, F. J. (Eds.). (1998), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Domènech, M. y Tirado, F. J. (2001). Extituciones: del Poder y sus Anatomías. *Política y Sociedad*, (36),183-196.
- Domènech, M. y Tirado, F. J. (2008). *El problema de la materialidad en los estudios de la ciencia y la tecnología*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Domènech, M., y Tirado, F. J. (Comps.). (1998). *Sociología Simétrica: Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Edwards, C. and Imrie, R. (2008), ‘Disability and the implications of the wellbeing agenda: some reflections from the United Kingdom’, *Journal of Social Policy*, 37: 3, 337–55.
- Elejabarrieta, F. (1997). *El método lingüístico: Técnicas de obtención de información*. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad. Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril, núm. 102, pp. 15207-15224.
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, 29 de mayo, núm.128, pp.20567-20588
- Espinosa Brito, A. (2009). Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*, 48(3), 125-134.
- Estupiñan, M. (2014) La Gobernanza como un nuevo arte de gobierno. *I jornada transdisciplinar dl estudio de la gubernalidad*. 26 de julio de 2014 [Ponencia]
- Fariás, L. y Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(1), 1-14.
- Flores, W. (2010) Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Salud Pública*, 12 (Sup.1), 28-38.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-70.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores, 2011.
- Foucault, M. (1977) Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*. 11(1):1-25. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf> [Fecha de acceso: 10-01-2012].
- Foucault, M. (1978-1979). *Nacimiento de la biopolítica*. Madrid: Ediciones AKAL, 2009.
- Foucault, M. (1990) *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Fox, D.M. (2013) Health inequality and governance in Scotland since 2007. *Public Health*, 127(6), 503-513.
- Frank, L. K. (1925). Social Problems. *The American Journal of Sociology*, 30(4), 462-473.
- Frigerio, A. (1995) La Construcción de los Problemas Sociales: Cultura, Política y Movilización. *Boletín de Lecturas Sociales y Económicas*, 2(6), 12-17.
- Fundació CIDOS (2008). *Un acostament a la transversalitat de la cultura en les polítiques municipals d'immigració*. Barcelona. Departament de Cultura i Mitjans de Comunicació. Generalitat de Catalunya. Disponible en:



[http://www20.gencat.cat/docs/CulturaDepartament/SSCC/GT/Arxius%20GT/020\\_Cultura\\_Politiques\\_immigracio.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/CulturaDepartament/SSCC/GT/Arxius%20GT/020_Cultura_Politiques_immigracio.pdf) [Fecha de acceso: 16-07-2014].

- Gadamer, H. G. (1977). *Verdad y Método: Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Ediciones Sigueme, 2012.
- Gálvez Vargas, R. y Rodríguez-Contreras Pelayo, R. (1992). Teoría de la causalidad en epidemiología. En G. Piedrola Gil, J., Del Rey Calero y cols. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson, Salvat.
- Gavidia, V. (2000). *Construcción del concepto de transversalidad*. Barcelona: Grao.
- Gavidia Catalán, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75(6), 505–516.
- Gavidia, V. y Rodes, M. J. (1996). La transversalidad de la educación para la salud como materia transversal. *Alambique*, (9), 7–16.
- Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Pla interdepartamental de salut pública. PINSAP. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2010). *Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Els eixos estratègics que articulen les polítiques de salut*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social (1991). *Document marc per l'Elaboració del Pla de Salut de Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2012a) *Pla de Salut de Catalunya 2011- 2015*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2012b) *Guia del Pla de Salut 2011-2015. Millorem la salut del ciutadans a través dl coneixement professional*. Barcelona: Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015) *Plá de Salut de Catalunya. 2011-2015*. Disponible en:  
[http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/pla\\_de\\_salut\\_2011\\_2015/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/)  
[Fecha de acceso: 16-02- 2015].
- Gergen, K. J. (1982). *Toward transformation in social knowledge*. Nueva York: SpringerVerlag.

- Gillies, P. (1998). Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion. *Health Promotion International*, 13(2), 99–120.
- Glik D.C., Eisenman D.P., Zhou Q., Tseng C.H., Asch S.M. (2014). Using the Precaution Adoption Process model to describe a disaster preparedness intervention among low-income Latinos. *Health Education Research*, 29 (2) , 272-283.
- Gonnet, J. P. (2011). Organizaciones y Problemas Sociales. Una aproximación sistémica. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (41):137-152
- González Leandri, R. (1999). *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid: EBCOMP.
- Granda, E. (2000). La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 83-100.
- Graña, F. (2005). Todos contra el Estado: Usos y abusos de la “gobernanza”. *Espacio Abierto*, 14(4), 501-529.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Grassi, E. (2008) La política social, las necesidades sociales y el principio de la igualdad: reflexiones para un debate “post-neoliberal”. En J. Ponce Jarrín, *Es posible pensar una nueva política social para América Latina*. Quito; FLASCO
- Grau, M., Iñiguez-Rueda, L. y Subirats, J. S. (2008). Un enfoque socio-técnico en el análisis de políticas públicas : un estudio de caso. *Política y Sociedad*, 45(3), 199–217.
- Grau-solés, M., Iñiguez-Rueda, L., & Subirats, J. (2010). La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. *Psicología Política*, (41), 61–80.
- Grau-Solés, M., Iñiguez-Rueda, L. y Subirats, J. (2011). ¿Cómo gobernar la complejidad ? Invitación a una gobernanza urbana híbrida y relacional. *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, 11(1), 63–84.
- Greco, M. (2005). On the vitality of vitalism. *Theory Culture & Society*, 22(1), 15-27.
- Greco, M. (2009a). Thinking beyond polemics: approaching the health society through Foucault. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 13-27.
- Greco, M. (2009b). On the Art of life: a Vitalist Reading of Medical Humanities. En J. Latimer y M. Schillmeier (Eds.) *Un/known Bodies*. Londres: Wiley-Blackwell
- Greco, M. y Stenner, P. (2013). Happiness and the Art of Life: Diagnosing the psychopolitics of wellbeing. *Health Culture and Society*, 5(1), n/a.

- Gusfield, J. R. (1981) *The Culture of Public Problems. Drinking, Driving and the Symbolic Order*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gusfield, J.R. (1989) Construction de Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State. *Social Problems*, 36(5), 431-440ñ
- Gutiérrez-Fisac, J.L, Royo-Bordonada, M.A., y Rodríguez-Artalejo, F. (2006) Riesgos asociados a la dieta occidental y al sedentarismo: la epidemia de obesidad. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl.1), 48-54.
- Haferkamp, H. (1994) Complejidad y estructura del comportamiento, asociaciones planeadas y creación de estructura. En J. Alexander, B. Giesen, R. Münch, y N. Smelser, (Comp.). *El vínculo micro-macro*. Guadalajara: Gamma editorial.
- Hart, H. (1923). What Is A Social Problem? *The American Journal of Sociology*, 29(3), 345–352.
- Hilgartner, S. y Bosk, C. (1988). The rise and fall of social problems: a public arenas model. *American Journal of Sociology*, 94(1), 53-78.
- Ibáñez Garcia, T. (2005). Invitación al deseo de un mundo sin iglesias, alias, variaciones sobre el relativismo. *Athenea Digital - Revista de pensamiento e investigación social*, 1 (8), 1–7.
- Ibáñez, .T. (2012) La Gobernanza: pieza clave del neoliberalismo avanzado. Libre pensamiento Disponible en: <http://librepensamiento.org/archivos/tag/tomas-ibanez> [Fecha de acceso: 02-02-2014].
- Ibáñez, T. (2005) Invitación al deseo de un mundo sin iglesias, alias, variaciones sobre el relativismo. *Athenea Digital*.(8) Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/39142/39004> [Fecha de acceso: 16-04-2011].
- Iñiguez, L. (2005) Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la psicología social de la era ‘post-construccionista’. *Athenea Digital*, 8. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n8/15788946n8a15.pd> [Fecha de acceso: 03-04-2011].
- Jansá J.M. (2006) Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 20 (supl.1), 10-14.
- Keith J. Kemeny, J. y Manzi, T.(2004). *Social Constructionism in Housing Research*. Aldershot:Ashgate.

- Kenis, P. y Schneiider, V. (1991). Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox. En B. Marin y R. Mayntz (Eds.) *Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Khan Ferdousour Rahman Haya M. Al-Khatlan (2014). An inquiry into different perspectives of health and illness: is the reconciliation possible?. *Clinical Governance: An International Journal*, 9 (4): 332 -341.
- Kickbusch, I. (2007a). Responding to the health society. *Health Promotion International*, 22 (2), 89–91.
- Kickbusch, I. (2007b). Health governance: The health society. En: D. McQueen e I. Kickbusch (Eds.) *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. Nueva York: Springer.
- Kitsuse, J. I. y Spector, M. (1973). Toward a Sociology of Social Problems: Social Conditions, Value-Judgments, and Social Problems. *Social Problems*, 20(4), 407–419.
- Knorr-Cetina, K. (1981). *The manufacture of knowledge*. Oxford: Pergamon Press.
- Kohler-Koch, B. y Eising, R. (1999). *The transformation of governance in the European Union*. London: Routledge.
- Kooiman, J. (2005). Gobernar en gobernanza. En A. Cerrillo i Martínez (Coord.). *La Gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- La Rosa-salas, V. y Tricas-sauras, S. (2008). *Equidad en salud. Cuadernos de Bioética*, 19(2), 355–368.
- Labonté, R. (2010). Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. *Revista de Salud Pública*, 12 (Sup.1) 62-76.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians- A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada.
- Larizgoitia I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl.1), 63-70.
- Larrauri, M. (1999). *Anarqueología. Teoría de la verdad en Michel Foucault*. Valencia: Episteme.
- Latour, B. (1991). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. En Domènech, M, y Tirado, F. J (Eds.) (1998). *Sociología Simétrica, Ensayos sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad*. Barcelona: Gedisa editorial.

- Latour, B. (2005) *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Llorca, E., Amor, M.T., Merino, B, Márquez, F.J. Gómez, F. y Ramírez, R. (2010) Ciudades Saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436.
- Lorenc Valcarce, F. (2005). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva Crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 12(2), 141-150.
- Luhmann, N. (1984). *Sistemas sociales: lineamientos para una teoría general*. Barcelona: Anthropos (1998)
- Lupon, D. (1998). A postmodern public health? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22 (1), 3-5.
- Mamonde, M. V. (2009) Cuerpo, Salud y Política. Un nudo Posible. *Corporalología*, 1(3), 23-33.
- Manzanera, R., Villalbí, J. R., Navarro, A. y Armengol, R. (1996). La Salud Pública ante las Reformas del Sistema Sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 10 (57), 299-310.
- Marmot, M. G., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. y Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 350(9073), 235-9.
- Massa, L. y Massei, V.(2014). Perspectivas en la construcción de “problemas sociales” en el ejercicio profesional del Trabajo Social. *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 5, 72-104.
- Mayntz, R. (2003). New challenges to governance theory. En H. P. Bang (Ed.), *Governance as social and political communication*. Manchester: Manchester University Press.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. y Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
- McNeish, D. (1999). *From rhetoric to reality. Participatory approaches to health promotion with young people*. London: Health Education Authority.
- Medina, T. R. y McCranie, A. (2011). Layering Control: Medicalization, Psychopathy, and the Increasing Multi-institutional Management of social Problems. En B.A, Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, y A. Rogers (Eds.). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century*. Londres: Springer.

- Medina-De la Garza, C. E. y Koschwitz, M. C. (2011). Johann Peter Frank y la medicina social. *Medicina Universitaria*, 13 (52), 163–168.
- Mestorino, M. Á. (2007). Planificación para la salud. En H. L. Barragán (Dir.), *Fundamentos de Salud Pública*. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC y Londres: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Londres y Nueva York: Routledge.
- Montenegro, M. (2001). Conocimientos, Agentes y Articulaciones. Una mirada situada a la intervención social. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento e Investigación Social*, (0). Disponible en: <http://atheneadigital.net/article/view/17/17> [Fecha de acceso: 09-06-2011].
- Morales, G. F.(1997) Subjetividad, psicología social y problemas sociales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 6: 27-34
- Moreno Jiménez, B. , Garrosa Hernández, E., Herrero Gálvez, M. Personalidad positiva y Salud. en Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez,B. (2005) *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: ALAPSA.
- Moriconi, M. (2009). Revisión Crítica: La necesidad de incorporar el buen pensar retórico en la construcción de la gobernanza. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*. Julio-Septiembre (145 ), 119-155.
- Muñoz de Lacalle, A. (1997). Los temas transversales del currículo educativo actual. *Revista Complutense de Educación*, 8(2), 161–173.
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra De Macedo, C., Hanna, W., Larrieu, M., Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 126–134.
- Nacional Cancer Institute.U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. (2005). *Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice* (2a ed ) Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf> [Fecha de acceso: 15-07-2013].

- Nirenberg, O. (2005). Intersectorialidad y salud sexual y reproductiva. Ventajas, dificultades y desafíos. Centro de Apoyo Al Desarrollo Local, 42. Disponible en: [http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/intersectorialidad\\_en\\_ssr-42.pdf](http://www.ceadel.org.ar/cuadernos/intersectorialidad_en_ssr-42.pdf) [Fecha de acceso: 15-07-2012].
- Olivari Medina, C. y Urra Medina, E.(2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1): 9-15.
- Olivo Pérez, M.A., Hernández, C. A. y Reyes García, L. (2011) Crítica a los conceptos de gobernabilidad y gobernanza. Una discusión con referencia a los consejos escolares de participación social en México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 16(50), 775-799.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la salud. Glosario. Ginebra. Disponible en: [http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario\\_sp.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf) [Fecha de acceso: 15-07-2014].
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos básicos, Supl. de la 45ª edición, Octubre de 2006. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?Ua=1](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?Ua=1) [Fecha de acceso: 15-07-2014].
- Organización Mundial de la Salud (2001). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). *Salud Pública y Educación para la Salud*, 1 (1), 19–22.
- Pacheco Pedraza, A. (2013). Gobernanza: Teoría y prácticas colectivas. *Frontera norte*, 25(49), 197-201
- Palomo, L., Ortún, V., Benavides, F.G. y Márquez-Calderón, S. (2006) La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl.1), 209-221.
- Palomo, L., Ortún, V., Benavides, F. G. & Márquez-Calderón, S. (2006). Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 1–221.
- Papalini, V. (2007). La domesticación de los cuerpos. *Enl@ce: Revista Venezolana de Información, Tecnología y Conocimiento*, 4(1), 39-53.
- Papalini, V. (2013) “Tecnologías del yo”: entre la gubernamentalidad y la autonomía. En Rodríguez Freire, R. (ed.) *El gobierno del presente. Materiales críticos*. Instituto de Literatura y Ciencias del Lenguaje. Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

- Parker, I. (1996) Discurso, cultura y poder en la vida cotidiana. (Traducción: Gordo López, A. J.). En: A. J., Gordo López y J. L., Linaza (Comp.). *Psicologías, discursos y poder (PDP)*. Madrid: Visor.
- Peiró-Pérez R, Seguí-Gómez M, Pérez-González C, Miralles- Espí, M, López-Maside A, Benavides F.G. Lesiones por tráfico, de ocio y domésticas y laborales. Descripción de la situación en España. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl.1): 32-40
- Pinch, T. J. y Bijker, W. E. (1984). The Social Construction of Facts and Artefacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*, 14(3), 339-441.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-5.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías*, (1), 3-14.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2003). Thoughts On The Concept of Biopoder Today. Disponible en: <http://www.lse.ac.uk/sociology/pdf/RabinowandRose-BiopowerToday03.pdf> [Fecha de acceso: 28-01-2014].
- Ramírez Sánchez, S. L. (2007). Metáforas tecnológicas y emergencia de identidades. *Revista CTS*, 3(9), 33-52.
- Ramos Rodríguez, R. M. (2001). Reflexiones sobre la intersectorialidad como estrategia para la salud. Conocimientos complejos para realidades complejas. *Nueva Época, Salud Problema*, 6 (10-11), 67-72.
- Real Dato, J. (2002). *Visiones sobre el papel de los actores no gubernamentales en las políticas públicas*. Comunicación presentada en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Lisboa, 10-11 de Octubre 2002. pp. 8-11. Disponible en: <http://siare.clad.org/fulltext/0044417.pdf> [Fecha de acceso: 15-07-2012].
- Repullo Labrador, J. R. y Segura Benedicto, A. (2006). Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 80 (Colaboración Especial), 475-482.
- Restrepo, H. E. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ritzer, G. (1997). *Teoría Sociológica Contemporánea*. México D. F: McGraw-Hill/ Interamericana de España.



- Rodríguez Ocaña, E. y Molero Mesa, J. (1993). La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En L. Montiel (Ed.). *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*. Madrid: Editorial Complutense.
- Rodríguez Ocaña, E. (1992). *Por la salud de las Naciones. Higiene, Microbiología y medicina social*. Madrid: AKAL, S.A.
- Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F. (2009). *Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rodríguez-Grandjean, P. (2002). Experiencia, tradición, historicidad en Gadamer. *Rei: Revista de Filosofía*, (24), 1–18.
- Rodríguez-Kuri, S.E., Díaz-Negrete, D.B.; García-Gutiérrez de Velazco, S.E., Guerrero-Huesca, J.A., Gómez-Maqueo, E. L. (2007) Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 30(1): 68-81.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Rojo Pérez, N., & García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(2), 91–100.
- Rorty, R. (1989). *La filosofía y el espejo de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Rose N., O'Malley P. y Valverde, M. (2006). Gubernmamentality Annual Review of Law and Social Science, 6, 83-104. Traducción Díaz, G. y Huarte, V. (2012) *Astrolabio Nueva Época* (8), 113-152.
- Rose, N. (1992) Engineering the human soul: analyzing psychological expertise. *Science in Context*, 5 (2): 351-369.
- Rose, N. (1996) El gobierno en las democracias liberales “avanzadas” del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*, (29):25-40.
- Rose, N. (2007) ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología*, 5 (8): 111-150.
- Rose, N. Y Miller, P. (1992) Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (1990) *Governing the Soul: The Shapong of the Private Self*. Londres y Nueva York: Routledge [Traducción: Luciano García]

- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in all Policies. A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute.
- Ruelas Barajas, E. (2012). La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la salud. En M. Urbina Fuentes y M. Á. González Block (Eds.). *La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ruiz-Pérez I, Olry de Labry-Lima A. (2006) El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20 (supl.1),25-31.
- Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández M.I. (2006) La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 20 supl.1), 15-24.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina Clínica*, 12(1), 5–12.
- Salles,V.(2001). El debate micro-macro: Dilemas y contextos. *Perfiles Latinoamericanos*, (18), 115–151.
- Salvador Llivina, T. y Suelves Joanxich, J. M. (2008). *Ganar salud en la escuela. Guía para conseguirlo*. Madrid: Centro de Innovación y Documentación Educativa, CIDE y Dirección General de Salud Pública.
- Sánchez Vidal, A. (2002). *Psicología Social Aplicada: Teoría, método y práctica*. Madrid: Pearson Educación
- Scharagrodsky, P. A. (2011). Cuerpos femeninos en movimiento o acerca de los significados sobre la salud y la enfermedad a fines del siglo XIX en Argentina. *Pro-Posições*, 22(3), 97–112.
- Schillagi, C. (2011). Problemas públicos, casos resonantes y escándalos. Algunos elementos para una discusión teórica. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 10(30),245-266.
- Schneider, J. W. (1985). Social Problems Theory: The Constructionist View. *Annual Review of Sociology*, (11), 209–229.
- Schneider, J. W. y Conrad, P. (1980). *The medical control of deviance: contests and consequences*. *Research in the Sociology of Health Care*. Greenwich: JAI Press.
- Schramm, F. R. y Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública : limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 949–956.

- Schweiger-Gallo, I., De Miguel, J., Rodríguez-Monter, M., Álvaro, J.-L., & Gollwitzer, P. M. (2009). Efectos de las intenciones de implementación en las intervenciones sobre la salud. *Revista de Psicología Social*, 24(3), 413–426.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 302–309.
- Serra, A. (2004). *La transversalitat en la gestió de polítiques públiques*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Servei Català de la Salut. (2006). La Nova Governança del Sistema Públic de Salut de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible en: <https://ressonanciamanresa.files.wordpress.com/2007/04/nova-governansa-sistema-public-salut-2006.pdf> [Fecha de acceso: 16-07-2014].
- Seth, B. y Goldsmith, S. B. (1975). The status of Health Status Indicators. *Health Service Reports*, 87(3), 212–220.
- Siegrist, J. (2003), Subjective wellbeing: new conceptual and methodological developments in health-related social sciences. Documento presentado en : ESF SCSS exploratory workshop, Income, Interactions and SubjectiveWellbeing, Paris, 25–26 de Septiembre de 2003.
- Sierra, I. y Plasència, A. (2008). Intervencions integrals per a la reducció de les desigualtats en salut en l'àmbit local: el Programa Salut als Barris. En D. J. Nogué, L. Puigbert y G. Bretcha (Eds.). *Paisatge i salut* . Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Sigerist, H. (2006). Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. *Salud Colectiva*, 2(3), 269–279.
- Sisto, V. (2006). Acerca de la inexistencia de la ciencia cognitiva. *Psicoperspectivas*, 5(1), 77–102.
- Sointu, E. (2005). The rise of an ideal: Tracing changing discourses of wellbeing. *The Sociological Review*, 53(2).255-274.
- Soto Mas, F., Lacoste Marín, J. A., Papenfuss, R. L. y Gutiérrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud, un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335–341
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. y Leppo, K. (2006). *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health .

- Subirats, J. (1997). Democracia, participación y eficiencia. *Revista de Serveis Personals Locals*, (6), 87–95.
- Subirats, J., Knoepfel, P. Larrue, C y Varonne, F. (2008). *Análisis y Gestión de políticas públicas*. Barcelona : Ariel.
- Taylor, D. (2011) Wellbeing and Welfare: A Psychosocial Analysis of Being Well and Doing Well Enough. *Journal of Social Policy*, 40(4), 777-794.
- Tedesco, J. C. (1996). Los desafíos de la transversalidad en la educación. *Revista de Educación*, (309), 7–21.
- Testa, M. (2007). Decidir en Salud : ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*, 3(3), 247–257.
- Tirado, F y Domènech, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. (Núm. especial). Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/44nov/articulos/nov0512.pdf> [Fecha de acceso: 15-07-2011].
- Tirado, F. (2001). *Los objetos y el acontecimiento. Teoría de la sociedad mínima*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Servei de Publicacions.
- Van Dijk, T. A. (1996). Análisis del discurso ideológico. *Comunicación y Política*, 6, 15–43.
- Van Dijk, T. A. (2008). Semántica del discurso e ideología. *Discurso Y Sociedad*, 2(1), 201–261.
- Vázquez García, F. (2009) De la microfísica del poder a la gubernamentalidad neoliberal. Nota sobre la actualidad filosófico-política de Michael Foucault. *Contrahistorias. La otra mirada de Clío*, Mayo-agosto (12), 71-92.
- Vázquez, F. (2001). *La memoria como acción social. Relaciones, significados e imaginario*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Vigil, J. I. y Fernández, V. R. (2012). Gobernanza y regiones en perspectiva crítica: un abordaje para la construcción de políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, Junio (53), 21-60.
- Villamarín Cid, F.y Álvarez Moleiro, M. (1998). Modelos Sociocognitivos en promoción de la salud: Un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12(24), 161–204.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237–241.

- Vitores González, A. (2009). *La transformación de la regulación social mediante las prácticas de monitorización electrónica La celda en casa, la pena en la calle*. Universitat Autònoma de Barcelona. España. Tesis Doctoral.
- Weinding, P. (2002) From Moral Exhortation to the New Public Health. En Rodríguez Ocaña, E. (Eds) *The Politics of the Healthy Life, and International Perspective*. Sheffield: EAHMH Publications.
- Weinding, P. (2005) Interwar morbidity survey: communities as health experiments. En Borowy, I. Gruner, W. D.(eds) *Facing illness in troubled times. Health in Europe in the Interwar years 1918-1939*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Wetherell, M. y Potter, J. (1996). Análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. (Traducción: Gonzáles Díaz, J. L. ). En: A. J. Gordo López y J.L: Linaza (Comp.). *Psicologías, discursos y poder (PDP)*. Madrid: Visor.
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Determinants of Health, the Solid Facts*. Copenhagen: World Health Organization.

### **ACTIVIDADES REFERENCIADAS EN LOS RESULTADOS**

Departament de Salut. *Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES)*  
<http://www.pafes.cat/estrategia-publica-govern-catalunya> [ Fecha de acceso: 12-06-2015].

Departament de Salut . Centre d' Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)  
[http://www.gencat.es:8000/oics/owa/p71.mostrar\\_fitxa?v\\_codi=137&v\\_codi\\_idioma=0&v\\_letra=A&v\\_word](http://www.gencat.es:8000/oics/owa/p71.mostrar_fitxa?v_codi=137&v_codi_idioma=0&v_letra=A&v_word) [ Fecha de acceso: 21-07-2015].

Agència de Salut Pública de Catalunya . AMED. Alimentació Meditarènia.  
<http://www.amed.cat/home.php> [ Fecha de acceso: 03-06-2014].

Agència de Salut Pública de Catalunya. Classe sense fum.  
[http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio\\_salut/tabac/notes\\_actualitat/programa-classe-sense-fum/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/promocio_salut/tabac/notes_actualitat/programa-classe-sense-fum/) [ Fecha de acceso: 09-07-2014]

Departament de Salut. Pla Integral per a la Promoció de la Salut mitjançant l'Activitat Física i l'Alimentació Saludable (PAAS)  
[http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits\\_tematicas/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/salut\\_publica/paas/](http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicas/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/salut_publica/paas/) [Fecha d acceso: 03-06-2014]

Generalitat de Catalunya, AGEM y Mercabarna <http://www.5aldia.es/es/> [Fecha d acceso: 16-08-2014]



***ANEXO 1 :***  
***GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS***

**Introducción:** Presentación, descripción de las finalidades de la entrevista (evaluación del Proyecto demostrativo de La Garrotxa e investigación sobre los discursos de la Salud Pública y sus efectos), explicación del carácter confidencial de la entrevista y solicitud de autorización para grabarla.

**Contenidos a abordar:**

*Sobre la experiencia concreta del Proyecto Demostrativo:*

- Ideas generales e inquietudes sobre el progreso del Proyecto Demostrativo.
- Identificación de los agentes clave en el desarrollo del Proyecto Demostrativo, y explicación de los motivos de tal identificación.
- Conflictos de intereses en el desarrollo del Proyecto Demostrativo.

*Caracterización de la Salud Pública*

- ¿Qué es la Salud pública?
- Descripción de las áreas y funciones de la Salud Pública
- ¿Cuáles son los fundamentos que justifican la intervención en Salud Pública?
- ¿Cuáles son los principales temas sobre los cuales la Salud Pública interviene?
- ¿De quién/es es la responsabilidad en la salud?
- Cambios y continuidades de la Salud Pública a partir de la aprobación de la Llei d Salut Pública de Catalunya (Institucionales, conceptuales, relacionales intra e inter institucionales, etc.)

*Relaciones entre agentes e instituciones que desarrollan actividades de Salud Pública*

- ¿Hay ideas, conocimientos, recursos e intereses comunes y/o contrapuestos entre los diferentes agentes e instancias que intervienen en Salud Pública?
- ¿Qué relaciones se establecen entre las instancias y agentes que intervienen en Salud Pública? y ¿por qué?

*Indagaciones sobre la Promoción de la Salud*

- ¿Por qué promocionar la salud d la población?
- ¿Qué elementos son importantes a trabajar en la Promoción de la Salud?
- ¿Quiénes son los sujetos hacia los que se dirigen las intervenciones de Promoción de la Salud? ¿Por qué?
- ¿Qué rol tienen las personas sobre las cuales se dirigen las intervenciones, en la identificación de necesidades y el desarrollo de las intervenciones de Promoción de la Salud?

***Finalización:*** Agradecimiento



***ANEXO II:  
TRADUCCIÓN DE LOS EXTRACTOS DE LAS ENTREVISTAS AL  
CASTELLANO***

- i “Yo lo definiría la salud pública como el intento de aumentar el bienestar de la población, el intento, todas aquellas digamos actuaciones que promueven y consiguen aumentar el bienestar de la población”. (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)
- ii “Salud y bienestar. Es decir, el bienestar como una... línea basal que tú la tienes que mantener o mejorar, incluso, ¿no?, sin que esto se dirija específicamente a ningún problema de salud” (F4/O/SP/NA/M Pág. 1)
- iii “al bienestar, ahora que recuerdo ¿eh? Si consigo que la... ¿y ya está calculado? Como la salud entendida como la máxima capacidad para operar y para relacionarse con el entorno. Hace una definición como esta. Es decir, yo tengo bienestar en la medida en que tengo todas mis capacidades como ser humano para sentirme bien y también para actuar con el entorno, alguna cosa como esta. Y eso diríamos que es bienestar” (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)
- iv E: “Ganar” bienestar y también seguramente hacer una determinada acción preventiva sobre las enfermedades, los problemas de salud que habrá si tú te descuidas la alimentación saludable, ¿no?  
I: Sí.  
E: Porque ahora la alimentación saludable está claramente vinculada a, como tú decías, eh?, al tema de la obesidad y al tema del sobrepeso, y al tema de la diabetes, y a muchas enfermedades, y a algunas enfermedades crónicas que tienen en su base una... una causa, digamos, alimentaria (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)
- v “O sea que cuando hacemos promoción de la salud lo podemos orientar de una forma mucho más específica a prevenir o a evitar que puedan aparecer estas enfermedades relacionadas con la alimentación, pero también, y esto no es poco, a promover bienestar” (F4/O/SP/NA/M Pág. 1)
- vi “Cuando llega el momento que esta persona ya empieza a desarrollar necesidades de intervención, y el problema ya no es de la comunidad, tiene nombre y apellidos, aquella persona entra en el mundo asistencial ¿no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 13)
- vii “Ahora bien hay otra línea que es la que separa promoción y prevención, tratémoslo como un pack, del mundo asistencial. Esta línea se puede detectar mejor porque es cuando pasas de una colectividad a un nombre y apellidos, ¿no? A una intervención con nombre y apellidos. Entonces esto, bueno, tenemos que ver como se resuelve, porque ahora todo es un continuo, ¿sabes? A veces es el CatSalut o el ICS o bueno, el mundo asistencial, que llega muy cerca de la Salud Pública, y a veces es la Salud Pública que llega muy cerca del mundo asistencial, bueno.” (F3/O/Pt/NR/V. Pág.13)
- viii “Bueno, ahora porque ha habido el Dipsalut, y el DipSalut ha puesto aparatos en los municipios, pero quienes estaba soportando el tema del ejercicio físico, con el PAFES, eran los Equipos de Atención Primaria” (F2/CD/CS/NR/M. Pág. 18)
- ix “En los años ochenta, se constituyeron lo que eran los centros de planificación familiar. No sé si tú los has conocido, ¿vale? Y, estos centros los hemos reconducido, hacia los ASSIRs. En los ASSIRs, los asistenciales, es decir las comadronas y... y otro personal de los ASSIRs, algún tema de promoción hacen. La tarde joven. Pero está vinculado a los asistenciales, eh”. (F2/CD/CS/NR/M. Pág.18-19)
- x “Primaria, tiene, han salido muchas acciones de... de promoción de la salud ¿no? por lo tanto, no es una cosa de decir: Hostia, es que antes no lo hacían, y ahora de repente con la ley esta se os ha obligado y queremos que hagáis algo ¿no? Ya hacían cositas ¿no? Pasa que... seguramente no lo hacían coordinados con los otros agentes del territorio (...). Pero los de atención primaria ya iban haciendo charlas, ya iban a... yo que sé a hacer... no lo sé a ver... a visitas a los abuelos, escuelas, charlas con los abuelos... y ya hacen cositas, no es que no hagan nunca nada no? por lo tanto... bueno, no lo sé... no lo sé” (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 6)
- xi “Cómo relacionaremos a nivel territorial el mundo asistencial con un mundo, con un mundo... de la Salud Pública. Si que hay temas compartidos, la prevención de la salud” (F3/O/Pt/NR/V Pág.12)
- xii “La atención primaria va al instituto, o sea que , es una enfermera que semanalmente va al instituto y tiene por una parte una consulta abierta donde el joven le puede consultar cosas, no es una visita, clínica habitual, sino es un lugar de contacto de la atención primaria con los jóvenes” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)
- xiii “nosotros tenemos la unidad de epidemiología que ahora se ha incorporado a la Agencia de Protección. Esta unidad de epidemiología trae las vacunas. Claro, el Catsalut no entenderá las vacunas que proveemos en los centros asistenciales” (F3/O/Pt/NR/V Pág.14)
- xiv “de vigilancia...que es una vigilancia que ya no es epidemiológica sino que es de Salud Pública porque tiene que recoger determinantes y tiene que recoger...ehhh...otros factores ligados a la salud...al tema de enfermedades

infecciosas y así” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)

- xv “la prevención, es evitar la enfermedad antes de que se produzca, por lo tanto, si que se relaciona mucho en la promoción a la hora de hacer detección, ¿no? Es decir, quien detectará que una persona está muy preocupada por la cintura que hace y empieza a dejar de comer ¿no? O... ¿quién detectará que una persona empieza a tener unos hábitos de alimentación poco saludable? Y a partir de un determinado momento se detectará que esto es una cuestión de una patología individual en motivo de una ansiedad, y se intervendrá...” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 12)
- xvi “mi visión como Salud Pública interesa el colectivo, no me interesan las personas” (F4/O/SP/NA/M. Pág. 7)
- xvii “que haya la línea estratégica que nos tenemos que coordinar y habrá un interno departamental que obligará a todos a hacer un... unos objetivos ¿no? (F2/EO/Pt/NR/B. Pág 21)
- xviii “Quiero decir ¿cuál es ahora el gran problema de las vacunas de que un niño no se vacune? ¿Es el niño que puede coger la enfermedad? No. Es que dentro de una población vacunada estás introduciendo un elemento no vacunado y por lo tanto te está creando un punto de entrada de una enfermedad en una comunidad. Cuando intervenimos sobre... con el discurso de decir la gente se tiene que vacunar, la gente se tiene que vacunar, en realidad lo que estamos diciendo es que tenemos que proteger la comunidad”. (F3/O/Pt/NR/V. Pág. 14)
- xix “El peso o lo que nos viene derivado de la epidemia del sobrepeso” (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)
- xx “escucha no, bebas alcohol, le estoy dando un consejo, o sería mejor para tu salud que no bebieras eh... estoy haciendo una intervención sobre esto, pero a la vez igual podría dar un mensaje global de decir una sociedad que consume menos alcohol a lo mejor está... está mejor”(F4/O/SP/NA/M. Pág. 6)
- xxi “tenemos que mirar como trabajar la primaria para decir qué necesitas de la salud pública y que necesitas que te haga la salud pública. Porque a lo mejor las personas estas m... más individuales a quienes tendremos como referente, ¿a los servicios de salud pública? Lo dudo. Básicamente tendrán su médico, su centro de salud, y su médico de cabecera, la enfermera. Y esta será la que le dará un consejo.” (F4/O/SP/NA/M. Pág.6)
- xxii “Ahora...evidentemente...nosotros lo que hemos descubierto es que cuando trabaja en el territorio, cuando trabaja en el territorio él se organiza, realmente tiene una cobertura importante, de hecho todavía no hemos empezado, por qué en la Garrotxa tenemos una participación de profesionales, y por lo tanto podemos captar opiniones” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11)
- xxiii “escucha, como podemos trabajar juntos en este nivel, servicios de salud pública, servicios... salud pública, cuando digo esto estoy hablando tanto de la higiene como de los ayuntamientos, instituciones, organizaciones, otras entidades, la escuela, etc. (...) si que tengo que trabajar cerca de las personas que les interesan las personas, porque te dirán: escucha, aquí resulta que hay este problema y si tú no lo tienes en cuenta, emitiendo un mensaje llano o que sea... digamos todo estandarizado no llegarás, porque resulta que hay esta característica, o esta situación tal que es muy específica y que si no lo abordas de determinada manera eh... no conseguirás cambios en el comportamiento de las personas” (F4/O/SP/NA/M. Pág. 6)
- xxiv “es verdad que es Salud Pública esto porque no estamos hablando de poder personalizar un tratamiento o un diagnóstico o una cosa con un individuo, sino que estamos trabajando a nivel global, y por lo tanto estamos hablando de salud pública, ¿no? Pero concretamente Salud Pública con la vertiente de la promoción y la Promoción de la Salud ¿no? Y entender que la salud es una cosa muy importante y que se tiene que promover, quiero decir que antes de que haya para entendernos problemas vasculares o así por los problemas de corazón y así” (F3/EO/SPiE/NT/NS. Pág. 6)
- xxv “O sea, yo no puedo estar pensando con qué cosa eh... determina tu salud y qué cosa le determina al otro, sino que miraría, para ser más efectivo, más productivo, más... eh... mirar cuáles son las causas que determinan tus problemas, y abordar estos. Ya sé que probablemente el impacto de cada una de las causas sobre cada una de las personas que componen la comunidad será diferente, pero diríamos... el riesgo atribuible, ¿no? Que podríamos hablar en términos epidemiológicos es mi objetivo, digamos que no me interesa tanto el riesgo relativo como el riesgo atribuible, y entonces esta es la dimensión de una persona que trabaja en un servicio de salud pública. Mirar cuáles son... sobre qué actuación puedo incidir de una forma más... más ventajosa sobre el conjunto de los individuos, y por lo tanto sobre la comunidad. Es que la lógica es esta”. (F4/O/SP/NA/M Pág. 5)
- xxvi “ nosotros somos una unidad muy inter, si investigamos una legionelosis tenemos que hablar con la Agencia, si investigamos una toxoinfección alimentaria tenemos que hablar con la Agencia, si investigamos una hepatitis C en un hospital tenemos que hablar con planificación, ¿sabes? Siempre tienes que buscaaar” (F2/EO/V/NR/M Pág. 3)

- xxvii“nunca la promoción de la salud la haremos solamente desde lo Agencia de Salud Pública. ¡Evidentemente que no! Es decir, todos los recursos que hay en los ayuntamientos que están haciendo Promoción de la Salud...no en todos los ayuntamientos pero en muchos ayuntamientos desde hace 20 años....son recursos de promoción enormemente válidos. Los recursos que están haciendo promoción y sobre todo prevención clínica desde los centros de salud, pues, son recursos en los que tenemos que trabajar. Nosotros haciendo, por ejemplo, el programa 'Salut i Escola' en que una enfermera del centro de salud se desplaza en el centro de enseñanza secundaria...(....) Por lo tanto, los recursos son múltiples...no es sólo de la Agencia” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 9)
- xxviii“yo lo planteo que es esto que dices, individuo o comunidad, o diríamos... todo el entorno más de determinantes o de desigualdades, porque no olvidemos que también hay la dimensión de las desigualdades, porque esto tampoco se comporta homogéneamente, pero resulta que aquí el papel de la Salud Pública puede tener un papel muy relevante, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M. Pág. 6)
- xxix“El Equipo de Atención, el Equipo de Salud Pública, que estará trabajando en este nivel, el cual el CatSalut con la compra de servicios de salud pública habrá priorizado los temas de la alimentación saludable, ¿que harán? Estos dos estarán obligados a encontrarse, y entonces parte de la cosa que ellos hagan probablemente pasará pues no sé, desde las... tendrán que hacer actuaciones sobre las escuelas, actuaciones sobre los operadores económicos, sobre los restaurantes, sobre los ayuntamientos, sobre los medios de comunicación, etc., es decir, que habrá una actuación” (F4/O/SP/NA/M Pág. 8)
- xxx“¿Quién actúa sobre las personas que viven en esta comunidad que no hacen demanda? ¿Tendría que actuar el equipo de atención primaria cuando sale del centro para hacer o dar salud a la población aunque no venga? ¿Y lo hace, o no lo hace? En el supuesto de que no lo haga, ¿hay la posibilidad de que la salud pública, los profesionales de la salud pública que trabajan en este territorio ocupen este lugar? Pues a lo mejor sí. O de decir, podría ser que el equipo de atención saliera a la comunidad, estuviera influyendo sobre los estilos de vida diríamos más colectivos y no tanto individuales, pero que después le resultara complicado, al equipo de atención primaria, salir para actuar sobre los determinantes. Y si tiene un equipo de salud pública que está trabajando en el mismo territorio le puede encargar, porque es más fácil, porque van sin... porque no van con bata, y porque tienen la posibilidad de acceder a determinados elementos que acaban determinando el consumo que lo puedan hacer, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág. 6)
- xxxi“En el caso, por ejemplo, de 'Salut als Barris', que este sí que lo seguí más directamente... Lo que se le pide a la gente que está en el grupo este, en el grupo nominal, es una reflexión desde el punto de vista de determinantes. Es decir, se las pide que piensen...ehh...Ya te digo que falta la participación comunitaria pero la parte de cómo se definen las prioridades, tanto de intervención como lo que sea, es una parte que va desde determinantes. En el sentido, que se le pide a las personas que están trabajando en esa comunidad que piensen qué perfil de población ven...ihhh...están allí...Y a partir de allí, las piden un poco en qué condiciones de vida están...” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 5)
- xxxii“Pasa que también siempre hemos tenido claro que esto es un tema de largo plazo, quiero decir que esto se empieza y... sí que irá bien para los alumnos que empiecen a hacer actividades o entrar en este plan desde P3, porque cuando salgan...cuando tengan 16 años (F3/EO/SPIE/NT/NS (P político) Pág 2)
- xxxiii“aquí la brevedad del plazo es el que nos marca, todos tanto los de vigilancia como los de asistenciales están acostumbrados a trabajar el día a día porque el problema lo tienen en el día a día, nadie está acostumbrado a trabajar con un plan a diez años y con un plan a cinco años, o sea cuando yo el primer día dije la evaluación real del programa que estamos construyendo en las escuelas no lo veremos hasta después de dieciséis años todo el mundo que estaba en la reunión se quedó mirando. Desde un punto de vista político no nos engañamos pero también desde un punto de vista mental todos nosotros a los dieciséis años yo estaré jubilado; si todo va bien, haga lo que haga Zapatero yo ya estaré jubilado de aquí a dieciséis años, por lo tanto, claro que es mucho tiempo esto para ver los resultados pero bueno es que esto es la vida en realidad y así funciona” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)
- xxxiv“La visibilidad de la salud pública queda a menudo muy mal parada, ¿no? Porque tenemos cosas a largo plazo que nadie se interesa demasiado por ellas, que cómo no le pones valor, diríamos, cuantificado resulta que acaban no viéndose, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág. 3)
- xxxv“es difícil de explicar, no de explicar sino de que te lo compren para entendernos ¿eh?, o lo tiene muy claro o es muy difícil que te lo compren, está claro tienes que estar haciendo una inversión a veinte años, tú estás haciendo unas inversiones a veinte años y quiere decir que tú tienes que destinar recursos que podrías destinar a comprar un equipo de diálisis nuevo no estamos hablando de esto sino de un equipo de diálisis lo que vale o dos equipos de diálisis que es lo que cuesta la salud pública de todo Girona, es así de sencillo, pues ahora tienes que sacrificar este equipo de diálisis para hacer la salud pública el resultado de la cual, si lo haces bien, que no quiere decir que no lo

*puedas hacer mal, si lo haces bien lo verás de aquí a veinte años, claro y se te queda mirando a la cara y te dice escucha vete a comprar el equipo de diálisis y no me agobies” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 13).*

xxxviE: *Hombre yo pienso que está claro, ya sabes que del sistema sanitario, la Salud Pública siempre ha sido la Maria de la sal... Sabes qué quiere decir no la so..*

I: *Sí, sí.*

E: *De la Salud Pública siempre ha sig... Entonces claro, cuando tú pones la Salud Pública junto a todo el mundo asistencial hospitalario bueno somos aquí un... claro, desde el momento que la Salud Pública la miras desde aquí está claro pfff. ¿No? Se expande no? (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 10)*

xxxvii“*somos el negocio periférico de muchas profesiones sanitarias. El negocio periférico de los médicos, el negocio periférico de los farmacéuticos, el negocio periférico de los veterinarios. Todas estas profesiones tienen una parte de negocio duro que no es el que hacemos nosotros (...) En los currículums formativos está poco, y en las vocaciones hay poco contenido. Tú ve a una facultad de veterinaria y pregunta a los alumnos qué quieren hacer cuando salgan de allá. Y probablemente nadie te contestará salud pública. (...) . Hazlo con los médicos, ídem. Hazlo con los farmacéuticos, ídem. Por lo tanto es una ocupación... pero en cambio es muy pluridisciplinado. Estos cuatro colegios tienen personal que trabaja conjuntamente en esta agencia. Entonces tenemos mucho personal, pero si miras por disciplinas, es periférica ” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 15-16)*

xxxviii“*Yo lo definiría la Salud Pública como el intento de aumentar el bienestar de la población, el intento, todas aquellas digamos actuaciones que promueven y consiguen aumentar el bienestar de la población” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)*

xxxix“*La Salud Pública dijéramos que... es la prevención, la promoción, la vigilancia y la... y la protección de... de la salud del individuo y de... la relación... bueno, del individuo. Pues está claro que hablaría de los determinantes de lo que afecta la salud, es decir, la genética, mmm... los estilos de vida, el medio ambiente y el Sistema Sanitario. Todo esto es lo que influye en la salud del individuo (...) nos influye tanto en el individuo como en la familia, como... pues no sé, como...a un colectivo, como la ciudadanía... son de afectación a todos niveles” (F1/O/Pt/NR/F Pág.1)*

xl “*quiero decir que yo creo que el negocio de la salud pública es un negocio que tiene mucho que ver y en este sentido...Pues, es la estructura de la Agencia recoge al mismo tiempo que una dirección de Protección, una dirección de promoción y una dirección de vigilancia...que es una vigilancia que ya no es epidemiológica sino que es de salud pública porque tiene que recoger determinantes y tiene que recoger...ehh...otros factores ligados a la salud...al tema de enfermedades infecciosas y así”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)*

xli “*Tú dices, clase sin humo, y... igual es protección. ¿Por qué? Porque cuando estamos interviniendo yo no sé si estamos diciendo a los jóvenes que no fumen... bueno, en el caso de clases sin humo estamos diciendo a los jóvenes que no fumen y por lo tanto estamos haciendo promoción y prevención. Pero, ¿y cuando vamos al bar, y los sancionamos? Estamos haciendo protección, porque no estamos diciéndole al fumador que no fume, estamos vigilando que no se atente contra los no fumadores, por lo tanto estamos protegiendo la salud de los no fumadores, entonces estamos haciendo protección, y por eso intervenimos... Donde está la línea ¿no? Y entonces alguien dirá, ¿quién trae el tabaco? Vendrá aquí, toctoc, ¿quién trae el tabaco? Y nosotros entraremos en un caos de decir... hay gente de protección hay gente de promoción y hay gente de prevención”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 13)*

xlii “*Pero lo que está claro es que protección es una línea. Pero tú tienes promoción, vigilancia, prevención, salud laboral, y alimentaría ¿no?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 16)*

xliii“*necesidad de que los técnicos trabajen en una comisión funcional coordinando, entonces que tenemos que decir a los técnicos que no tienen que poner barreras, aunque hayamos hecho un grupo que hay drogas que hay actividad física tienen que trabajar conjuntamente, porque la actividad física tiene que ver con drogas, porque la actividad física es un estímulo para crecer, ¿y que dicen de esto? Factores de protección ¿no?” (F1/EO/R1 Pág. 34)*

xliv“*diferentes personas trayendo diferentes temas, por un lado RP [nombre] ha traído el tema más estructural, la MF[nombre] temas más concretos en cuando a planificación , han puesto a CM[nombre] como persona que desde protección ha estado trabajando temas de protección – promoción, yo temas más relacionados con la salud y vigilancia” (F2/EO/V/NR/M Pág. 2)*

xlv E: *Él tiene una frase, o una cosa que dice que, 'en Salud Pública, tenemos que deshacer el jersey que llevamos, y volver a hacerlo pero sin sacármolo' ¿Vale?*

I: *Claro, sí sí. Esto es verdad.*

E: *Es esto tú llevas un jersey y lo tienes que deshacer y volverlo a hacer y no te lo puedes sacar, y es esto no nos podemos sacar el jersey pero, lo tenemos que deshacer y lo tenemos que volver a hacer ¿no? Y... y bueno, y yo no lo veo difícil eh. Sinceramente, ahora, se necesita convencimiento de que... de que lo tenemos que hacer así...*

- xlvi “el mundo de protección de la salud en el cual pues las cosas, las obligaciones te vienen reguladas y marcadas normativamente y las aplicamos estas, ¿sabes? Y entonces la otra parte, la parte de promoción y tal, estas no vienen reguladas normativamente con una exigencia legal no quiero decir que sean más libres pero si que aquí si que tienen una participación más importante los ayuntamientos” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 7)
- xlvii “protección (...) si tú haces, una cosa de salud alimentaria o de protección, tú haces unas inspecciones y tienes unas actas, tú puedes evaluar, cuántos lugares has inspeccionado cuando no sé qué cuántos lugares había una legionela, y esto lo tienes son habas contadas”. (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág 20-21)
- xlviii “Cuál es el problema de la promoción? Que como protección tiene una normativa estricta (...) La promoción es aquello que dices: Tenemos que... promover que hagan vida saludable, que hagan ejercicio físico. Esto se tiene que hacer a nivel del área... a veces dice que se tiene que hacer a nivel de no se qué, se tiene que hacer a nivel de aquí, se tiene que hacer a nivel de allá, tenemos que promover no se qué... Pero todo el mundo tiene un papel en promoción. Pero este papel en promoción se ha formado muy poco. O sea todo el mundo tiene... todo el mundo hace... todo el mundo se atreve a hacer programas de promoción, o hacer charlas de promoción, y a veces, no somos... ni tan sólo... es una... uno gasto, digámoslo así una... un gasto de esfuerzos, a veces inútil. O a veces con muy poca eeh... efectividad”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 20-21)
- xlix “Y entonces la otra parte, la parte de promoción y tal, estas no vienen reguladas normativamente con una exigencia legal no quiero decir que sean más libres pero si que aquí si que tienen una participación más importando los ayuntamientos y ellos pactan con las cosas y hacen tal y tal y tal, la parte en la cual trabajamos nosotros no porque está muy acotada por la normativa” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 7)
- l E1: está claro en la salud pública hay la protección de la salud que es obligación hacerla  
I: y de la protección de la salud  
E2: dentro de protección es lo que esta más ordenado dentro de todo  
E1:// si porque es normativa” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 21)
- li E2: yo pienso que lo prioritario es un poco todo//  
E1://es ordenarlo, eh  
E2: es un poco todo, es un poco todo, es saber exactamente que tienes que hacer en cada momento, a mi entender (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 21)
- lii “está claro... con Protección de la Salud, siempre hemos sido únicos. ¡Casi eh! Ahora no hablamos de los municipios que... alguien nos decía algo pero tirando a poco” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 4)
- liii “Un poco era ver, como, o sea todo esto que tú sabes y todo esto, básicamente era, a ver, territorializamos toda la salud publica, desconcentrémosla ¿no? Descentralicémosla al territorio. ¿Cómo lo hacemos? ¿No? ¿Con qué agentes? (...). Pero está claro en promoción, había muchos agentes que hacían cosas, desde, atención primaria, todos los proveedores sanitarios o primarios, especializada hacían sal... promoción de la salud. Las ONGs, instituciones, ayuntamientos, consejos comarcales...”(F2/EO/Pt/NR/B Pág.4)
- liv “a mi entender lo único que hace falta en protección es poder abrir más en que cuando ellos estén haciendo una cosa de protección vaya una cosa más allá y que pueda coger una cosa de promoción, porque protección y promoción aunque no sea exactamente lo mismo, hay algunos puntos que se tocan mucho” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.21)
- lv “Y también en vigilancia porque la protección se basa básicamente en que haya una vigilancia que asegure que estés haciendo esto, por lo tanto esto es tener esta sensación, hasta ahora básicamente protección y vigilancia ya se estaba trabajando bastante bien”. (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 21).
- lvi “desde vigilancia llevamos muy poquita cosa, de promoción sólo llevamos salud bucodental y lo otro que hacemos es prevención, porque llevamos el gran bloque de vacunas. Entonces, yo ya te digo, la única cosa que llevamos es salud bucodental e intentamos que la MF cuando ella haya, no, cuando nosotros reunimos los odontólogos se lo decimos a ella y ella entonces, una vez al año, ahora que ahora los meses que vamos lo tratamos conjuntamente, entonces, ¿de qué manera está cambiando esto?” (F2/EO/V/NR/M Pág.4)
- lvii “una de las cosas que también estamos trabajando pero nosotros trabajamos desde el otro lado es el tema de , todo el tema... de enfermedades de transmisión sexual, a nosotros nos llegan los casos y a partir de aquí tenemos que hacer el retorno a la inversa , pero tenemos que conseguir que no llegemos a tener enfermedades de transmisión sexual, y se están disparando muchísimo y esto es porque se están relajando mucho los hábitos, incluso como que ,

en el, en el colectivo homosexual se había llegado a contener muy bien el sida y ahora se está volviendo a ver que hay un pequeño rebrote en gente joven porque tienen la percepción que cómo que ya no hay problema ya no es necesario tomar precauciones, pues es otra área en la que la promoción es la que tiene un juego...es que estás hablando que tomando unas precauciones mínimas, sencillas, evitas sida, sífilis, glucococis, clamidias, ... cantidad de enfermedades, ¿no?” (F2/EO/V/NR/M Pág. 6)

lviii “que es una vigilancia que ya no es epidemiológica sino que es de salud pública porque tiene que recoger determinantes y tiene que recoger... eh... otros factores ligados a la salud... al tema de enfermedades infecciosas y así” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)

lix “estamos preparando que desde el IME, que es el instituto municipal de educación que es la parte de educación, trabajamos conjuntamente con el S[empresa] para poder ofrecer aquel catálogo que hacemos cada año de recursos educativos de las escuelas, que las del mundo de la salud sean estas, ¿me entiendes?” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 4)

lx “diría que estos programas no... tampoco eran conocidos en el mundo educativo, y que son programas de estos que se hacen, del niño sano, no sé, estos que se hacen, y que yo creo que el mundo educativo no lo conocían” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 7)

lxi “I: las áreas han participado igual, Salud, Educación y lo que sería por ejemplo municipios, mossos...// ¿?  
E: //A ver aquí no se pueden poner todos en el mismo saco porque son cada cual tiene unos objetivos”  
(F1/EO/Pt/NT/V Pág.15)

lxii “Y yo entiendo que lo que se ha hecho es, poner sobre un papel blanco sobre negro, de qué es lo que hay. Qué es lo que hay en los diferentes ámbitos eh. Dentro del... de, ámbitos y departamentos ¿eh? Porque cuando hablas de departamentos, hablas del Departament de Salut, Departament de Educació y mundo local” (F2/CD/CS/NR/M Pág.3)

lxiii “E: [silencio] Bueno, el mundo local, es el ...territorio por autonomàsia  
I: Sí pero...del territorio, cuáles serían los grupos, agentes, de del territorio  
E: Fíjate yo te decía esto del ... porque todo ha empezado porque te decía me parece, que ...mmm. Salud y escuela empezó de una forma un poco complicada pq el mundo local ya hacía sus actuaciones. O sea, aquí ha habido siempre un divorcio un poco, no querido, pero en realidad ha estado entre la realidad local, el territorio directo, que hay muchas veces en los municipios, y la administración regional y central.” (F1/EO/SP/NA/M Pág.13)

lxiv “nosotros quiero decir el mundo local, tenemos voluntad de cumplir con aquello que son obligaciones y que son competencias nuestras y promoción de la salud lo es, los recursos destinados a promoción de la salud han sido siempre pequeños, muy pequeños, ¿vale? Aún así no hemos dejado de hacer nunca cosas, a entonces nosotros el que habíamos hecho era tener dimensión de equipo de trabajo multipluridisciplinar, es igual, ya cogiendo gente de salud, no del sector de vigilancia y protector del riesgo, para entendernos, sino gente del asistencial, ¿eh?, gente de los antiguos APDs o de las antiguas enfermeras APDs y gente de estas” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 7)

lxv “principales actores de la historia evidentemente es normal que sea el Departament de Salut diferentes ramas o diferentes de esto, el Departament de Educació evidentemente porque con ellos tienen la clientela y son los clientes y el mundo local evidentemente porque si uno se llama A otro se llama B, alguno otro regidor de Educación y él que tiene los contactos” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)

lxvi “Esto que parece muy fácil de decir no es tan fácil de hacer después, ¿eh?, porque claro aquí nos hemos encontrado los de asistenciales con los de prevención y promoción y con los del mundo local hablando tres lenguajes diferentes sentados en la misma mesa y explicando cosas absolutamente diferentes y no entendiéndose entre nosotros durante un tiempo, ¿vale?, por eso hago cachondeo con R y es que estuvimos tiempo que no sabíamos de que hablaban, es verdad” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)

lxvii “están trabajando mucho programas concretos, compartimentos estancos y cuando yo cierro uso esto que lo tengo o uso este pero este y este no se hablan o se hablan poco, o sea se hablan pero no lo suficiente para trabajar en la misma dirección” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2). Pág. 25)

lxviii “si S [consorcio] hacía ‘a’, no sé si había una Agencia de Protección a la Salud porque aún no se llamaba así, era completamente antagónico, tan antagónico como la noche y el día (...) por desconocimiento absoluto y por comentarios: ‘me han dicho que aquel no sé que, pues aquel es el malo, yo soy el bueno’, a la inversa: ‘me han dicho que aquel era el malo, yo soy el bueno’ estas cosas, yo no estaba, ¿eh?” (F1/EO/Pt/NT/V Pág 13)

lxix “Ahora veían que los proveedores hablan de cosas diferentes lo que estamos es intentando coger a los proveedores y unificar los discursos y el mensaje de los proveedores, o sea ahora lo que estamos es batallando con la X, con la

*gente que hace cosas en la escuela de salud pública y decir, ¿escucha qué hacemos? ¿Tú y nosotros hacemos lo mismo o tú y aquel hacéis lo mismo?, ¿Sí?, muy bien pues nos sentamos en una mesa y miramos cuál es nuestro..., no es que miremos de dejar de hacer, no, ni yo tampoco, nos partiremos el trabajo y tú haces hasta aquí y yo haya hasta aquí y el mensaje que daremos será este y que sea compartido, ¿vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)*

*lxx “porque es que sino también va perdiendo efecto toda esta historia que estamos diciendo, ¿no?, al final esto es un proyecto tendría que ser esta línea y este discurso más o menos ordenado y lo tendría que entender todo el mundo, ¿no?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)*

*lxxi “La Agència de Salut Pública. A ver yo vengo del mundo de la protección, y por lo tanto he participado en el proyecto del despliegue de la Agència de Protecció de la Salut, por lo tanto, ya vendía de una experiencia a nivel central, de despliegue de una agencia. Lo que no tenía era la experiencia con Salud Pública” (F3/O/Pt/NR/V Pág.1)*

*lxxii “con la gente de promoción porque la gente de promoción también nos lo decía no, ostia es que los de protección, para nosotros eran muy raros ¿no? Y no sé incluso por ejemplo los comités directivos ¿no? Cuando empezamos a hacer comités conjuntos protección y promoción dijimos: Y... ¿y de que hablaremos? De vigilancia... y por ejemplo decíamos ¿y que haremos todos juntos?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 20)*

*lxxiii “Es dentro de salud yo creo que tenemos una cuestión ahora en estos momentos que tenemos que mejorar que es la... la coordinación o la asunción de la Salud Pública por parte de todo el sistema sanitario, porque claro va... tú hablarás con MF [nombre] y te darás cuenta que es otro discurso, es un discurso mucho... bueno, ya hablarás”. (F3/O/Pt/NR/V Pág.12)*

*lxxiv “en nuestra organización había gente que trabajaba en... aspectos alimentarios, y otro que trabajaba aspectos ambientales ¿no? (...) incluso cuando te reunías con el equipo y decías presentaros; yo soy fulanito veterinario oficial; yo soy fulanito farmacéutico... nono, tenéis que decir, somos del equipo ¿no? (...) Pero claro ¿qué haces tú? Yo analizo el flúor del agua”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág.19)*

*lxxv “trabajo que nosotros hemos hecho intentando ver cuál era el lenguaje común, este trabajo el mismo departamento dentro de casa no lo ha hecho ¿vale? y por lo tanto los de vigilancia siguen pensando en vigilancia, ¿vale? son inspectores y ejercen de inspectores y los médicos siguen siendo [no se entiende una palabra], perdona los que son asistenciales siguen siendo asistenciales y por lo tanto están preocupados por la apendicitis, por la prótesis y por el no sé que, ¿vale? Y pocos, que ya hay, que son muy competentes los que hay, y pocos piensan en criterios de promoción que hay, ¿eh?” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.11)*

*lxxvi “es nuestra línea de que la gente de la organización se conozca el marco. Porque, si estás con un ata... y además, yo siempre pongo un ejemplo ¿no? eeh... muy repetitiva... de que... no sé si te lo he explicado. Había un señor picando piedra ¿no? esto era... en el siglo XVII, un tío allá picando piedra ¿no? todo contento ¿no? llevaba horas picando piedra ¿no? y va uno y dice ostia tío, qué trabajo que te ha tocado más duro ¿no? todo el día picando piedra qué cosa más aburrida. Y el otro dice, ¡aburrido mi trabajo! ¡Pero si es el trabajo mejor del mundo! Pero si estás todo el día picando piedra. Dice: nono, yo no estoy picando piedra dice yo estoy haciendo una catedral. (,,) Y esto está bien ¿no? si la gente pica piedra, se aburre ¿no? si la gente hace una catedral, ostras pues te sientes orgulloso no de la catedral. Si no toda tu vida has visto, un puto martillo y una piedra has sido picando piedra. ¿No? Y... ya es un poco esto. Un poco la gente sabe que está en un matadero mirando cerdos pero que está haciendo salud pública y... ¿sabes? Y yo pienso que eeh, pues todo esto de la Agencia de la Salud Pública y todo esto ha servido un poco para ensanchar los canales ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 20).*

*lxxvii “El problema actual, es que esta cultura compartida que tenemos en la Garrotxa, y tenemos en la Región de Girona, la tenemos que crear a todos los niveles, y al nivel central, todavía no tenemos la cultura compartida (...) En esta casa todavía //si// no tenemos totalmente la cultura compartida... lo están haciendo, ¿eh? //mm// con los técnicos lo están haciendo”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 7)*

*lxxviii “Pero esto ll ee... ee... este es el problema es... Ahora estos días que están haciendo por ejemplo túneles estos de Girona, ¿sabes que hay una máquina que está agujereando para que pase el AVE? (...) Si, que hay una tuneladora, una máquina enorme que hace diez metros cada día (...) fíjate. La tuneladora tiene dos partes. Una, es la que hace el agujero. Hay el gran disco que va avanzando y va agujereando. Y es como una especie de tren, ¿no? Y detrás, hay otra parte que va, digamos, poniendo el cemento para reforzar, porque si sólo pasara la tuneladora, a medida que fuera pasando, detrás, si no se afianzara todo el túnel, iría cayendo y cuando estuviera a dos o tres kilómetros, a lo mejor el principio ya se estaría desmoronando, no sé si me explico (...) Si yo, no soy capaz, como asesor de este proyecto, de conseguir que el proyecto te... ss... implique ... esta casa, fracasaremos de éxito” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 7-8)*



- lxxxix“Yo creo que esto...a ver costó mucho de...a ver formar parte del acercamiento, del acercamiento previo, yo creo que hay una cierta homogeneidad...a ver de..., de terminos (...) A ver evidentemente que nos movemos todos prácticamente con la misma literatura, a ver de... [silencio 3 segundos] del concepto de salud de los del “pau”[ no se entiende] todos nos hemos leído todos. Todo el mundo ha leído poco más o menos los mismos...” (F1/EO/Pt/NT/V. Pág. 17)
- lxxx“es fácil para nosotros porque ya lo hacemos, bueno pues simplemente seguir haciendo mejorar aquello que se tiene que mejorar y no es necesario inventar la sopa de ajo ya está inventada hace tiempo quiero decir, no ..., no es necesario hacer más inventos” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 7)
- lxxxix“Salud Pública basada en la evidencia. Es que tenemos que hacer lo mismo. Y ya hay gente que se dedica. Y que las recomendaciones estas están basadas ya en estudios sólidos. (...)Porque detrás de las recomendaciones estas de salud pública, a través de estudios de diversa naturaleza cuantitativa y cualitativa han mostrado la eficacia de estas intervenciones” (F4/O/SP/NA/M Pág.17)
- lxxxix“ir a una clase y dar una charla no funciona para nada. Lo lo sabemos porque está demostrado que no funciona. Sabemos que Clase sin humo funciona. Entonces, este se uno de los programas que nosotros decimos: tiene evidencia, se ha probado a nivel internacional, se ha probado en Barcelona” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)
- lxxxix“o sea un poco..., yo creo que la justificación y ellos no me lo explican bien así,eh..., porque lo explican mucho más complicado, el que yo destilé es decir probarlo lo probarán porqués están en fase de adolescencia de ebullición” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)
- lxxxix“[sobre discurso experto y la intervención en la adolescencia] Que en cambio los expertos los que están dentro de la madriguera decían (...) un poco es esta la historia pero bueno tampoco sé más, ¿eh? yo sé lo que aprendí y poca cosa más, ¿vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)
- lxxxix“todos los ámbitos de salud, porque abarca desde el ámbito emocional al ámbito afectivo o el ámbito de los hábitos y el ámbito de prevención a las dependencias o de la alimentación, etc, por lo tanto abarca todos los ámbitos claro yo entiendo que este digamos... yo personalmente por ejemplo a mí me cuesta mucho entender y me ha costado mucho en este programa entender todo el desarrollo de la Salud Pública en el ámbito afectivo. Claro a medida que ha ido pasando el tiempo y que hemos ido consiguiendo y hemos ido avanzando entiendo mucho más de cosas que no entendía y le veo el sentido” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.23)
- lxxxix“Sí. Sí, a ver cuándo... cuando yo digo de alguna forma que algunas de las intervenciones, se tendrían que valorar, este podría ser un ejemplo. A ver, la policía ha ofrecido un programa de alguna forma que... explican drogas. Y van allí con una forma muy diferente de trabajar. Van vestidos con uniforme y con una forma más... de... qué consecuencias puede tener si consumes drogas. Y probablemente su forma... (...) Legales, si, de que puedes ir a la prisión de que puedes hacer no se qué... Quiero decir... De alg... Pero también, su forma de trabajar es uno poco diferente. Si esto va... está al margen de todo el proyecto, puedes incluso dar mensajes contradictorios, o puedes incluso potenciar, ¡el revés! Potenciar de alguna forma porqué... puedes crear, la necesidad de probar los niños jóvenes en esta edad, pueden tener necesidades a veces de... experimentar de alguna forma. Y alguien que nadie se había ni planteado, te vengan allá a explicarte y esto es no se qué y esto no tengo que hacer y pasa esto, depende de cómo te lo expliquen, claro, ¿qué necesitamos hacer?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11)
- lxxxix“Sería necesario ver que cada una de estas acciones... Claro la policía también tiene diferentes personas que lo hacen, no es una sola. Tienes que ver también qué metodología usa. Se tiene que analizar y probablemente tendrías que homogeneizar bien, y a lo mejor sería una intervención que no habría que hacerla. O que no se tendría que hacer porque podría llegar a ser contraproducente”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11)
- lxxxix“mensaje que daremos será este y que sea compartido, ¿vale? porque es que sino también va perdiendo efecto toda esta historia que estamos diciendo, ¿no?, al final esto es un proyecto tendría que ser esta línea y este discurso más o menos ordenado y lo tendría que entender todo el mundo, ¿no?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 11)
- lxxxix“La única cosa que si estamos haciendo es intentar que lo que se está haciendo sea más eficiente, y para intentar que sea más eficiente es que tú tienes que saber lo que hace el del lado y tienes que dar esfuerzos para hacerlo conjunto, no sé si me explico” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.22)
- xc “yo creo que el proyecto tiene que ir llevando porque tanto los proveedores como las escuelas entiendan que hay una intencionalidad muy... que todo... queriendo decir, una intencionalidad educativa en términos de salud pública. Esta intencionalidad estaría de una manera individual. Lo que queremos es que estos proveedores se sientan partícipes del proyecto común, quiero decir que cuando cruz roja, repito el ejemplo, va a explicar un taller de cocina sabe que lo hace dentro de un gran programa de Salud Pública” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.5)

xcv “Bueno, con el esfuerzo de ir hablando y estar sentados en la misma mesa llega un momento que se fueron cristalizando cosas y que por lo tanto estamos empezando a hablar de las mismas cosas”.(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)

xcvi “yo creo que lo que se ha creado es ... una cultura digamos compartida en diferentes ámbitos que antes no trabajaban juntos; eh, entonces se han consolidado un equipo de, o sea, por una parte se ha consolidado un equipo directivo que nosotros le llamamos equipo operativo que está formado esto: por el ayuntamiento, la Agència de Salut Pública, el representado de educación y poco a poco se va incorporando”(F1/EO/SP/NA/M Pág. 1)

xcviiI: ¿Yyy esto que decías de la cultura? Que se ha generado una cultura... ¿Cómo definirías esta cultura?

E: “cielos”... [rie]

I: ¡qué preguntas!... [rie]

E: Bueno... Bueno, A lo mejor la palabra cultura es demasiado pretenciosa (...) Si, sí...No, mira, hace tres o cuatro días, tuve... Tuvimos una reunión en Olot con los que coordinan los grupos de trabajo actualmente que so... que eran cinco personas, y entonces una persona de la agencia del Sigma, de la Agencia de Salud pública de Olot, explicaba el proyecto como estaba yendo en nuestros técnicos y, es curioso, porque yo me daba cuenta de que se me avanzaba a mi pensamiento y estaba explicando que ahora vendía un momento crucial, porque a ver... la, la suma de todos los grupos de trabajo no hacen un proyecto como el nuestro, transversal

I: Claro...

E: O sea, ahora, ha trabajado educación por su cuenta, Salud por su cuenta mundo local, salud comunitaria por su cuenta... Pero todo esto se tiene que integrar con un proyecto común, participado por unos y por otros. Eh? Y entonces eee esta, estaaa línea estratégica tan importante que es parte de la cultura de la organización que hemos creado pues me izo.... me hizo pensar que realmente ya estamos andando juntos, ¿no? (F1/EO/SP/NA/M Pág. 4)

xcviii “yo creo que el proyecto tiene que ir trayendo porque tanto los proveedores como las escuelas entiendan que hay una intencionalidad muy... que todo... queriendo decir, una intencionalidad educativa en términos de salud pública. Esta intencionalidad estaría de una manera individual. Lo que queremos es que estos proveedores se sientan partícipes del proyecto común, quiero decir que cuando cruz roja, repito el ejemplo, va a explicar un taller de cocina sabe que lo hace dentro de un gran programa de salud pública que es este de escuelas saludables que yo digo que es más fácil que aquel... aquel título tan largo y que bueno, y que es necesario coordinar, sí que hay que dar mensaje. Cuando los mossos van a explicar no sé qué que también forma parte de esto ellos dicen su mensaje pero es un mensaje que tiene que ser coherente con los otros que tenemos aquí. Esto es un programa que tendremos que hacer, ¿eh? De ir andando”. (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.4)

xcvix “Todavía hay temas que a lo mejor cuestan más, ¿eh? Por ejemplo, un tema que cuesta todavía, que no está bien asumido porque no lo hemos acabado de definir, las cosas se tienen que definir cuando están maduras. No sirve para nada que alguien de fuera que lo tiene muy claro” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 4).

xcviE: Por lo tanto tendrías que poder categorizar incluso hay algunas acciones que si mira, A poder ser podemos hacer esta, esta y esta. Si esta no podemos, podemos hacer esta. Como alternativa de alguna forma. Pero no intentar hacer, cualquiera ¿eh? no se si me explico...

I: Sí, sisi...

E: Es que, no se trata tampoco de decir es que esto no vale un duro esto si que vale. Eh... bueno esto también se tiene que hacer. Porque si hay alguna que realmente está muy mal hecha se tiene que descartar de entrada, y se tiene que desaconsejar. Pero tú tendrías que intentar ver cuáles son las mejores y, la efectividad de poderlas hacer. Porque si resulta que, tienes una de muy buena, pero no tienes a nadie que la imparta, quizás te tendrás que conformar con una no tan buena con alguien que la imparta pero que de alguna forma llegue a esta gente. No sé si me explico (F1/EO/CS/NR/M Pág.13)

xcvii “no es un programa que con sólo que tengas allá al alcance y cómo que lo tengo allá fácil y tengo unas horas lo cojo y me lo pongo, no sé si me explico... Esto continuaríamos estando otra vez con el tema del supermercado y que hoy cojo esto y mañana cojo aquello, y si me funciona bien” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)

xcviii “En este momento yo creo que es un debate que está en el aire, yo creo que filosóficamente.... pero a un nivel muy filosófico eee, bueno esto de un gran paraguas que abarca unas líneas muy concretas, pero ... a nivel del día a día , bueno, se tiene que acabar de masticar ¿no? yo creo que es un poco si tú miras la ley de salud pública ves a qué nivel están las cosas ¿no? bueno pero esto traducido al trabajo de, de cómo es , se trabajará en el día a día, con un concepto, bueno tenemos que abrir las mentes ¿no? y ver esto como lo tienes que llevar a la práctica, porque con filosofía no hacemos nada. Yo creo que nosotros siempre hemos trabajado con una mente bastante abierta, en este sentido” (F2/EO/V/NR/M Pág.3)

xcixE: Mi visión, la que yo... el próximo comité operativo quiero transmitir, es este: ostras, cogemos los programas, unificamos-los, convertimos todos estos programas que tiene la gente... Convertimos todos los programas del

tabaco con un proyecto de abordaje integral del tabaco en la Garrotxa, que tiene patas, y que cada pata hace... ¿no?

I: Sí...

E: Pienso que no es tanto difícil. Y además, lo que me da más rabia si no conseguimos esto es ya lo tenemos, es que lo tenemos.

I: Claro.

E: Hace falta... dos reuniones. Hace falta más. ¿Sabes qué quiero decir?

I: Sisi...

E: Y yo pienso que es la manera, porque es que lo otro qué... ¿qué haremos?

(...)

E: Será lo mismo. Pasa que en lugar de ser un supermercado, ahora será una gran superficie (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 28)

- c “cuando hablamos decimos es que nosotros estamos haciendo cosas de esto y es que no las queremos de dejar hacer, y es que a nosotros la Agència de Salut Pública ya nos está bien quién sea, pero estaría bien, más bien que estuviera, si colaboráramos conjuntamente. Y a partir de aquí es cuando nace el hecho de qué seamos una de las zonas, uno de los territorios piloto para probar el funcionamiento de la agencia. Cuando me plantean esto pasamos a una segunda fase y decimos vale de acuerdo, nosotros queremos ser un de los territorios pilotos, cuando bien el tema del territorio piloto nosotros decimos bueno, nosotros hicimos de territorio piloto pero no porque vosotros vengáis a imponer vuestra manera de funcionar, nosotros ya estamos funcionando”. (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 8)
- ci “Nosotros tampoco traíamos un discurso bien elaborado del todo. O sea que nosotros teníamos cuatro ideas generales y las fuimos, digamos, haciendo avanzar, y concretamente yo he ido descubriendo las cosas a medida que se iban produciendo. Quiero decir que ha sido una, un proceso un poco empírico. ¿Eh? No era un proceso cerrado que yo supiera la solución final” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 1)
- cii E: (...) Lo del AMED, se les da la distinción AMED...  
I: ¿Qué es el AMED?  
E: La alimentación mediterránea, aquel distintivo, ¿sabes...? Es un programa que tienes que cumplir una serie de requisitos, ¿vale? Por ejemplo, para decirte un ejemplo, tienes que cumplir que el 50% de los postres tiene que ser fruta fresca y yogur, que con el pan tiene que haber la opción de elegir pan integral, que en la mesa tienes que tener aceite de oliva para poder de esto. Una serie de cosas, de requisitos que tienes que cumplir, que también van con la alimentación mediterránea. Si lo cumples, pues te dan un distintivo. Además de esto pues tienes que promocionar caminatas saludables, o tener trípticos de centros excursionistas o cosas promocionando... Si cumples todo esto pues te dan un distintivo que dice que tu restaurante es AMED. En la misma mediterránea, sales en una web que te hacen propaganda y de esto (...) red que se llama Red Respira, que es antitabaco, y que aquí hay una serie de restaurantes que están en la Red Respira. Es una red que el departamento de salud les da dinero para que promocionen esto. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 13)
- ciiii “Sí, sisi, es hablar con el sector, hablar con el sector y decir: escucha, a ver si tenéis esto, a ver, no... a lo mejor no, a lo mejor no ganaréis tanto con esto, pero ganaréis más con... no sé, ¿no? con otra cosa no? Claro, si no trabajas esto, eeh, por ejemplo ¿no? tenemos un problema en las ferias de Girona que son de aquí poco, que los jóvenes de doce años, todo cogen la primera borrachera allí. Porqu... Porque todo el mundo les sirve cubatas con red... bueno red bull con vodka quiero decir unas cosas que dices ostia! Si, ya puedes poner una policía allá, bueno... entonces yo pienso que es un poco convencer ¿no? quiero decir, mira, podéis hacer dinero y con... no sé, buscarles una... pero si no lo acordamos allí, si no tienes una oferta, si jo la máquina expendedora sigue ofreciendo kitkats, es que acabaré comiéndome un kitkat ¿no? Entonces se tiene que... trabajar un poco por los dos lados si no será extenderlo no” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16-17)
- civ “yo pienso que tiene la gracia que tiene es que probablemente hasta ahora estábamos muy ligados cada departamento, o sea a ver, yo llevo haciendo planes de salud desde hace mucho tiempo desde el primer plan de salud, desde el primer plan de salud se esta diciendo que se tendría que trabajar intersectorialmente, y desde el primer Plan de Salud que trabajar intersectorialmente cuesta muchísimo, hasta hace muy poco no hemos empezado a hacer cosas intersectoriales porque cuesta muchísimo y entonces claro, a mí el hecho de que se esté creando una cosa de este tipo con un apoyo ya con una normativa legal que te diga la salud pública no se que, está claro esto te mujer mucha más herramienta, mucha más facilidad, claro en este momento si estamos trabajando intersectorialmente en educación, con algo de deporte, con algo de, pero aún así va muy lento en el momento que tú tienes una estructura de salud pública bien regulada que viene soportada por una ley, claro todo esto te facilita mucho el trabajo” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág 18)
- cv “Muy bien, tienes aquí todo de... Y esto, que era la estructura clásica, ya colgaba de unos... quizás responsables funcionales a nivel regional con una jefe regional... región, territorio, y servicios centrales, ¿no (...)Que es,

jerárquicamente más elevado que muchos de estos”(F3/O/Pt/NR/V Pág. 3)

- cvi “El Plan de Desarrollo Organizativo. Son formaciones que se han hecho en los últimos años, empezando por estos cerebros, altos ¿no? de toda la organización, orientados al despliegue, y mucho... de contenido muy estratégico. Mucho con gestión de recursos, con gestión de cambio, con conocimiento transversal de la organización, y que además, estas ediciones de cursos PDO, por ejemplo coincidirían el jefe de Lleida de no sé que, con el jefe del área de no sé qué, de Tarragona y tal, por lo tanto, ha ido muy bien, porque se han creado unos vínculos que no existían. Y la gente se ha conocido. Pero todo esto ha quedado a nivel directivo” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 3)
- cvi “Que es, jerárquicamente más elevado que muchos de estos, que trabaja codo con codo con la dirección, y que está físicamente en el territorio (...) Pero todo esto ha quedado a nivel directivo. Entonces necesitamos que esta gente participe de proyectos PDO, interaccione, y tenga conocimientos estratégicos de aquello que se pretende, ¿no? ¿Por qué? Porque que queremos? En el territorio tener un equipo implantado con un jefe claramente estratégico. Es decir, un señor que se pueda relacionar con los ayuntamientos, que pueda ir con los interlocutores de salud pública en el territorio, en el propio... en el propio lugar donde se está haciendo la acción, aproximar la respuesta a la necesidad” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 4)
- cvi “es constante, muy repetido en todas las entrevistas, que, eeh... el tren va sin nosotros. Sin toda la tropa. Porque tú preguntas ¿en que habéis cambiado? Y dicen en nada, nos hacen hacer más trabajo, nos hacen ir a los ayuntamientos, pero no sabemos por qué vamos, dices, bueno...(...) esto lo dice la tropa...”(F3/O/Pt/NR/V Pág. 4)
- cix “mi idea es ir tirando poco a poco. Por ejemplo el Ripollès, el Ripollès, ¿que estamos trabajando? Pues estamos trabajando con un proyecto, todo el tema del... de los menús saludables, de las escuelas... y todo esto nos ha dado ya... lo que tenemos en la Garrotxa ya lo tenemos en el Ripollès también, ya lo tenemos montado. Y a partir de aquí, bueno podemos trabajar cualquier otra cosa ¿no? Y... cuando hayamos ten... tengamos bien asentado esto que ya sabemos que se irá haciendo (...) Pues la tenemos asentada?, a la Garrotxa, la tenemos ya sentada en el Ripollès, la tenemos sentada en el Pla de l’Estany. En el Pla de l’Estany tenemos ya una base fantástica. Quiero decir... En Girona, en el Gironès casi, casi la tenemos ¿no ya? (...) Entonces esto es un poco como aquello de... de las ranas hervidas no de que realmente, vamos hirviendo las ranas y cuando no nos daremos cuenta ya estarán hervidas y no habrán saltado ¿no? Pero -Si ahora me voy a... aaa... yo que sé me voy al Baix Empordà, pues señores va, a partir de mañana empezamos a trabajar la... A ver la...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 24)
- cx “Lo que se ha hecho en la Garrotxa ha sido un proyecto en concreto. ¿Vale? Por eso yo te digo: Hombre, conceptualmente, yo no acabo de entender que queramos replicar, esto, a todos los otros territorios.” (F2/CD/CS/NR/M Pág.14)
- cxi “E: Claro yo no sé si se plantea como un... cómo otra experiencia piloto, que después se sumará al... a la experiencia de esta. Pero claro yo pienso que tampoco ahora (...)  
I: Claro pero si tú llevas el proyecto tal y cómo está ahora, a transportarlo a ot... a otros lugares, como harás, para esta coherencia y este... es decir...  
E: No lo harás, no lo harás. Y la experiencia de la Garrotxa no servirá para... para los otros porque todavía no habrás extraído”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág.9)
- cxii “Todo esto, yo... me he quedado con la experiencia de... de todo esto que te decía no? De cómo tenemos que trabajar con los diferentes agentes, de cómo tenemos que... descentralizar desconcentrar la prop... yo, me he quedado con esta experiencia. ¿Lo otro? Mmm... no” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.9)
- cxiii Bueno, eh... La verdad eran muy sencillas, y es... De hecho nosotros ya habíamos hecho el intento de [interrupción de una tercera persona] [silencio] aaa... habíamos hecho... un programa que ya intentaba un poco lo mismo, aaa que es em... digamos... mmm responsabilizar al territorio de las acciones de Promoción de la Salud. O sea que había un aspecto que era el territorio, eso lo tenemos claro: territorio; otro aspecto era la transversalidad [ se escuchan ruidos de movimiento de cosas] la transversalidad, es decir, el trabajo con educación sobretodo y con el mundo local, la participación ciudadana, etc, etc. O sea que los grandes ejes estratégicos que eran esta: la territorialidad, la cobertura del 100%, el llegar realmente a la población, la participación en diferentes ámbitos con un proyecto compartido, em... ¿qué más? Bueno, todos estos elementos ya los teníamos y estos son los que orientaban (F1/EO/SP/NA/M Pág.2)
- cxiv “Pero si quieres realmente hacer una red, tienes que ir mucho más allá de lo que hemos hecho. Y una cosa que tú me has dicho antes: Escúcheme ¿y la red social que habían dicho que tenía que estar? Bueno yo de momento no la veo mucho. La vería, si pudiéramos tener este entorno. Porque una vez tienes esta... núcleo duro hecho, entonces si que puedes ir... añadiendo otras cositas, y podrías incluso decir: ‘Mira! Ahora que ya tenemos esto muy bien planificado, vamos a los restaurantes o al bar que hay al lado del instituto y les decimos: mira, miremos de que menús que dáis para estos niños sean menús de estos que digamos no se qué’... ¿vale?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 18)

cxv “Decir otros nombres pues subdirección general y protección de la salud y tal y cual se le cambia el nombre y uno se llama fulanito y otro mengaño pero la estructura en si no ha cambiado tanto, y entonces ¿que pasará con los Equipos Territoriales de Salud Pública ? pues evidentemente que no tengo ni idea, no tengo ni idea, evidentemente que si queremos hacer todo un montón de tareas que dice la cartera de servicios, de la cartera de servicios que tiene que salir que dirá pues evidentemente no se hará ni la mitad porque no hay personal y porque aquí no hay infraestructura de personal, por ejemplo yo creo que no existe” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.10).

cxvi “ Es el único problema que tenemos, o sea voluntad de trabajo, grupo constituido, criterio, programa, proyecto..., todo esto lo tenemos ordenado, estructurado, no se que y tal, bueno. ¿ Dónde están los recursos? Los recursos municipales no existen y en este tiempo actual menos, los recursos de la Generalitat..., bueno este proyecto comenzó que parecía que nos tenían que dar cosas y tal..., si no nos cuesta dinero estaremos muy contentos, ¿me explico? Quiero decir, es así y por lo tanto, nosotros si que desde el Consorcio que quiere decir desde el ayuntamiento hemos hecho un esfuerzo importante, yo he dedicado horas pero mis horas, ¡mira! A última hora..., pero mi gente que son técnicos que tienen que hacer inspecciones y tal que han dedicado muchas horas y no hemos cobrado ni una, quiero decir, eso no ha tenido un retorno económico, este es uno de los problemas” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)

cxvii “Lo que dice la Llei de Salut Pública en este momento no podemos dar la cobertura o todos los servicios que dice allá no, no los daríamos de ninguna de las maneras pero quiero decir sin duda; estamos a horas luz. ¿Qué hemos conseguido nosotros ? A ver un mini entente entre determinadas personas y todo esto, pero no... si no hay alguien que haga..., no hay unos servicios municipales aquí ni nada, hay lugares que existen, los servicios de promociones que las tienen mucho más desarrolladas, aquí no existen los servicios de promoción evidentemente ni en otra localidad, no existen como tales, entonces si pensamos que tenemos que dar cobertura a la cartera de servicios que dirá de la Agencia de Salud Pública evidentemente que no, en este momento no” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 10)

cxviii “Yo creo que no... no es homogéneo en todas partes. Además la Garrotxa era un lugar totalmente diferente que todo el resto eh... tenía unas peculiaridades muy diferentes que la Garrotxa eh, porque... Englobaba toda la salud pública dentro del mundo local. ¿Sabes qué quiero decir? Claro, esto es... este modelo, no lo encontramos... por ejemplo en aquí la región no lo encontramos en ninguna parte más, ¿no? Claro, entonces... era más fácil implicar el mundo local, porque cogiendo Sigma, lo cogías todo. Pero claro, al resto de... de sectores aquí si vamos al Baix Empordà y tal esta figura no está” (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 8)

cxix “los grandes interrogantes de los recursos: si cambian las horas, si sacan profesores, como irán las dinámicas... que ahora no... a ver, yo el problema que tengo ahora más... la incertidumbre que tengo en este momento no lo tengo con el programa que yo pienso que ya he ido haciendo el trabajo, sino los momentos que vivimos de incertidumbre, no? Quiero decir, esto que te estaba explicando, ¿no? Cómo que no sabemos como quedarán los claustros, no sabemos como todo funcionará, ahora es muy difícil con estos grandes interrogantes poder plantear temas con los propios profesionales. Convocaremos una reunión y la gente estará pensando si el año que viene estará en el centro, si lo podrá hacer... y claro, igualmente que con las elecciones, yo tampoco sé si el año que viene estaré. Y todos estos interrogantes e incertidumbres y el Departament de Salut que hará... es ante todo esto... el programa lo tenemos preparado, yo creo que a nivel de comarca dado que tenemos una situación estable y yo diría en tema de [empresa] y así tampoco...creo, no sé, que no haya recortes y que no se pueda mantener la gente de [empresa], pues se intentará salir adelante, (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.3)

cxx “El contexto actual de entorno que se ha creado. Ha habido cambio de gobierno y por lo tanto hemos estado unos meses parados a ver qué pasaba con el proyecto de salud pública. Sabemos que continúa, y que continuará, yo creo ¿eh? Igual, o muy igual a lo que estaba previsto, por lo tanto, todo seguirá igual a efectos de... ideológicos, de idea, de hacia donde se quiere ir. Pero esto nos ha tenido parados unos meses. Emm... no hemos podido continuar vendiéndonos del mismo modo porque no sabíamos qué pasaría con la gente concreta que ocupaba los lugares, no sabíamos los... los propios jefes de equipo sufrían por su lugar, decían: Es que si desaparecemos o no desaparecemos, ¿o que pasa? Eeeeemmm... no sabíamos si se crearía la agencia o no, los estatutos se publicarían, ahora sabemos que se publicarán pero durante unos meses no lo hemos sabido... bueno, no ha habido ningún altibajo, pero ha habido como un paréntesis de ir más despacio o más a verlas venir. Paralelamente, ha cambiado el... el Departamento, de salud, se ha creado una secretaría, finalmente hemos sabido que es una secretaría también de Salud Pública, la de estrategia de salud pública. Perfecta pero no... no hemos sabido...”(F3/O/Pt/NR/V Pág.8)

cxxi “También encuentro que una pequeña cosa que se haga y que... y que haya una continuidad, un seguimiento y una evaluación pues esto...no sé, te creará un impulso para ir cogiendo cositas pequeñas. El gran problema sería que ya empezáramos a poner en marcha un montón de cosas, porque a ver, nos perderíamos, nos desmotivaríamos y eso” (F1/O/Pt/NR/F Pág.10)

cxvii “Las diputaciones, aquí en Girona tenemos el Dipsalut, que es un elemento importante con muchos recursos, y que viene de la diputación que está dentro de la diputación. Por lo tanto es otro... es otra singularidad. Los sectores económicos. En salud pública con los sectores económicos. Cuando hablamos con la industria... bueno, pues cuando

*hablas con los panaderos para pedir que hagan pan con menos sal, o hablas con los fabricantes de embutidos que hagan embutidos con menos sal, pues estás haciendo intersectorialidad” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)*

*cxxiii“Está claro, a ver un bollicao, se tiene que luchar porque es todo un marketing social no? porque si comes un bollicao pues cuando sales de... ¿Sabes? Cosas que salen por la tele. Entonces todo esto también se puede... se puede ir trabajando con los sectores ¿no? que ahora también desde el ministerio ha salido una normativa que se tiene que trabajar con esto, con el contenido en grasas, de los alimentos” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16)*

*cxxiv“Pues, si vamos a cambiar el determinante... vamos a poner, en este momento, la visión de salud...Y vamos a salir fuera del entorno del departamento y a trabajar conjuntamente con el ayuntamiento. ¿Y que hacemos? ¿Lo hacemos todo directamente desde aquí y hacemos un programa vertical que llegue a todos los lugares igual? ¡No oye!” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)*

*cxxv“A nivel de Barcelona, y aprovechando los Planes de Desarrollo Comunitario, esto se está haciendo. A nivel del resto de Cataluña, lo estamos intentando ver como lo podemos articular dentro del marco de las dinámicas normales de cada territorio” (F4/O/Pm/NA/M Pág.5).*

*cxxvi“La alimentación mediterránea, aquel distintivo, ¿sabes...? Es un programa que tienes que cumplir una serie de requisitos, vale? Por ejemplo, para decirte un ejemplo, tienes que cumplir que el 50% de los postres tiene que ser fruta fresca y yogur, que con el pan tiene que haber la opción de elegir pan integral, que en la mesa tienes que tener aceite de oliva para poder de esto. Una serie de cosas, de requisitos que tienes que cumplir, que también van con la alimentación mediterránea. Si lo cumples, pues te dan un distintivo. Además de esto pues tienes que promocionar caminatas saludables, o tener trípticos de centros excursionistas o cosas promocionando... Si cumples todo esto pues te dan un distintivo que dice que tu restaurante es AMED. En la misma mediterránea, sales en una web que te hacen propaganda y esto” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12)*

*cxxvii“El cerebro de la organización está reformado, tiene unos criterios tiene un discurso, y, nos ha enganchado la parada, a una cúpula formada” (F3/O/Pt/NR/V Pág.5).*

*cxxviii“Porque vienen dos técnicos de Barcelona a nuestras reuniones. Y ellos llevan quince años, veinte años, haciendo programas de tabaco. Y claro esto es... (...) bueno saben... saben mucho. Porque son gente que han estudiado, ¿no? Son de estos que yo digo de despacho. De estudiar y también de ir a difundir ¿no? Porque bueno, han trabajado mucho esto. Y yo pienso que aquí es la... la cosa esta ¿no?” o (F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)*

*cxxix[sobre el nivel central y su vínculo con la región] “pero básicamente de alguna forma, este de aquí son arte y parte de alguna forma de hacer una propuesta estratégica, igual que nosotros hacemos cuando plan de salud, que hacemos en el plan de salud, hacemos una propuesta de plan de salud con un análisis no sé una propuesta, pero esta propuesta no se ha aprobado hasta que no pasa más arriba, este más arriba te la pueden tumbar, o te la pueden aprobar, normalmente te lo aprueban” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 17)*

*cxxx“porque normalmente quién lo ha hecho son los técnicos que más saben de aquella cosa, entonces una vez la has aprobado es cuando tú lo que dice aquí lo tienes que operativizar y lo haces(...)pues aquí sería un poco, este los que forman parte básicamente de la propuesta estratégica que se discute aquí” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 17)*

*cxxxI“Tendría que ser cada una de las Áreas Básicas a ver exactamente qué se puede hacer, cada una de las Áreas Básicas o cada una de las zonas del territorio conjuntamente con las escuelas del territorio, sentarse y mirar a ver que se puede hacer y con la comunidad, o sea se tendría que coger a nivel casi te siria de Área Básica municipio, con los responsables para ver eso de aquí, qué podemos hacer cada uno antes de comenzar a hacer nada” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 7)*

*cxxxii“Si, tú tienes aquí un... tú antes tenías la... la tropa... un equipo tropa y aquí tenías un coordinador. Si este es un 22, este pongámosle un 23... Muy, muy cerca ¿no? Es... es como el delegado de la clase, uno que le dices ahora coordíname el equipo. Muy bien, tienes aquí todo de... Y esto, que era la estructura clásica, ya colgaba de unos... quizás responsables funcionales a nivel regional con un jefe regional... región, territorio, y servicios centrales, ¿no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 2)*

*cxxxiii“una cúpula formada, o digamos alineada, pero en el territorio no. Y todos estos valores que la organización traslada, (...) Cuando un servicio regional, se relaciona con un ayuntamiento, puedo tener un discurso. Y... pero no conseguimos que los inspectores, encima el terreno y en la relación diaria tengan este discurso. Por lo tanto la organización sólo ha podido vestir con este discurso cúpulas. Por lo tanto las funciones que salen de esta estructura de la organización, están alineadas, y las funciones que salen de esta, todavía no están alineadas”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)*

cxxxiv“Yo creo que el profesional que está con el territorio, pues conoce bien lo que tiene que hacer el de esto pero no tiene exactamente ni los mismos inputs ni las mismas... niveles de conocimiento. Con lo cual no quiero decir que no tengan conocimientos eh?! Tienen un conocimiento muy... probablemente... mucho... muuuuy... importante, de su zona, pero no tienen la visión de conjunto del global y no pueden valorar tanto si están mejor o peor que otro lugar con... concreto” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 10)

cxxxv“de aquí del territorio, para hacer estrategias. En este momento, no tiene sent... el equipo local no puede decidir él solito. Sin las prioridades que le vengan de más arriba. Ahora quería un plan de salud para enrollar una estrategia del departamento con unas prioridades. ¿Vale? Entonces a estos se les tiene que decir: mira! Estas son las prioridades de este año. A ver cómo nos ponemos? Entonces el territorio tendría que hacer una propuesta, se tendría que valorar si es la propuesta adecuada, si no se han dejado nada, si se han dejado algo o ha también iniciado algo, tendrían que pedirlo a este equipo más grande, y después empezar a trabajar” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 19)

cxxxvi“Bueno lo... lo... en transversalidad, que consiste lo que es salud en todas las políticas que es poder aglutinar... hace salud pública juventud, hace salud pública agricultura hace salud... es intervenir en todo esto. No tiene... no quiere decir que hagamos de todo en todas partes. Aquello nosotros no teníamos... Yo me acuerdo al principio de salir el primer borrador de la ley de protección de la salud que se hablaba de equipos multidisciplinares. (...) Somos una agencia que puede intervenir, que puede coordinar, que puede opinar con todo, pero necesariamente cada departamento sigue haciendo lo suyo. Si no es una agencia que haga de todo, sino que cada departamento sigue haciendo lo suyo, y nosotros tenemos un transversalidad”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)

cxxxvii“Cuando hablamos de intersectorialidad, como que ya estamos hablando de fuera, ya no estamos hablando dentro de la misma Generalitat de Catalunya (...). Cuando hablas de intersectorialidad, las realidades son muy diversas”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)

cxxxviii“Eem Hubo una gran controversia porque la gente interpretaba que ahora tendremos que saber de todo ¿no? Ahora tendremos que hacer de todo” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)

cxxxix“Y en realidad se estaba hablando de personas especialistas dentro de equipos multidisciplinares, es decir, que sean los equipos los que sean pluripotenciales, pero no las personas. Yo puedo ser un especialista en seguridad alimentaria dentro de un equipo pluridisciplinar, ¿no? esto mismo trasladado a la agencia, yo creo que vendría a ser lo mismo”. (F3/O/Pt/NR/V Pág. 18)

cxl “Pues dentro del servicio regional M [nombre] a ver, evidente evidente, tiene problemas con la directora de servicios territoriales, bueno, no se entienden, no hablan el mismo idioma, y la epidemiología con N [nombre] con N [nombre] y P[nombre] No hablan el mismo idioma y esto. ¿Qué hay envidias? Pues sí, pues sí. Yo por lo que sé la P esto, que a lo de la Agencia de Protección de la Salud no pueda intervenir y esto le duele, ¿vale?” (F1/O/Pt/NR/F Pág.17)

cxli“E: Sí a ver, N es la jefa de epidemiología. N es médica y M es bióloga. ¿Qué pasa? Pues que todos los tiros dicen que la M será la directora de la Agencia de Salud. Claro, cuesta que una médico no se vea en este cargo.

I: Está claro, vale. Y pone...

E: Yo, es lo que conozco. Evidentemente lo que desconozco no de esto pero no sé, quiero decir... es lo que me pienso. ¿Vale? Tampoco... Pero no tienen... se respetan y de esto pero... no sé, no... en un momento dado sí que puedes ver un poco de clima de buen rollo pero no... no, es lo típico”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.18)

cxlii“E: (...) yo no interpreto que el hecho de que venga J tenga que prever que M tiene que desaparecer y yo tenga que desaparecer. Yo no lo interpreto así. Si se interpreta así, quiere decir que aquí tenemos un pequeño conflicto de... de, de papeles digámoslo así.

I: Claro.

E: No se trata de pensar es que hay demasiados gallos en el gallinero porque pienso que sería un error. Pienso que el papel de cada uno es muy diferente.” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 5).

cxliii“Quiero decir yo que sé, las estructuras yo... ay, las estructuras, ¿cómo se llama? La jerarquía, ¿vale? Es el gran problema. A veces uno porque tiene un cargo superior pues parece que tenga que hacer más cosas o que se tenga que sentir superior, ¿vale? Pero lo que importa es que estos funcionen como un equipo independientemente de que este venga de Sigma, el otro venga de no sé dónde y el otro venga de salud,” (F1/O/Pt/NR/F Pág.8).

cxliv“tenemos la habilidad ¿no? de buscarnos espacios ¿no? Y a pesar que a veces no vamos a la velocidad que queremos no, porque hay muchos vacíos quizás en este proceso hay momentos que se nos para porque el día a día se nos come y las dificultades se nos comen ¿no? Entonces a veces tenemos como gaps. Que dices ostras ¿me tengo que poner con aquello? Por otro lado yo pienso que hemos tenido experiencias gracias a F [nombre] que nos ha

facilitado la participación de 'Salut als Barris' que hemos empezado ya a trabajar con agentes nuestros en el territorio de protección que ya los estamos educando hacia la promoción y además esto es una experiencia muy buena" (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 1)

cxlv[En relación al año 2011] "O sea, en estos momentos ahora me lo miro y diríamos: ostras, es la era la foto del 2009, porque ahora hemos avanzado mucho en relación con permear a la organización. Ahora ya tenemos referentes de promoción en cada una de las regiones" (F4/O/SP/NA/M Pág.7).

cxlvi"Teniendo en cuenta que cómo que se ha empezado de arriba abajo, los PDO empezaron por los directivos, comité de direc... bueno, comité de dirección no, hicieron uno el año pasado, empezó por los subdirectores y... no, subdirectores no, jefes de servicio. Jefes de servicio ya había un montón porque, cerca de veinte y pico en todo el territorio más todos los de servicio central, más los de servicios regionales, pum, pum, pum, pum, pum... Y se pulieron tres o cuatro ediciones sólo formando jefes de servicio. Entonces claro, has ido bajando, y has ido dejando fuera todo lo (no se entiende una palabra) de la organización. Emmm, claro, se podía haber empezado de arriba abajo o de bajo arriba. Se ha empezado de arriba abajo". (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)

cxlvii"X [nombre] no deja de que es un técnico que hasta hace muy poco no conocía gran cosa, y no tiene la capacidad de liderazgo que tiene M [nombre]. O sea puede ser que técnicamente quizás incluso pueda saber, no sé si más, o, o, o por el estilo; pero no tiene la capacidad de liderazgo que pueda tener M [nombre], cuando dice una cosa M[nombre]" (F1/EO/CS/NR/M Pág. 4)

cxlviii"Has formado los directivos, de acuerdo, tiene toda la lógica, son los que tienen que impulsar después ¿no? Ahora íbamos a continuar, ir bajando, hacia los responsables y coordinadores. Este primer nivel más básico de coordinación. Y no ha habido dinero, esto ya se ha parado, se han tenido que parar los PDOs. A ver si... si se retoman o pasa algo ya tenemos la gente distribuida por ediciones y en tres años ya se iba a formar a todo el mundo. Se ha parado. Por lo tanto aquí, hay una grieta aquí en medio, entre los que tienen que ejecutar, entre las manos y el cerebro" (F3/O/Pt/NR/V Pág. 5)

cxlix"Las personas tienen sensación de estar fuera del tren del despliegue, cosa que es muy preocupante. Es decir los inspectores de carga dicen, esto no va con nosotros no... hablo de diciembre del año pasado ¿eh? Emm... estáis haciendo un cambio y nosotros no estamos invitados. Eeh... distancia con el servicio regional. El siguiente nivel jerárquico de un inspector de territorio o de un sanitario del territorio es el servicio regional, ya mucho más que el mundo lejano. Roc Boronat todo esto cae muy lejos. Y ellos dicen hay mucha distancia con el servicio regional. Es esta primera corona que te comentaba de la dirección. Cuándo encuentro una primera corona que sabe de que hablamos, y fuera de aquí... la nada, no?" ((F3/O/Pt/NR/V Pág. 2)

cl "Lo que necesitamos o que necesitaríamos sería formación, de momento el departamento no nos está dando, ¿vale? Pronto ya seremos agencia de la salud pública pero de momento esta información no la estamos recibiendo pero ya tenemos que empezar a iniciar programas de promoción. Además, que somos unos cuantos que lo tenemos que liderar esto lo tenemos que transportar al territorio. Claro, esta persona lo qué quiere es seguridad, que tenga seguridad y que la persona que tenga arriba también le demuestre de seguridad y yo que tenga yo algo aquí que también me demuestre, aquí quizás sí que está, pero claro, aquí hay 60 personas que hacen promoción" (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)

cli "las estructuras cambian, cuesta mucho cambiarlas, es muy complicado, pero justamente este equipo operativo en el territorio lo que hay es representación de todas las franjas verticales para ver si se horitzo, bueno se hacen más horiz, bueno para que colaboren de manera más horizontal no?, ahora hasta qué punto con este equipo pues se podráaa coordinar y hacer más horizontal las actividades,(...) Pero realmente es difícil ¿no? es como decir... como pasar de conocimiento a hábito ¿no? es un poco esto ¿no? de como pasar de que las cosas han, pueden funcionar de una manera diferente que quizás es mucho más eficiente a realmente que se hagan de este modo, todos estamos muy, tenemos una inercia".(F2/EO/V/NR/M Pág. 3)

clii "Que es, jerárquicamente más elevado que muchos de estos, que trabaja codo con codo con la dirección, y que está físicamente en el territorio, no sé cómo dibujártelo para que se entienda que este señor está situado aquí". (F3/O/Pt/NR/V Pág.3)

cliii"¿Entonces qué pasa? (...) Este señor ha promocionado, pues... ¿no? laboralmente y todo ello, y este señor, este, como que viene de aquí, lo que nos pasa más habitualmente es que haga el trabajo de este señor, un poco mejor. Con lo cual, anula, sin querer... ¿no? estos señores se dedican a cosas tanto mundanas como pasarnos una declaración de dietas o una... controlar los horarios de la gente. Esto es una cosa que se tiene que poner dinero por una razón estratégica de implantación en el territorio, ¿no? También hacen esto, anulan estos. Y estos están enfadados. Entonces cuándo... la reflexión que hicieron en octubre dijeron, necesitamos formar con PDO con esta gente, porque es la gente que está a trinchera" (F3/O/Pt/NR/V Pág.3)



cliv “E2: (...) cuando tú estás viendo esto y dices por ejemplo en cardio vascular y con cáncer, pues hay una cosa importante que hay unas cuantas cosas que si tú hubieras controlado algunos factores de riesgo no tendrías patología de alguna forma y cuáles son aquellos factores de riesgo, pues desde algunos ligados con la alimentación, léase obesidad//

E1:// actividad física//

E2: // léase hipertensión, vale, puede ser legado en esto pero también puedes encontrar léase tabaco de alguna forma y todo esto de aquí tiene una vertiente importando que sería del mundo sanitario de cese del tabaco, de control de la obesidad de control sanitario, pero de la parte de la promoción sería evitar que esto pase, y ya pasa a ser una prevención primaria o incluso si vas más allá una prevención primordial cuando tú lo coges a nivel de la escuela que aún no hay nada de nada y simplemente estás inculcando hábitos saludables, por lo tanto todo esto de aquí de alguna forma va muy ligado//

E1:// podríamos hablar de los determinantes no F?

E2: // y que buscas aquí, el otro punto que están trabajando aquí, son los determinados sociales, ya o los determinantes de enfermedad, sino incluso los determinantes sociales

E1; la visión ecológica que dicen de la enfermedad” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 22)

clv “E: (...) aquí el papel de la salud pública puede tener un...

I: Sí.

E: un papel muy relevante, ¿no? O sea que yo creo que dependerá, pero que en el fondo se trata de decir: escucha, como podemos trabajar conjuntamente en este nivel, servicios de salud pública, servicios... salud pública, cuando digo esto estoy hablando tanto de la higiene como de los ayuntamientos, instituciones, organizaciones, otras entidades, la escuela, etc., para poder abordar esto” (F4/O/SP/NA/M Pág. 2)

clvi “Está claro, el gran problema entre las administraciones es la coordinación entre ellas, cada cual va por libre, quiero decir, hay programas que pueden incidir en el suicidio que vengan de salud, que vengan... yo que sé, de... de acción social”. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 5)

clvii “Siempre hemos dicho que quién planifica es el Departamento de Salud. La proximidad en el territorio la buscas, porque aquello que planifica el Departamento de Salud, el territorio nos diga lo que es más adecuado”. (F2/CD/CS/NR/M Pág. 7)

clviii “E: Escucha Valeria, salud pública, es que... interacciona con todo.

I: Sí, y tanto.

E: Con todo”. (F2/CD/CS/NR/M Pág. 9)

clix “Sí. Cada... cada... cada lugar será a una escala diferente y habrá interlocutores diferentes, pero yo creo que sí. Con educación no creo que haya problema. Porque con educación tú te entiendes con el Departamento de Educación, y... y ya está. Pasa que claro el mundo local quizás sí que es más complicado, porque el mundo local, hmmm... ¿cómo lo agrupas todo? O vas a la Asociación de Municipios, o vas a la Federación de Municipios, que envíe un represen... que represente todos ellos no? Quiero decir, tienes que buscar otra estrategia aquí en todo caso ¿no? Porque aquí la estrategia de la Garrotxa con S [empresa], no está en otras partes ¿no? Si lo quieres hacer en el Baix Empordà, ¿a quién llamas? ¿Palafrugell? ¿Y dejas Palamós de lado? ¿O la Bisbal de lado? O... cómo lo haces ¿no? Entonces claro, o los unificas todos, o... claro, se tiene que... yo creo que cada lugar se tiene que poner todo en juego ¿no? pero bueno, yo creo que sí que se puede hacer.(...) Hombre, eeh... hasta ahora hemos trabajado conjuntamente, todo esto lo hemos hecho conjuntamente. Eeh... sobre papel y teórica eh? Ahora se tiene que llevar a la práctica que es donde está”.(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 9)

clx “muchos de los resultados de las acciones priorizadas tienen que ver con coordinación de los servicios sociales, con hacer grupos de cosas, con potenciar yo que sé...algún programa que se hace desde Barcelona, por ejemplo, que la gente baje...un programa en el que hay personas jóvenes que ayudan a bajar a personas mayores en la calle... para que puedan andar, para que puedan relacionarse, que puedan socializarse...Y muchas veces las acciones tienen que ver en que el Ayuntamiento sepa lo que está haciendo el centro de salud...Y el centro de salud sepa lo que está haciendo el Ayuntamiento...Porque a lo mejor están repitiendo cosas y hay cosas que nadie las hace”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.6)

clxi “esta manera de trabajar de colaboración y cooperación. Es decir, no tiene sentido que desde aquí haciendo un programa muy bonito con medios...Lo que tiene sentido es ponerse al lado, trabajar junto a la gente para generar las mejores propuestas posibles...¿eh?” (F4/O/Pm/NA/M Pág.6)

clxii “lo que aporta es una cultura organizativa nueva que permite llegar (...), un programa único y homogéneo por todo el mundo, etc, etc” (F1/EO/SP/NA/M Pág.12)

- clxiii“cogemos los programas, los unificamos, convertimos todos estos programas que tiene la gente... Convertimos todos los programas del tabaco con un proyecto de abordaje integral del tabaco en la Garrotxa, que tiene patas, y que cada pata hace... ¿no?”(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 28)
- clxiv“Creo que es la misma situación. El CAP Salud ha jugado un papel...igual que lo han jugado los ayuntamientos durante muchos años en que la promoción de la salud se hacía a partir de ellos...o se hacía a nivel de programas centralizados...Y, ahora, lo que tenemos que hacer es cooperar todos. Y entonces, cuando se construye esta cooperación...justamente esta tarde hablaban con gente del Servicio Catalán de la Salud de un programa a una jornada sobre salud y escuela, ¿eh? (...)Por el trabajo de los profesionales de salud de las áreas básicas y el trabajo del CAP Salut en el territorio...centralizando, coordinando...ehhh...profesionales magníficos, con nombres y apellidos todos ellos...que se han implicado muchísimo...(...)A partir de allí se genera un discurso común y a ver como entre todos podemos conseguir más de lo lo que conseguirían solos” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 15)
- clxv“trabajar en el entorno hace que tú sepas que esto lo puedes utilizar. Y por lo tanto, si estás trabajando en el Ayuntamiento te enteras de estas cosas...que si tú estás en tu entorno de salud...ehhh...salud pública, salud...ehhhh...sistema sanitario...ehhh...no te enteras a veces...Entonces, este trabajo conjunto es el que hace que no dupliquemos cosas y que hagamos cosas nuevas...y que hagamos cosas que sean complementarias” ((F4/O/Pm/NA/M Pág. 7)
- clxvi“la sociedad la que se articula y iesto es una sociedad sana! Nosotros no queremos que haga el papel del Sistema Sanitario...es decir, la enfermera ya hace su papel, la comadrona ya hace su papel...y la sociedad civil tiene que hacer su papel...y todos juntos articulamos”.(F4/O/Pm/NA/M Pág. 17)
- clxvii“Es la gran...es el gran reto. Es el gran reto y... quiero decir, yo te diré que esto nos costará pero es lo principal. En todos los sentidos; es decir, el trabajo conjunto desde la estructura central de promoción y el territorio, el trabajo desde la estructura del territorio con los otros agentes que están haciendo promoción de la salud en el territorio...desde esta vertiente de respeto y de valorización con lo que se está haciendo. Y desde esta vertiente que cooperamos juntos para conseguir lo mejor. Pero esto nos costará (...) Pero al final las cosas pasan en un nivel muy local y, a lo mejor, tenemos que tener todos paciencia...también las otras instituciones, las otras entidades...y nosotros tenemos que hacer un discurso continuo, continuo, continuo de trabajar conjuntamente con el territorio y construir muy conjuntamente” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 14)
- clxviii“trabajar en el entorno hace que tú sepas que esto lo puedes utilizar. Y por lo tanto, si estás trabajando en el Ayuntamiento te enteras de estas cosas...que si tú estás en tu entorno de salud...ehhh...salud pública, salud...ehhhh...sistema sanitario...ehhh...no te enteras a veces...Entonces, este trabajo conjunto es el que hace que no duplican cosas y que haciendo cosas nuevas...y que haciendo cosas que sean complementarias”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 7)
- clxix“entonces esta gente yo creo que los estamos recu, los podremos ir recuperando y entonces es de una gran importancia, porque el que puede hacer realmente muchas cosas en territorio , estamos hablando de ayuntamientos grandes y medios eh, claro los pequeños lo tienen más difícil y esto tendremos que valorar como lo articulamos, pero los grandes y los medios, claro, conocen su territorio y pueden llegar, conocen el profesorado, tienen relación con la escuela y es un lugar óptimo para hacer todo esto”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)
- clxx“Bueno, a ver...el mundo local tiene todo una panoplia de instituciones, de organizaciones que pueden hacer promoción de la salud. Y aquí si que entran pues, yo que se ´, organizaciones juveniles, juventud, deportes (...) Salud, que en su vertiente de agencia y, CatSalut, y educación, estos son el núcleo de oro de la organización. Ahora...en el mundo local evidentemente tiene, esto...juventud, deportes, ONG’s, mmm, y los Mossos de Escuadra o los policías, porque no sólo son los Mossos de escuadra, son los policías locales, etc., etc., tienen un papel. Muchas veces ha pasado que también muchas de estas organizaciones diríamos de cuerpos de seguridad...am...han montado su propio sistema de promoción de salud, que todo esto también se tendrá que ir ajustando en este proyecto transversal y que cada cual también haga su Trabajo bien hecho. ¿Eh?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)
- clxxi“El territorio iba tirando millas, iba haciendo sus proyectos y, aaa, nosotros también íbamos haciendo los nuestros, y muchas veces nos convertíamos en competidores, lo que estamos intentando montar es un sistema, cooperativo donde seamos socios a los tres niveles, local , regional y central” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)
- clxxii“Pero...el gran reto...lo tenemos muy presente, ¿eh? Lo tenemos muy presente...pero esto no quiere decir que no cueste...al revés, costará mucho pero esto no quiere decir que no sea lo más relevante. Para mí es lo más relevante (...) Es como cualquier lugar...es decir, que tú estás en un restaurante y... mmmmmmm... quiero decir, el camarero de, al final no sabe que o no hace lo que sea...o el cocinero o el que sea...todos son parte de todo. Y lo tenemos que trabajar conjuntamente y si, a lo mejor, este lugar hasta este día no había sido un restaurante porque había sido un lugar que producían alimentos por cáterin...pues, son habilidades que se tienen que ir incorporando”.

clxxiii“Porque, que nadie olvide que esto que yo te digo ¿no? de los ASSIRs, de los Equipos de Atención Primaria, de todas estas per... profesionales que están en el territorio, y que hace muchos años que están haciendo promoción sin que nadie los apoyara y sin que nadie les diera un duro. Y que lo hacían por voluntad, y como voluntariado casi. Que ahora no los desbanquen. Se los tiene que tener en cuenta ¿eh?” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 20)

clxxiv“Si pero... cómo se hace esto? Cómo lo haces para impedir que se implante un McDonald's? Hombre, yo creo que sí, y creo que estaba previsto hablar con la industria, ¿no? I... con los cáterin que hacen la comida en la escuela, para decirles escucha... además creo que ellos tienen un problema dentro de revisión de menús escolares y cosas de estas, ¿no? Para intentar decir, ¡escucha! Pues hombre... ayudar ¿no? O... yo que sé, o dar fruta en la escuela. Yo que sé que van a ofrecer fruta ¿no? Intentar cambiar los hábitos a... implicando a más gente, yo creo que sí que es necesario implicar toda esta gente no lo sé no... evidentemente el peso es muy fuerte hacia el otro lado también ¿eh? Pero igual que por ejemplo hablamos de... del fumar a... los coches de fórmula 1... que poco tiempo atrás se prohibió, que se llevara... Claro, pero esto no sé... esto se tiene que regular de una manera u otra... pero esto ya es mucho, mucho de arriba ¿no? y mucha gente que tiene que colaborar... Pero desde el territorio es muy difícil regular esto eh. No es una cosa territorial, es una cosa eem... bueno de gobierno no? una cosa... que nosotros no podemos entrar... sí que puedes hablar con los... con los de tu zona no? Con los que hacen el catering de los centros de ocio[esplais], los de aquello... que intenten hacer, menús, pues... de aquello saludables, pero está claro... eeeem... de esto a evitar que... no lo sé... no lo sé. No soy un experto en Salud Pública eh?” (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 11)

clxxv“Es la región sanitaria la que dice lo que desplegaremos en cada uno de los territorios que, la región sanitaria, quién le dice qué tiene que desplegar, es, la... la, la... la centralidad ¿no? El CatSalut, a nivel central, y el departamento de salud a nivel central, vale? Claro, a la larga, lo que podría pasar si vamos desplegando todas estas estructuras a raíz de este ensayo es que en temas de salud pública nos pasara lo mismo. Que estas estructuras del territorio, nos dijeran: no mire yo ahora quiero hacer promoción... ay no sé... de las coles de Bruselas, porque me parece que yo tengo un cultivo muy importante de coles de Bruselas aquí, y hombre, a mí me gustaría ponerlo. Pues quizás, aquel año, el departamento de salud no es una prioridad, y el presupuesto que tiene, no es para utilizarlo en esta línea. Es para utilizarlo con otra línea. ¿Sabes qué quiero decir? (...), a ver, si, te he puesto las coles de Bruselas ¿no? Sí, dentro de lo que el departamento planificara hubiera la vertiente de coles de zanahorias y de... no sé, de berenjenas, y en el bajo Empordà pues, el cultivo, fuera de coles, la proximidad con el territorio lo que tiene que traer es, ver que no los forzarás a hacer otra línea que no sea esta. Pero sí, pero... a no salirte.” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 7-8)

clxxvi“Se supone que también habrá otra fuente de información y es que la que genera la práctica en el territorio. Por lo tanto yo creo que por lo menos habrá dos fuentes de información para hacer análisis y para tomar decisiones. Una que vendrá del análisis de los datos mmm digamos más ... aaaa frío, más objetivo, y el otro que vendrá de la propia experiencia que se creará en el territorio y que bajará a través de la región hasta los servicios centrales y que también nos influirán no sólo por ...trabajar de una cierta manera, sino también por aaaa , digamos ir resituando los temas más importantes” (F1/EO/SP/NA/M Pág.11)

clxxvii“yo entiendo que lo que se ha hecho es, poner sobre un papel blanco sobre negro, de qué es lo que hay. Qué es lo que hay en los diferentes ámbitos eh. Dentro del... de, ámbitos y departamentos eh? Porque cuando hablas de departamentos, hablas del Departamento de Salud, Departamento de Educación y mundo local”. (F2/CD/CS/NR/M Pág. 3)

clxxviii“Entonces sí que si ha servido... yo creo que ha servido por mucho, para ver... primero para conocer, y después para ver qué hace cada uno, ¿no? Y esto yo creo que hay una base de datos toda hecha, con unas fichas, con unos de aquello. O sea se ha hecho mucho trabajo, lo que pasa que ahora, este trabajo se tiene que continuar”. (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 2)

clxxix“es empezar a trabajar algo más en red, yo pienso que es lo importante. Entonces un poco, es definir un poco los roles o sea el primer rol es un poco de planificar es que que está más pez de entrada pero de alguna forma esto es la primera vez que te pones quiero decir un golpe has hecho un poco ya dejas de ser, no sé si me explico, ya empiezas a tener más habilidades, ya no hace falta de alguna forma trabajar”. (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 2)

clxxx“yo creo que es lo que se ha querido conseguir formando la operación operativa en el territorio y por eso también se ha querido que tuviéramos ahora carta verde para, para elegir los temas y para llevar ellos un poco la iniciativa, lo que pasa que necesitan un poco de acompañamiento porque por ejemplo ahora estamos hablando de implantación y no se había pensado con los indicadores, quiero decir que todavía necesitan un cierto acompañamiento por parte del equipo operativo regional, pero creo que, y esto desde, desde lo que sería pues esto, la, la región es una de las cosas que tenemos clara que si no se implica el territorio esto no tendrá continuidad porque además ahora una vez hecho el, el ensayo en la Garrotxa lo que se quiere esto pues es esto, en plan gota de

aceite irlo implantando a otras partes del territorio y ya se está pensando en qué partes del territorio pues se empieza a trabajar, porque si se empieza a trabajar ahora , el próximo curso ya se podrá implantar en otra comarca” (F2/EO/V/NR/M Pág. 2)

clxxxi“escúcheme cómo tenemos que cumplir estas competencias yo hago hasta aquí en primero y tú enganchas de aquí hasta allá en segundo” (F3/EO/Pt/NT/MI Pág. 9).

clxxxii“Pero está claro eeh... como agencia, ¿el encargo qué era? Que, ¡ostras! La Dirección general de Salud Pública, es quien sabe más de estos temas. ¿Es donde hay el conocimiento no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.4)

clxxxiiiE: Bueno sabemos menos..., o sea nosotros con lo que contamos y hemos contado siempre es con lo mejor de la gente que hemos trabajado de manera coordinada durante todo este tiempo en el territorio, es decir nosotros no sabemos , la gente que hay en el S[empresa], no es que sepamos , lo que sí sabemos es trabajar de manera coordinada y de manera eh.. digamos conjunta, con otra gente que saben mucho más que nosotros o sea nosotros no discutimos de salud pública con las enfermeras APS porque nos parece de tontos discutir ir a discutir con alguien que es especialista es decir es más una función colaborativa, una función de sumar de participar y de creerte que aquello va bien o sea discutir con los grandes “liners”, pero yo tengo toda la confianza en que A, en que M hagan lo que tienen que hacer, quiero decir hagan lo mejor que se puede hacer, ¿vale?

I: Si

E: Porque están, porque se han formado, porque se siguen formando y porque nosotros tocamos 50 teclas y no podemos estar en todas partes (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.20)

clxxxiv[sobre una institución supramunicipal] Estos hasta se atreven a ir por el mundo diciendo que nosotros no sabemos y que suerte que han venido ellos y nos han enseñado como lo teníamos que hacer ¡escúcheme que ustedes llevan un año trabajando y yo hace diez años que estoy trabajando con el mismo, que me está tratando de subnormal! porque si en diez años yo no soy capaz de saber que tengo que hacer y usted en un año es capaz de saber que tiene que hacer es que aquí tenemos un problema muy serio, ¿me entiendes? Quizás el problema es que yo no tengo recursos y usted está malgastando los que tiene, ¿me entiendes?” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.16)

clxxxv“Salud porque le toca de derecho, porque es salud. Está claro, después hay otros muchos departamentos. Hay..hay juventud, hay deportes, hay... no sé... qué más... No sé yo encuentro que más o menos todos los departamentos hay algo que se los toca.” (F1/O/Pt/NR/F Pág.7).

clxxxviEl problema de S[consorcio],.. es que es una empresa pública y un empresa privada, sabes... tiene un laboratorio...vale, y el público es Bueno lo que hace...

I: laboratorio de qué...

E1: de análisis...

E2: ...de alimentos, de aguas, de legionela....

E1: esto es privado y la parte pública es lo que hacen los Ayuntamientos... dijéramos lo público y medio ambiente. Claro, a nosotros como inspectores claro nos los encontramos en este ámbito ... nos encontrábamos que íbamos a hacer inspecciones a un restaurante ..

E2: o, todavía nos encontramos (...)S[empresa], aprovechando que tiene, que tenía algunas competencias de medio ambiente o algo //

E1://aprovechando que iban a los lugares por otras cosas los derivaban a su laboratorio ... cosa que no tendrían que hacer,// porque todo el mundo es libre de ir al laboratorio que quiera(F1/GtiO/Pt/NRiNT/F (2) Pág. 5)

clxxxviiE1: Quiero decir que cada analítica que encontrabas veías errores después encontrabas una, una en la red que el aluminio sobrepasaba y esto, y estaba mal a la hora de transcribirlo...

E2: Claro de momento parece que... se les ha compatibilizado hacer las dos cosas y convivimos con esto... entonces claro hay gente del equipo que a lo mejor ha tenido... más enfrentamientos... (F1/GtiO/Pt/NRiNT/F (2) Pág. 5)

clxxxviii“cuando salió S[Consorcio] el equipo de aquel momento de inspección de veterinarios se pusieron en contra, este van por los lugares y dicen que son salud” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 13)

clxxxix“ya está bien que digan que son salud, porque ya lo son salud, porque la salud, la Protección dela Salud no sólo es competencia nuestra como departamento sino que es competencia de los entes locales y en Olot los entes locales tienen consorcio, claro este consorcio tenía una parte que era privada y que para financiarse necesitaban recursos evidentemente” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 13)

cxc“La materia gris de la protección esta en estos de salud y en este momento ha pasado a la agencia que pasa, evidentemente, si una persona de sigma tengo que ir a hacer una inspección de un restaurante no sabe tanto como nosotros, pero cuál es la nuestra ya no diría... nuestra obligación? cuál es nuestra obligación? Coger a esta persona y decirle mira, cuando tengas que hacer la inspección estos son los procedimientos, este es el protocolo de

protección de la agencia y además las primeras veces que vayas yo iré contigo y te enseñaré. Y esta es la idea o sea entonces, ya no diremos, porque claro un técnico nuestro cuando empieza si lo dejas solo” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 13).

excii “También es verdad que nosotros al ser como tenemos que ser respetuosos y hemos dicho: “escúchame los protocolos los marcáis vosotros, los protocolos de inspección los marcáis vosotros. Nosotros ya entendemos que vosotros sois y seréis Agencia de Protección de la Salud y por lo tanto como que seréis Agencia de Salud Pública en el futuro, los protocolos de control y tal no queremos que sean diferentes del resto de Cataluña y se lo dejamos marcar, no los dejamos los marcáis y nosotros seguiremos vuestros protocolos, sólo faltaría! , o sea yo con esto no haré una guerra porque me parece estúpido”. (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 17).

exciii “los gobiernos locales tienen unas competencias en salud y en salud pública y en promoción de la salud; yo les doy una ley y mientras no cambian la ley estas competencias son nuestras y por lo tanto no hay nadie en este mundo que nos las pueda sacar a no ser que voluntariamente nosotros las deleguemos a quién sea, ¿vale?y yo soy vehemente y me he enfadado con la Diputación de Girona cuando ha intentado usurpándonos esto y me he enfadado con el Departamento de Salud cuando ha intentado pasar por encima de una cosa que yo creo que es una absolut., bueno que es una ley, ¿vale?, esto a mí me ponía en una situación de crisis permanente porque claro yo era el terrorista, es decir, ellos tenían pensado una estructura global y de esta estructura global salía un tío, un enanito de allá de las comarcas de interior de Cataluña allá perdido casi en Francia que les decía que esto no podría ser y que además chillaba y que además iba...” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)

exciii “nosotros tenemos una manera de trabajar, que nosotros no estamos explicando cosas porque nos acabamos de levantar hoy de dormir sino porque llevamos una dinámica, porque tenemos claro cuáles son nuestros criterios, cuáles son nuestras obligaciones y que intentamos cumplir de una manera ¿de acuerdo?” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14).

excivE: (...) “no cojones, yo soy el jefe en mi casa y a mí no me vendrás a tocar la pera ni nadie “, ¿que se ha creído?, ¿me explico?

I: Sí

E: tanta Región Sanitaria cómo quiero y tanto Departamento de Salud como quiero pero yo soy el ayuntamiento, yo soy el ayuntamiento las competencias son mías “a callarte, que mando yo aquí” se ha acabado. Claro esto no hay ningún otro ayuntamiento que tenga valor ni ganas ni voluntad de hacerlo (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 24)

exciv “Y esto ha provocado en alguien, no en todos, en alguien un cambio de pensamiento y de paradigma y entender que desde el Gobierno Central y desde la centralidad de Barcelona no es suficiente para entender qué caray está pasando en el mundo y por lo tanto y por eficiencia como si yo fuera el mejor sino que hay gente en el territorio que tal tal. Por eso solo ya vale la pena, ¿vale? (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)

excvi “¿ahora esto implica un cambio de actitud?, no porque el poder de la centralidad, el poder del Gobierno es infinito. El poder del Gobierno no tiene nada que ver con nuestro poder, si nosotros tenemos la ley a favor porque la ley dice que es muy decisión nuestro, pero los recursos, las capacidades, la gente para trabajar, el no sé qué lo tiene el Gobierno y por lo tanto es una relación asimétrica, totalmente asimétrica” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 14)

excvi “Diputaciones y Generalitat nos quieren tratar y nos tratan y esto a mí me enciende, me pone, me enciende, nos tratan como si fueran adolescentes irresponsables, nos tienen que guiar porque nosotros no sabríamos; yo soy adulto y soy responsable de mis actos y yo sé leer el BOE exactamente ay el DOC exactamente igual que usted y por lo tanto soy capaz de saber lo que me está pidiendo cuáles son las obligaciones que tengo el problema que yo no tengo los recursos, usted está haciendo trampas en el solitario y está jugando con mala leche porque cómo usted tiene un problema y no es capaz de asumirlo ¿qué hace? me lo delega a mí y me da la competencia a mí y la responsabilidad a mí; las piscinas la responsabilidad de los municipios, la legionela responsabilidad de los municipios, ¿vale?, y los recursos, ah no es que los recursos ya me he olvidado, a no, no se vale, no se vale si la responsabilidad es mía los recursos también, ¿vale?, por lo tanto aquí hay un problema y es un problema estructural, un problema estructural de nuestro país” ((F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 16)

excvi “yo creo que en los ayuntamientos..., se lleva otra vez aquello que ya te he dicho: “yo quiero ser adulto y quiero que mi ayuntamiento sea adulto “, y por lo tanto yo tengo unas competencias y estas competencias las tengo que ejercer y después me tengo que ir a pelear con quién sea para sacar los recursos, con quién sea, sea la Diputación, sea D sea con quién sea, ¿vale? Pero yo tengo que cumplir mis competencias no puedo esperar que no sé quién me solucione mis problemas, esto es de gilipollas, esto es de adolescente irresponsable”. (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24)

excix “Pues yo de tabaco hago un programa que se llama no me fumes, y otro que se llama, fumar menos, y otro que se llama no sé qué, ¿no? Vale. Pues tenemos eeh... yo que sé, veinte programas en el territorio, que se llaman de diferente manera, y que se están haciendo (...) Oncolliga es una asociación de enfermos de cáncer que tiene mucha

potencia en Girona, y que también está haciendo muchas cosas de promoción. Entonces vimos que lo... Oncolliga estaba trabajando en muchos institutos de la provincia con un programa suyo. El Ayuntamiento de Girona estaba trabajando con los institutos de la ciudad de Girona con un programa más o menos de Oncolliga pero también suyo". (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5)

cc "por ejemplo, un Consejo Comarcal, que quiere trabajar, yo que sé por poner... tabaco, es absurdo, para mí, que se gaste unos recursos haciendo un programa o haciendo un tríptico porque aquí, tendrán los trípticos que ya los máximos expertos en la materia que los pueden hacer, y que además son gratuitos. Por lo tanto, este consejo comarcal donde te tiene que dedicar los esfuerzos no es a hacer un tríptico, es en difundirlo. ¿Me entiendes? Entonces... nuestro encargo en los directores generales era este: A ver mirar, el territorio que hay, qué agentes, como se relaciona, como os podéis relacionar, ¿no? Y cómo, podemos hacer llegar todo esto" (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5)

cci "mundo local evidentemente porque si uno se llama T [nombre] otro se llama E [nombre] , alguno otro regidor de Educación y él que tiene los contactos con este y con aquel otro y todo esto evidentemente que en principio aquí J [nombre] como responsable comarcal (...) se implica mucho y evidentemente el mundo local se ha implicado mucho (...) mundo local que en cierto modo se podía implicar o no, si no se hubiera implicado no se hubiera hecho nada pero al implicar si" (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)

ccii "nosotros tenemos que liderar la protección de la salud ¿porque? Por qué somos los que sabemos más y esto es una realidad". (F1/EO/Pt/CS/NR/B y M (2) Pág. 13)

cciii "desde el origen, de que hay un departamento que planifica, porque si no, dentro de cuatro días, que quiere decir unos años ¿eh? Podríamos correr el riesgo de... bueno, lo que a veces con entidades proveedoras nos ha pasado. Ahora te pondré un ejemplo diferente. Nosotros tenemos una entidad proveedora, (...) puede crear ¿no? que le gustaría desarrollar una línea asistencial x. (...). Es la región sanitaria la que dice lo que desplegaremos en cada uno de los territorios que, la región sanitaria, quién le dice qué tiene que desplegar, es, la... la, la... la centralidad no? El CatSalut, a nivel central, y el Departamento de Salud a nivel central, ¿vale?" (F2/CD/CS/NR/M Pág.7)

cciv "No podemos estar en todas partes, nosotros sí que asumimos una función de liderazgo entre comillas, de liderazgo entendido como seguidor, como proveedor de recurso, como esto, como secretaria, como logística que son las cosas que nosotros podemos hacer, eh?, y evidentemente hay cosas de salud, porque, vamos aprendiendo es Así" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 21)

ccv "escúchame a ver te lo explicaré muy rápido y muy fácil porque nos entenderemos enseguida. Figueres le estás haciendo tú el control de los restaurantes y del no sé qué y del no sé cuántos, en Olot no haces ninguno. Yo no quiero que hagas nada extraño, todo aquello que destinás en Figueres en tu gente a mí me lo pasas con dinero. El día que Figueres se lo pague porque tú le pases una nota y le digas, escúchame esto que yo haya por usted aquí vale 10.000 euros a mí me lo dejas de pagar, pero mientras a Figueres se lo pagues y a mí no yo quiero el dinero ". Claro, no tiramos adelante," bueno es que nosotros tenemos pensado dar los servicios y no los recursos ". " No, no , los servicios no me lo tienes que dar, ya me los doy yo los servicios, lo que quiero es que nos trates igual que a los otros. A mí me estás maltratando porque yo estoy haciendo los servicios que me corresponden y salgo penalizado ante uno que no está haciendo aquello que le corresponde que se lo estás haciendo tú y se los haces gratis ", bueno, pues no es normal. Pero no, no me ha dado nada, bueno no nos ha dado como ayuntamiento nada, ni un duro, no contamos tampoco, ¿eh?". (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24)

ccvi "mientras ellos lo hagan gratis no puedo hablar de eficacia y de eficiencia estamos hablando de otra cosa" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18).

ccvii "Ya lo sabía de entrada esto, pero este discurso yo no lo quiero dejar de hacer, yo este discurso se lo he hecho ante la consejera y si nunca tengo la oportunidad de hablar con el actual consejero también le haré el mismo discurso, porque por eso es el discurso que toca, es el discurso de racionalidad, de cordura, de decir : 'escuche yo soy mayor y yo asumo mis responsabilidades , usted tiene que asumir las suyas'" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.24)

ccviii " punto de crítica que es dónde más me esforcé y no me salí, es la dimensión de inseguridad jurídica que genera la Ley de Salud Pública en el tema de la financiación, ¿ vale?, porque la Ley de Salud Pública en el capítulo de financiación de lo que es la cartera de servicio abre una puerta que no conseguimos cerrar en la cofinanciación por parte de los entes locales, o sea ahora te lo están dando gratis pero hay una puerta abierta, en la ley, que el día que ellos quieran te podemos pedir la cofinanciación" (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.18)

ccix "en el momento que sea cofinanciado a mí me dan autoridad que hoy no tengo, para mantener mi gente y para mantener mi estructura, vale? En el momento que sea cofinanciado estaremos hablando de eficacia y eficiencia. Si de una cosa yo sé y ellos no saben mucho es de eficacia y de eficiencia en la prestación de servicios y en el

rendimiento de la gente, por lo tanto están en mi territorio” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18).

ccx “pero bueno yo cómo que estaba allá defendiendo los intereses del territorio y de los intereses del municipalismo pienso que uno de los principales agravios que trae la ley implícita como una carga de profundidad digamos es este, es decir en el momento que tengamos problemas esto será cofinanciado ” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 18).

ccxi “Oncolliga es una asociación de enfermos de cáncer que tiene mucha potencia en Girona, y que también está haciendo muchas cosas de promoción. Entonces vimos que el... Oncolliga estaba trabajando en muchos institutos de la provincia con un programa suyo” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 5)

ccxii “no hay persona más buena para enseñar a un niño que un maestro, esto lo tenemos que tener muy claro TODOS, ¿eh?, quiero decir, porque han estudiado por eso y quiero decir, no sé, para tratar temas alimentarios, para tratar temas de esto, si el maestro está bien formado, lo que tenemos que hacer es una buena actuación formativa , una buena actuación de, de coordinación , pero si el maestro aaaa, está formado en este tema, el mejor para enseñar este tema es el maestro” (F2/EO/E/NR/D Pág. 2)

ccxiii “Porque está claro por ejemplo, una cosa que yo pienso que en la Garrotxa, mm... no se ha tenido en cuenta y por mí es muy importante es juventud. (...) porque cada municipio tiene una gente de juventud, que son... gente, bueno, encantadora ¿no? (...) No todo se acaba en la escuela”. (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 27)

ccxiv “Juventud no se puede venir aquí, no lo llamas o no le clicas un poco porque ellos no...son un poco, quiero decir no son de primera..., sí que son de primera línea pero su actividad principal no es la salud de la juventud porque la juventud está muy sana” (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)

ccxv “Quiero decir, Mossos están en drogas y de esto... a... o de comportamiento o de... no sé, cosas de todo lo que es... lo que es... aparte de salud” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 7)

ccxvi “los Mossos no es su actividad principal velar por la salud de los jóvenes y de los Mossos, evidentemente es colateral” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.15)

ccxvii “E: De estas personas que se han sentado en una mesa, a ver, al fin y a la cabo aquí el que se ha sentado en una mesa ha sido educación, el mundo local, y el Departament de Salut, y el Departament de Salut, pues en este caso la Agencia y el CatSalut como brazo operativo del departamento ¿vale? A ver, es muy válido eh, pero, mmm... ¿Dónde tenemos que... en que nos tenemos que basar, para que esto sea réplica en todas partes? No sé. (...) Bueno, existirá en este territorio. Pero es que no siempre en temas de Salud Pública pondrás educación.

I: No, nono.

E: ¿Me entiendes? Quiero decir, esto es válido para este tipo de ensayo que se ha hecho. Pero por qué tiene que ser válido en otras cosas. Aquí hay unos actores que son siempre válidos que son los actores del Departamento de Salud si es que realmente el Departamento de Salud lidera las cosas. Que es la agencia y CatSalut.

I: Sí.

E: Estos actores los tienes que poner, pero tú el día que quieras desplegar unos temas de promoción con la gente mayor, qué pintará educación aquí “(F2/CD/CS/NR/M Pág. 9)

ccxviii “yo también ya veo que... que si hay gente que si ya hace años que lo hace, y es su programa, y es el suyo... y todo el amor propio también decirle, escucha a partir de ahora, ya lo hago yo no hace falta que vayas tú no? Yo creo que... que a ver en principio yo creo que la gente está, eeh... lo ve positivamente esto y creo que... que ya les gusta, pero ya me gustará ver, el momento de elegir después, eem... eh... aquí se tendrá que hacer con mucho tacto yo creo no? Porque puede haber, ¿no? Que pises, eeh... algún ojo de gallo sin querer. Es decir no escucha, a partir de ahora, ya lo haremos nosotros porque lo que hacías tú era una mierdecilla, no quiero decir... mi programa es más potente, explicando lo mismo, que el otro, ¿no? entonces, aquí, yo creo que, no sé, ¿no? Hasta quizás puede afectar temas económicos ¿no? si tú vas por unas charlas por las tardes a un colegio, y si te las pagan, y te dicen no es que a partir de ahora las hará este otro señor dices, ostia! ¿Y yo qué? ¿No? quiero decir, hasta ahora, hace diez años que lo hago no? Porque no? no? El mío no era bueno? ¿Sabes?” (F2/CD/CS/NR/MA Pág. 3)

ccxix “Yo creo más en este modelo. Yo este modelo de acreditar... no sé hasta qué peldaño de la cadena se puede hacer eh... (...) ¿Y tú cómo acreditas un ayuntamiento?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 21)

ccxx “Claro es muy complicado. Yo no lo sé, yo es un tema que tampoco eeh... se ha hablado pero también se ha hablado un poco de la acreditación de... de proveedores en protección de la salud. Eh por ejemplo pues, ahora tenemos unas Entidades que colaboran... colaboradoras con la administración que por ejemplo de lo que son torres de refrigeración que tienen riesgo de diseminar legionela, ¿eh? Pues estas empresas son las que hacen el... el control, ¿vale? Y desinfectan y analizan y todo esto. Nosotros lo único que hacemos es supervisar que se hace esto. ¿No? A este nivel es fácil ¿no? El... por ejemplo a la larga supongo que existirán entidades que inspeccionarán los

restaurantes no? seguramente y mirarán si el restaurante... bueno pero en promoción... pfff lo veo más difícil no? tener un proveedor acreditado” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 22)

ccxxi“se había hablado, pero esto no... no... a ver yo pienso que más que acreditarlas... está claro ¿tú cómo acreditas?... no lo sé eeeh.... yo que sé una asociación de no sé qué, del Alt Empordà, que hace un tema de drogas. ¿Cómo lo acreditas? Yo pienso que más que acreditarla es tenerla, eeeh... a tu lado. ¿No? Y... y dirigirla, y...”(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 21)

ccxxii“ y esto... por ejemplo pues, con la gente del Gironès, este equipo que tenemos del ayuntamiento de Girona, eeeeh... está claro este es un poco el que decimos la... estos sí que los tenemos que tener al lado porque es que... son muy potentes no? Y está claro, sólo tengo que pensar que ellos diseñan programas”.(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 29)

ccxxiii“no habían trabajado nunca con los educadores, o sea hacía veinte años que hacían promoción de la salud y no conocían los maestros! Quiero decir que esto ha sido un gran encuentro entre ellos. (F1/EO/SP/NA/M Pág 16)

ccxxiv“E1: cómo aquí a nivel regional tenemos a los órganos de coordinación entonces cuando vengan las líneas estratégicas es ven salud, ah, ven juventud , ven educación sentémosnos ven CatSalut  
E2: sentémosnos, mira aquí tenemos las estrategias como nos ponemos a hacerlo” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 18)

ccxxv“Yo creo que sí que se irá haciendo. Pasa que también hay diferentes ritmos entre los proveedores, hay diferentes niveles de concienciación. Quiero decir que para tener una intencionalidad tienes que ser consciente de este papel que quieres jugar, ¿no? Este rol” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 5)

ccxxvi“gente que se haya dedicado al proyecto... nosotros no hemos tenido gente liberada que haga el proyecto, hemos tenido gente que está trabajando en escuelas, que está trabajando en las administraciones, que, además del trabajo cotidiano y del día a día y de las otras cosas que hace, está participando en este proyecto, y por lo tanto siempre ha sido bueno, ha costado, no ha tenido gente, un grupo de especialistas liberados para hacer esto, sino que ha participado gente que está haciendo su tarea docente, o su tarea en salud, en un hospital... “(F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 5)

ccxxvii“la historia está de comisiones y más comisiones que todo el mundo tenía allá voz y voto y explicaba cosas que avanzas con una lentitud endemoniada que te vuelves lelo porque todo el mundo se cansa, todo el mundo acaba cansado, nadie sabe a dónde vamos porque no hay nadie que tenga una estrategia clara de saber a dónde vamos y tal” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)

CCXXVIII E: escuchemos, con todo lo que tenemos ya hemos hecho el proceso de participación ya sabemos dónde está todo el mundo, hemos podido detectar cuáles son más o menos expertos y quiénes son capaces, por lo tanto, dejadnos si os parece hacer un trabajo de revisión de todo esto sin cambiar ni líneas ni objetivos ni competencias, para hacer un trabajo de reagrupamiento a ver si somos capaces de simplificar todo esto un poco.

I: Qué dices, las actividades, ¿no?

E: Sobre todo nosotros lo que queríamos era poder dar una visión de continuidad en el proyecto, una visibilidad para cuando el profesor o quien sea de fuera lo coja que entienda qué está haciendo porque lo que pasaba hasta ahora era que cuando lo cogía uno de fuera , que ya era enrevesado incluso para nosotros, decían y “estos que intentan hacer “, claro hablando de salud, hablando de una escuela saludable , hablando de no sé qué... y esto cómo se lo come? , como se lo hace? (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.1)

ccxxix“Y este será un punto clave, una piedra de toque importante para ver como lo ponen en marcha todo esto. Pero bueno, yo creo que hay las condiciones adecuadas para que se salga adelante, ¿eh?”(F1/EO/SP/NA/M Pág.2)

ccxxx“ me llaman la gente a mí y han participado en el proyecto, la visión de la gente es de cansancio o sea la gente me dice “estoy agotado del proyecto y estoy agotado porque hemos perdido dos años discutiendo, o sea es verdad que hemos hecho un trabajo de acercamiento, de saber lo que tú piensas y lo que yo pienso de haciéndose amigos y de tal pero lo hemos hecho tan largo, lo hemos hecho tan cargante, lo hemos hecho tan cansado que la gente se ha agotado , y por lo tanto a mí me llama la gente y me dice: 'a mi este proyecto me interesa, me gusta, ya me va bien pero llámame cuando tengas alguna cosa que sea tocable, que yo pueda hacer un trabajo””(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.12-13)

ccxxxi“A ver, no sé, a ver, los procesos participativos son complicados. A ver, está claro, finalmente el proceso participativo global se acaba concretando en unas personas. Después de que esto implique a más gente detrás depende de estas personas como esté este trabajo hecho en las comisiones en cada uno de sus sectores, de manera... Educación se intentó hacer, y se consiguió bastante” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4)



ccxxxii“Hay escuelas que se han involucrado más, que hay personas que han estado trabajando con los ejes, han trabajado con los ámbitos, desde el primer día han participado mucho en todo el proceso. Hay otras escuelas que no han participado tanto. Después esto depende del grado de participación de las personas que hayan venido, pues que sí que las escuelas ahora estén mejor preparadas o no. Claro, es que es cómo toda la vida, ¿eh? Las estructuras, las posibilidades, las opciones que hemos permitido que todo el mundo participara han sido” (F3/EO/E/NT/D Pág. 7)

ccxxxiii“A ver estamos hablando em em [5 segundos de silencio]... no sabría decirte cuál es todo ello, institución y persona a veces personalizamos pero porque detrás hay una institución un cambio que esto lo digo con todo el peso...no sé en qué porcentaje pero muy importante una cosa con la otra, a ver educación, en el mundo escolar es importante (ríe)(...) institución yo creo no sé si por bien o por mal o por aquí o por allá , pero tiene un peso, bueno no sé me parece”. (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 16)

ccxxxiv“No... se tiene que ... no, no se puede tirar adelante un proyecto territorial de promoción si no hay una implicación de los profesionales” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 2)

CCXXXV“porque se implicó bastante más gente en el... en el trabajo, y por lo tanto seguramente hay una implicación importante, pero está claro, estamos hablando no sé, de un 2% de los 200 de toda la zona (...)Porque una cosa es tienes el trabajo del día a día y la otra esto que es además, y vas tirando como puedes y lo explicas a quien tienes cercano pero a veces tampoco tienes los ámbitos y los foros para irlo extendiendo al resto” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4).

ccxxxvi“llegar a todas partes es muy complicado, esto hubiera hecho falta que después en los claustros hubiera sido un tema importante de debate, que se hubiera hecho llegar a todo el profesorado, y esto me da la impresión que al menos en educación no ha pasado. Quizás... en algunos claustros se ha informado de manera puntual, pero yo creo que no ha habido la implicación actual de todo el colectivo... en el trabajo. Y me imagino que en los otros sectores debe de haber pasado un poco lo mismo, que las personas que venían sí que conocían el tema y estaban implicados, y quizás alguien más que les era cercano, pero me da la impresión que la.. la extensión de esto al resto no se ha producido. Y seguramente es muy complicado hacerlo, ¿eh?” (F3/EO/E/NT/D Pág. 4-5).

ccxxxviiE1: Y otro elemento yo pienso que la gente que está haciendo la salud pública a nivel de dirección General, a nivel Comité Directivo pues bueno, primero que nos han hecho un programa de desarrollo directivo, lo estamos haciendo ahora cada semana, esto nos ha cohesionado muy no? (...) entonces todas estas acciones que quedaban allá en Barcelona y que después a través de la unidad de planificación podían bajar un poco embalsadas al territorio y cómo podían ahora fluyen, digo ahora cada 15 días tenemos reuniones salen los programas, salen los proyectos, salen las unidades estratégicas. A entonces que lo que yo pienso que lo que falta es esto , que desde la región, la región sanitaria tengamos//

E2: // lo visualizáis un poco mejor que esto es un tema que todavía tenemos pendiente (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 3)

ccxxxviii“Hay el equipo operativo, que es el alma de, del, del... del plan transversal este que proponemos. Después una cosa importante es que ellos han jugado fuerte también con el tema de participación, y se ha creado ... u ... o sea... ha habido un proceso que ha ido “in crescendo” de participación de los profesionales”(F1/EO/SP/NA/M Pág. 2)

ccxxxix“E1:(...) bueno que de momento nos podemos sentar, F [nombre], N[nombre], yo y ahora X[nombre], pufes que tiramos millas//

E2://si eso sería//

E1: con DipSalut, porque la gente tienen muchas ganas” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 13)

CCXl“Yo creo que todo esto que hemos hecho no quedará parado, a pesar de estemos en la situación económica que estemos, porque en el territorio ya hay una voluntad” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 5)

ccxli“todavía no hemos acabado de redondear el tema de cómo participa la comunidad en el Salut als Barris. La Ley de Barrios ya tiene una comisión de evaluación y seguimiento en que se le da respuesta a todas las entidades que hay, las asociaciones de vecinos, etcétera...”(F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)

ccxlii“yo pienso que es no solamente la salud sino que es un modelo de vida (...)en una economía más o menos moderna que hemos pasado de ser un 60% de sector industrial a ser prácticamente un 30 y de ser un 30 de servicio hemos pasado a un 60% de servicios nos ha pasado a un modelo de hábito y de vida diferente en el cual servicios pesan mucho” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)

ccxliii“E:las familias como un concepto formal de pare madre no sé qué, y antes los abuelos..., ahora ha cambiado monoparental, del mismo sexo con niños sin niños

I:si

*E: ahora es una diversidad absoluta y todo el mundo se siendo cómodo excepto algunos fracciones de poblaciones muy pequeñas, pero todo el mundo se siente cómodo, todos nosotros tenemos amigos homosexuales, todos tenemos amigas lesbianas y no pasa absolutamente nada, antes les seguíamos teniendo pero no lo podíamos decir ahora la gran suerte que tenemos todos es que lo pueden decir y están tan felices y tan encantados de la vida y sólo faltaría, y por lo tanto claro esto crea una dimensión social...general absolutamente diferente” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.21)*

ccxliv“*la fábrica y porque los telares no paren y porque la máquina de hacer plancha no pare y esto nos lleva a una situación en la cual nosotros tenemos que ir a la escuela y tenemos que ir a la escuela de manera reglada y básicamente la escuela durante mucho tiempo la única cosa que nos enseñan es a cumplir unos horarios y la formación pesa relativamente poco, quiero decir nos enseñan a cumplir unos horarios de tal hora a tal hora tú tienes que estar en la escuela después vas a comer y de tal hora a tal hora tienes que estar en la escuela y esto nos prepara para estar en las fábricas o para ir a nuestros trabajos ordinarios, ¿vale? Y nos pone en una posición que es esta la que hemos vivido. Esto yo creo que todas estas revoluciones digitales son importantísimas, que nos han cambiado la vida y todavía no somos conscientes, (...) se empiezan a producir roturas en la sociedad porque claro aquello que era tan importante en la escuela como proceso de formación de unos hábitos y tal carece de importancia” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)*

ccxlv“*con este entorno no sabemos vivir, no es verdad porque vivimos, ¿eh?, pero nos sentimos como que no encajamos, ¿por qué? porque los grados de libertad han cambiado, ni han aumentado ni han disminuido, no lo sé, ¿eh? yo diría que han aumentado pero tampoco soy muy consciente de si son más o son menos, pero son diferentes, las relaciones han cambiado y por lo tanto hasta que no encontremos la manera de Salud Pública, en todo, en todo y por lo tanto en este proceso lo que yo echo de menos es liderazgo, político, ¿eh? estoy hablando, líderes de verdad políticos que yo se lo reconozco a pesar de que después cuesta mucho, ¿eh?, cuando uno se equivoca y pasa un cierto tiempo y ve que se ha equivocado personalmente cuesta mucho, pero yo reconozco que los políticos tienen el derecho de equivocarse como lo tenemos todos, lo que no vale es lo que está pasando que no hacemos, o sea la inacción, la no decisión es mucho peor que la equivocación” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.21)*

ccxlvii“*servicios volvemos a una situación diferente de la situación industrial en la cual tú eres profesional liberal puedes trabajar en casa tuya perfectamente y puedes trabajar sábado por la noche, puedes trabajar domingo por la noche y puedes trabajar puedes trabajar a la una de la madrugada, lo importante es que acabes el proyecto a tiempo y por lo tanto no es tan importante que vayas a la oficina ocho horas puedes ir a la oficina cero, puedes no tener oficina, evidentemente el que sigue haciendo hilo tiene que ir a la fábrica, eh? este no tiene más cojones, hablando en plata, que ir a la fábrica, pero hay una fracción muy importante de la sociedad que ya no es necesario que haga estas cosas” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.20)*

ccxlviii“*vamos tirando, de más y de menos, y decimos bueno pues que se ocupe el del Ripollès que se ocupe... que venga un inspector hacia allá pero tampoco lo podemos mover porque todavía no son empresa pública, son todavía estructura funcional no podemos mover la gente primeramente, no podemos contratar y descontratar, tenemos funcionarios públicos, tenemos todas las limitaciones de ser administración pública. Y cuando vas a hacer entrevistas al personal para sumar te dicen ‘Exportacions, ensayos demostrativos y Salut als Barris’ Dices, vale...”(F3/O/Pt/NR/V Pág.7)*

ccxlviii“*hay una cosa que prima por encima de las ideas y la ideología que todo el mundo quiere hacer creer que la ideología ha muerto y en realidad yo pienso que la ideología es muy importante, que todo el mundo quiere hacer creer que esto se ha muerto y que ahora estamos en un proceso de racionalización y que todo es muy racional y que todo es no sé qué... no no” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.19)*

ccxlix“*escúchame económicamente hay muchas opciones y usted me está explicando la que le conviene al Fondo Monetario Internacional, la que le conviene al gran poder, la que le conviene a las oligarquías de todo el mundo” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 19)*

ccl “*protección tiene una normativa estricta. Y por lo tanto quién la aplica, sólo hace falta que coja el doc, y la... la ley no sé qué no la aplique exacta no sé qué... y... no tiene posibilidades de irse por el lado, por lo tanto hace rrrrrrap, recto. ¿Vale?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 20)*

ccli“*E1: antes íbamos 50 veces a una empresa alimentaria porque decíamos así si nos vemos normalmente disuadíamos, digamos bueno nosotros no tenemos que ser este tipo de elemento, nosotros somos otro tipo de inspectores, las empresas tienen que tener autocontrol, tienen que ser profesionales y ahora pues vamos, 4, 5 veces al año ¿no?*

*E2: lo que se les tiene que exigir que tengan sus programas de auto control y que los tengamos cumpliendo//*

*E1: // y cuando vamos nos pasamos todo el día” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 21)*

cclii“Entonces sólo hacemos que coger inspectores que están haciendo un trabajo y decir, ocúpate de esto además ¿no? ocúpate de esto además. Y en la Garrotxa es un mapa enorme de empresas pequeñas exportadoras, con una gran voluntad que no paran, no paran, no paran de exportar, y suerte tenemos en este país no? Entonces nosotros tenemos que dar la talla, y sólo hacemos que inyectar inspectores en el sistema. ¿De dónde los sacamos? De los que tenemos, a este señor de aquí le decimos, ocúpate de esta empresa”(F3/O/Pt/NR/V Pág.6)

ccliii“cuando una empresa quiere exportar a un país tercero tiene que cumplir... Todas las empresas tienen que cumplir la norma comunitaria. Y nuestros inspectores van por la calle, pues... por las empresas, verificando que se cumple la norma comunitaria. Pero para exportar, tienes que cumplir además de la comunitaria que es la que te permite estar registrado en Europa, aquello que te pida el país tercero. Si tú quieres ir al Japón, Japón te pone las condiciones que quiera ¿no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 6)

ccliv“Generalmente, todos los países ponen... piden la luna de seguridad alimentaria cómo para comprar producto... Lo hace todo el mundo es una recomendación de mercado, y lo disfrazan de condiciones sanitarias para que no lo discuta nadie. Entonces, suelen exigir, aparte de cuestiones de los productos, muchos de control oficial” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)

cclv“Por ejemplo, con una sala de deshacer el papel para comercializar, nosotros una vez por semana, dos veces por semana, verificamos las condiciones, levantamos actas, volvemos a la semana siguiente... México, para comprar producto, pide que en la planta exportadora haya veterinario oficial con la agencia permanente. Esto nos obliga que si una de las plantas quiere ir a México, le tenemos que poner servicio de inspección permanente. Y por lo tanto... claro, en el contexto actual que no podemos contratar a nadie... por un lado no podemos contratar a nadie, por otro lado sería impensable que el gobierno denegara una exportación por qué no da la talla. Esto no nos lo podríamos permitir, de decir, hay una empresa que tiene un mercado abierto en México, pero cómo la administración no pone inspección permanente no puede ir” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)

cclvi“ahora... ahora se trata... hay instrucciones de la vertiente económica del gobierno de facilitar las cosas, ¿no? Y... lógicamente si una empresa puede ir al Japón y... pues no puede ser que por culpa de la inspección no vaya. Dile luego que haga un ensayo demostrativo” (F3/O/Pt/NR/V Pág.6)

cclvii“Y claro, ha habido un descenso tan brutal en los últimos años de una mortalidad que normalmente cogía a población joven que diríamos que el ahorro, o diríamos... o la.. o el.. o la no pérdida productiva de toda esta gente porque no han tenido los accidentes ¿lo puedes llegar a cuantificar económicamente?” (F4/O/SP/NA/M Pág.3)

cclviii“queremos personas capaces, responsables de su propia salud en entornos que faciliten su salud” (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)

cclix“Lo que tenemos que ayudar es que cada vez tenga más capacidad de decisión pero tenemos que hacer que todas las condiciones en las que vive, en las que trabaja...todos los determinantes estructurales de nivel socioeconómico...el sacar la situación de crisis, de paro, etcétera...todo esto va en contra de la salud por lo tanto tenemos que ayudar que la sociedad sea una sociedad que genere salud. Porque además, una sociedad sana, una sociedad más productiva...diciendo siempre que la salud no es un gasto, es una inversión. Si tú tienes una sociedad sana, una sociedad capaz...una sociedad que es capaz de tomar decisiones, es una sociedad que es más productiva, que es más feliz y que genera más de todo” (F4/O/Pm/NA/M Pág.8)

cclx“ya no solamente no tienes el gasto sino que además tienes personas productivas que si hubieran tenido aquel accidente se hubiera transformado en una... en la imagen especular de esta situación, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág.3)

cclxi“le damos conocimientos, hábitos y actitudes positivas ante la salud”. (F1/EO/SP/NA/M Pág.9)

cclxii“Entonces, nosotros tenemos que ayudar a que la gente sepa qué tiene que hacer...que la mayoría sabe que no tiene que fumar, por ejemplo...la mayoría sabe que el alcohol no es demasiado bueno para nada, no? (...)¿cómo puedo hacer actividad física si no puedo ir al gimnasio 3 veces a la semana? Por lo tanto, por eso nuestros mensajes van mucho en decir: ¡no! Tienes que acumular 30 minutos y puedes ser...pues esto...bajándote una parada antes del bus...ehhh...subiendo más las escaleras, haciendo...yo que sé, lo que tengas que hacer en casa...regar plantas...lo que sea más más...mejor para ti. Pero puedes acumularlo...por lo tanto, esto iría a saber cómo. Igual que, ¿cómo poder cocinar una cocina saludable que no sea sólo plancha? La gente tiene que saber que nosotros cuando hablamos de alimentación saludable no hablamos sólo de comer a la plancha...que puede ser muy variado y que puede ser muy diferente...y que un frito a veces tampoco está mal si está bien frito...con el aceite adecuado, la temperatura adecuada y todo esto” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)

- cclxiii“Pero además, lo de subir por las escaleras, que parece tan simple, también tiene otro elemento...y es que tiene un elemento además de sostenibilidad energética. Es decir, tú consumes menos energía cuando subes por las escaleras que si el ascensor está todo el día subiendo a una persona por arriba y por bajo”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)
- cclxiv“si nosotros hacemos promoción y hacemos prevención, qué es lo que esperarías tener? Menos enfermedad. Por lo tanto es un discurso que favorece el tema de los recortes, para disminuir la carga de enfermedad. Nosotros lo que tenemos que hacer es una población más sana, con menos riesgos” (F4/O/SP/NA/M Pág.13)
- cclxv“desde el punto de vista de trabajar en una institución como la nuestra, ¿qué es lo que más le preocupa? Yo no sé si le preocupa tanto el bienestar. Esto... digamos, incluso podríamos decir desde una óptica, entre comillas, más neoliberal, ¿no? Le preocupe el individuo, y que se lo busque. Pero desde el punto de vista de sistema, igual ahora lo que interesa es actuar sobre estos... estos factores para impedir que aparezca esta enfermedad, y por lo tanto que aparezca gasto o carga de enfermedad asociada a la no... al no seguimiento de estas prácticas de promoción” (F4/O/SP/NA/M Pág.2).
- cclxvi“toda esta gente porque no han tenido los accidentes lo puedes llegar a cuantificar económicamente, y por lo tanto te da una idea que por algunos es más comprensible la acción de la salud pública, porque dices no solamente, diríamos, hemos... hemos... hemos tenido gasto originado por la atención a esta gente, no olvidamos que a veces a los accidentes de tráfico por cada muerto hay un lisiado medular que requerirá una... un nivel de atención diríamos casi más cara, seguramente bastante más cara que el que él produciría si estuviera sano, es decir que nos gastamos en cuidarlo todo lo que él ganaría si estuviera trabajando” (F4/O/SP/NA/M Pág. 3).
- cclxvii“nuestra población va creciendo de edad, nuestra población cada vez tendrá más necesidad asistencial en según qué historias ligadas con la edad, por lo tanto llegar a mejores condiciones físicas a una edad más avanzada al final supone, y ahora estoy diciendo una perogrullada porque es lo que dice todo el mundo, pero que es esta la verdadera salud pública supone un ahorro medible en lo asistencial, que no tiene nada que ver con el gasto que estás haciendo en promoción de la salud y con promoción de la salud pública porque siempre es mucho más bajo el gasto de producción lo que pasa es que no la hacemos”.(F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)
- cclxviii “E: Porque había dinero a repartir, porque uno de nuestros motores económicos fue la industria farmacéutica desde hace mucho tiempo y ha sido la industria hospitalaria y ha sido incluso el turismo hospitalario de alguna manera y claro esto al final de todo es una cuestión de dinero, o sea defender lo que defiende yo que prevención, prevención y prevención para después gastar menos no le interesa a nadie.  
I: Claro  
E: Le interesa a un individualmente, a una sociedad pequeña cómo es la ciudad de Olot pero no le interesa a Laboratorios X, ni le interesa al consejero de sanidad, no al consejero tampoco es para poner un ejemplo, pero digamos de alguna manera es decir “escúchame te estoy diciendo que Laboratorios X de aquí a quince años tendrá menos negocio porque habrá menos gente que tenga afecciones de colesterol” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.22)
- cclxix“Esto es una inversión, una inversión clara de futuro porque quiere decir que si yo hiciera bien este trabajo al final lo que acabaría teniendo es menos medicina reparadora y por lo tanto un gasto sanitario mucho más asumible, sin tener que cerrar plantas de hospital, sin tener que cerrar urgencias, sin tener que cerrar camas, sin tener que cerrar no sé qué; tampoco sabe nadie que cerraremos y que no cerraremos, ¿me explico ? y también veo que la inversión que nosotros podemos llegar a hacer en esto en el mejor de los casos es una inversión infinitamente inferior a la inversión de cualquier proceso de diálisis, de cualquier prótesis de cadera o de prótesis de rodilla y por lo tanto esto me crea a mí una cierta tensión, un cierto malestar porque me da la sensación , que yo ya lo sé porque el gobierno últimamente está repitiendo esto y nosotros lo estamos repitiendo por repetición del gobierno es decir estamos en un momento del que se considera economía de guerra y cuando uno está en una economía de guerra está sólo para intentar comer el día siguiente, ¿vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.12)
- cclxx“yo pienso que nosotros tendríamos que ser suficientemente inteligentes como país para ver que es aquello que nos puede posicionar en el futuro y que es aquello que nos puede posicionar con una situación que dicen los expertos y yo pienso que es más o menos así que nunca será como la que hemos pasado nunca es mucho tiempo, pero durante mucho tiempo no volverá a ser como la que hemos pasado de que todo valía y que por lo tanto que los recursos serán finitos y que tendremos que racionalizar los gastos y no sé qué..., ¡Hostia! yo creo que vale la pena pasar quince días pensando qué es aquello que me posiciona mejor para salir de la crisis, qué es aquello que una vez yo empiece a sacar la cabeza otra vez pueda decir “hombre pues yo aquí resulta que me estoy ahorrando no sé cuántos recursos asistenciales porque estoy haciendo bien el trabajo preventivo”. (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 12)
- cclxxi“con esta vorágine de locos, y además con una... con un contexto de crisis económica que tenemos que... no podemos... esto con vacas grasas iríamos a las empresas y diríamos o nos lo pagáis o no venimos. Pero ahora... ahora se trata... hay instrucciones de la vertiente económica del gobierno de facilitar las cosas, ¿no? Y... lógicamente si una empresa puede ir al Japón y... pues no puede ser que por culpa de la inspección no vaya.”

(F3/O/Pt/NR/V Pág.7)

cclxxii“Dile después que haga un ensayo demostrativo. Claro, te dice, <vale>tenemos toda la voluntad desde el punto de vista de salud de hacerlo, y tenemos todo el convencimiento de que esto es bueno, pero, la inmediatez se nos come. Y tenemos que hacer una exportación a Japón. O me ocupo de las escuelas de no sé qué. Entonces vamos haciendo, de más y de menos” (F3/O/Pt/NR/V Pág.7)

cclxxiii“Y puede ser ahora el momento, o sea ahora lo que hemos analizado son los problemas de salud ¿este problema de salud en qué edades lo podemos trabajar? claro a los jóvenes no les podemos decir, también podemos hablar del tema ¿eh? Pero digamos que nos movemos, nos tendríamos que mover en el terreno de la evidencia. Es decir, no opinamos nosotros, esto es la evidencia y ya está.”(F1/EO/R1 Pág.3)

cclxxiv“ y esto en principio no es opinable, bueno “no es opinable”, es opinable, pero esta basado sobre análisis CIENTÍFICO de la realidad [poniendo acento en la palabra científico]” (F1/EO/R1Pág 2)

cclxxv“Yo creo que a la que estudiáramos más, hiciéramos más investigación respecto del comportamiento. Porque claro, tú con la salud, con promoción de la salud ¿que buscas cambiar? Estilos de vida, ¿no? (...) Yo creo que nos falta mucho conocimiento de por qué las cosas son como son”. (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)

cclxxvi“yo que sé, aaa cuántos jóvenes han ido a la asistencia con problemas de drogas, en este caso concluiríamos pero en Olot no es un problema porque al menos no tenemos datos que nos hagan pensar que esto es un problema. Por ejemplo, el alcohol, el alcohol sí por qué tenemos tantos casos que tal, sería el tema de contenidos, o sea, qué temas nosotros priorizamos. Y la otra sería cómo lo trabajamos esto” (F1/EO/R1 Pág. 2)

cclxxvii[sobre uno estudio] “demostró una cosa, la gente sube poco por las escaleras si tiene escaleras mecánicas, porque si todos hubieran subido por las escaleras manuales no necesitaríamos cosas para mejorarlo” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 3)

cclxxviii“Porque claro, tú con la salud, con promoción de la salud ¿que buscas cambiar? Estilos de vida, ¿no? Dices, ostras, me, esto me parece que hace daño, voy a intentar modificarlo. Ostras, esto es muy serio. Porque esto no es la Maria, me parece. Bueno, hay que saber por que. Y la intervención también tiene que ser ajustada al conocimiento que tú recibas, no? De... de... de la investigación que hayas hecho sobre este tema”.(F4/O/SP/NA/M Pág. 16)

cclxxix“Más allá de cuál es la cosa nos tenemos que centrar en las cosas que necesitan ser estudiadas. Porque... y además las intervenciones necesitan estar justificadas por la investigación” (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)

cclxxx“Es lo que nos está diciendo, es decir que hay muchas cosas que en salud pública solemos tender a decir. ‘Bueno, me parece que... que esto pasa por esto o me parece que hay que tener la intervención’. ¡Esto es fatal! ‘El me parece’ no existe”(F4/O/SP/NA/M Pág. 15)

cclxxxi“Yo tendría que ser igual de riguroso que los que acaban determinando por qué tienes una llaga en el estómago o por qué tienes una diabetes y por qué propones este tratamiento y no otro, ¿no? Y en Salud Pública somos muy artesanos, hacemos cosas basadas en unas intuiciones que no estamos... argumentadas para nada, ¿no? Sino por alguna supuesta apreciación de un experto. Pero hacemos muy poca investigación. Y entonces de este modo a lo mejor por eso no somos eficaces”.(F4/O/SP/NA/M Pág.15)

cclxxxii“Pero vete al NICE, vete al comité GUIDE que son guías en las que tienes tú eh... evidencia científica en varios métodos de las intervenciones de salud pública que son igual de rigurosas que... que la... ¿cómo se llama? Que la... Cochrane ¿no? Que la colaboración Cochrane que busca... esto es medicina basada en la evidencia. Pues esto es salud pública basada en la evidencia. Es que tenemos que hacer lo mismo. Y ya hay gente que se dedica. Y que las recomendaciones estas están basadas ya en estudios sólidos. O sea que no es que haya tan poco, es que a lo mejor lo que tenemos que hacer es mirarnos más que dicen cada una de estas cosas. Porque detrás de las recomendaciones estas de salud pública, a través de estudios de diversa naturaleza cuantitativos y cualitativos han mostrado la eficacia de estas intervenciones. O sea que tampoco te pienses... yo creo que hay tanta o proporcionalmente tanta de salud pública basada en la evidencia como medicina basada en la evidencia” (F4/O/SP/NA/M Pág. 17)

cclxxxiii“Por lo tanto, tiene muchos valores que pueden ser...no ser tan obvios cuando, cuándo...ehhh...parece una intervención tan fácil o tan...tan pequeña, ¿no? Pero, es que cuando nosotros aplicamos esto, esto estaba recogido en la Community Guide...que no sé si sabes lo que es, pero es la guía de actividades comunitarias...que es una guía hecha a partir de...de...ehhh...bueno en Estados Unidos hay el Preventive Task Force... el U. S. Preventive Services Task Force, que revisa todas las actividades preventivas...revisa los estudios que hay detrás y les da un grado de evidencia. Entonces, lo correspondiente para actividades comunitarias es el Community Guide que está accesible a través de la red. Bueno, nosotros si el Community Guide ha revisado y dice que hay evidencia...ya es una cosa que

también tenemos allí. Por lo tanto, esta es una actividad con evidencia suficiente por una de las instituciones o una de las...si instituciones con más prestigio a nivel mundial...que revisa, que tiene sumarios de evidencia última. Y que lo tiene para todo...lo tiene para intervenciones comunitarias de promoción del envejecimiento o, yo que sé, es saludable en un entorno determinado. Y algunas, te dice, evidencia insuficiente, ¡eh!. Y otras te dice que no hay evidencia y otras te dice que hay evidencia en contra. Entonces, nosotros pensamos que las intervenciones se tienen que revisar en relación a la evidencia...que para esto, hay que mirar por ejemplo la evidencia a nivel internacional...que sería lo que mirarías en la Community Guide o en el Nice de Reino Unido o lo que sea” (F4/O/Pm/NA/M Pág.12)

cclxxxiv“Pero se trata que, yo entiendo que lo que estamos cambiando el modelo es para hacer una cosa que no ha sido quién la ha elegido la... de la estantería este año haremos esto el año que viene haremos aquello, si no intentaremos buscar, lo que realmente como evidencia científica se ha mostrado que hemos conseguido más eh... más... más beneficioso. Y me puedes decir: Claro, ninguna de estas cosas tiene, una evaluación de evidencia científica. Tienes toda la razón del mundo. Y hasta que no lo apliquemos y podamos evaluar sus rendimientos no podremos hacerlo. Y la mayor parte de estos programas, por bien diseñados que estén, no han seguido un... no tienen una evaluación, que podamos decir que la evidencia nos diga que funciona. Ni tan sólo los del departamento. Porque los hemos hecho pero no los hemos evaluado muchos de ellos. O los que se han evaluado, se han evaluado sólo a corto plazo no a largo plazo”. (F1/EO/CS/NR/M Pág.10)

cclxxxv“Yo creo que no... no hay una certeza, ¿eh? Quiero decir que... no se sabe... al no saber exactamente la efectividad de las... de las acciones hace que... que esto pues provoque un cierto desencanto, ¿no? Todo el tema esto... clases sin humo, ¿no? Todas estas charlas, todo esto no... al final no acabas sabiendo si tienen alguna utilidad o no, ¿no? Y esto hace que la gente también tenga un poco de... de desencanto respecto el... la utilidad de todo esto, ¿no?” (F3/EO/E/NT/D Pág. 11)

cclxxxvi“Yo creo que sí que... que el tema de la... de... esto de... de la educación en este ámbito y todo ello yo creo que a la larga yo creo que tiene sus frutos, pero cómo que no se pueden medir y no se sabe muy bien, o no hay mecanismos que te digan con exactitud si esto es útil o no es útil... bueno, pues es un poco complicado”. (F3/EO/E/NT/D Pág. 11)

cclxxxvii“Entonces, lo primero que se tenía estudios prospectivos con 3 años de seguimiento que demostraba que si la gente subía por las escaleras sólo 7 minutos al día...esto generaba una disminución case en dos tercios de acontecimientos cardiovasculares en un determinado grupo de edad o lo que sea. Entonces, esta evidencia...que es una evidencia de subir por las escaleras en relación a la aparición de acontecimientos cardiovasculares.(...) Entonces, esta fue la primera evidencia...la segunda era bueno sí...subir por las escaleras, además esta recogido en todas las guías a nivel internacional, que es un ejercicio de intensidad moderada o intensa y saben que a nivel de todos los estudios que se han hecho a nivel internacional el ejercicio moderado e intenso mejora la salud cardiovascular, la salud mental, la salud ostioarticular, etcétera...”(F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)

cclxxxviii“el colectivo homosexual se había llegado a contener muy bien el sida y ahora se está volviendo a ver que hay un pequeño rebrote en gente joven porque tienen la percepción que cómo ya no hay problema ya no hay que tomar precaución” (F2/EO/V/NR/M Pág. 5)

cclxxxix“Y claro, hay... y claro, afortunadamente el mundo es muy grande y hay mucha gente que trabaja con esto. Y en Estados Unidos son bastante fabricantes de evidencias en materia de salud pública, porque hay universidades, hay otro tipo de financiación que permite, en fin, di, bueno, esto... bueno, un poco es la extrapolación ¿no?, del... de la... esto que hemos hecho aquí... y tal, y algo se opone a pensar que si esto lo aplicáramos a otros lugares tendría el mismo efecto ¿no? Pues... a veces esto... pues no sé, se tiene que probar”. (F4/O/SP/NA/M Pág. 17)

ccxc“evidencia independiente del contexto. (...)Entonces, esta fue la primera evidencia...la segunda era: bien sí...subir por las escaleras (...) mejora la salud cardiovascular, la salud mental, la salud ostioarticular, etcétera...vamos a ver si podemos subir por las escaleras...”(F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)

ccxci“Sí, la Maternidad. Dones ya ves...Un edificio antiguo por lo tanto las escaleras están muy accesibles nada más subir...Y todo el mundo, mucha gente trabaja en la primera planta. Por lo tanto, lo pusieron allí, mucha gente ya subía por las escaleras pero a pesar de mucha gente, aproximadamente un 50% ya subía por las escaleras, si ponías los letreros subía un 68%. Por lo tanto un efecto claro. Y esto bajaba con el tiempo si necesitabas cambiar los letreros pero, esto, no cambiaron los letreros y volvió a subir. Es decir, comprobaron en nuestro entorno. Después, a partir de allí, ¿qué hicieron? Pues, lo extendieron en todos los centros sanitarios de Cataluña. E hicieron...ehhh...el material y lo difundieron. A partir de allí, se extendió a universidades y a otros centros...otros ayuntamientos...otros lugares” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)

ccxcii“Yo tendría que ser igual de riguroso que los que acaban determinando por qué tienes una llaga en el estómago o por qué tienes una diabetes y por qué propones este tratamiento y no otro, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág. 15)

ccxciii“E: que esto es estado... es como se llama el estudio doble C o random, ¿eh? Todo randomizado y todas las cosas estas. Ostras, en Salud Pública es que esto no podremos hacerlo.

I: No.

E: Pero hay métodos y hay técnicas para permitir ser igualmente rigurosos, no a través de este método sino de otros, entre otros los que tú haces, para hacer recomendaciones sobre intervenciones eficaces. O sea que yo creo que nuestro reto es esto, ¿eh?, alimentar el rigor para hacer recomendaciones en esta área(F4/O/SP/NA/M Pág. 16)

ccxciv“Con Promoción de la Salud (...) Yo creo que nos falta mucho conocimiento de por qué las cosas son como son. Y además como claro, el hecho de que sea a largo plazo, de que no tenga muchos atractivos a nivel económico, ¿no? Claro, si yo investigo cuál es el tratamiento de determinada enfermedad igual hay una industria farmacéutica detrás que después ganará mucho dinero porque resulta que venderá” (F4/O/SP/NA/M Pág. 16)

ccxcv“uno de nuestros motores económicos fue la industria farmacéutica desde hace mucho tiempo ha sido la industria hospitalaria y ha sido incluso el turismo hospitalario de alguna manera y claro esto al final de todo es una cuestión de dinero, o sea defender lo que defendiendo yo que prevención, prevención y prevención para después gastar menos no le interesa a nadie” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 22)

ccxcvi“en el máster de Salud Pública, y un poco nos hemos metido y entonces compartimos... y realmente te das cuenta que este... este máster está muy poco orientado a un conocimiento con profundidad cómo es la promoción. Los métodos estadísticos y la... la parte más de estadística y epidemiología está mucho más desarrollada que estas y no... y no entran, y claro, tienes toda la razón. Esto no quiere decir que es que esto es lo que más se puede saber del... del... eh... de la promoción de la salud, porque es que está... hay másteres en otros lugares, y hay el estudio de por qué... por qué las conductas son como son, un poco lo que hay detrás de los comportamientos que después tratamos de modificarlos por la promoción. Que seguramente tendrás una... diríamos, podrías tener unas respuestas más claras a lo que haces” (F4/O/SP/NA/M Pág. 18).

ccxcvii“Vamos a hacer que en cada barrio se reúna un equipo, que es un equipo local...un equipo motor, un equipo local...que después hace una técnica cualitativa de un grupo nominal...Y que a partir del grupo nominal, se deciden cuáles son sus prioridades locales de intervención en el territorio concreto” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)

ccxcviii“y a veces esta manera de valoraciones también cualitativas que también ayudan... que de alguna manera son datos. Y si la gente dice: es que estoy bien, o me siento bien, o estoy un poco limitado, todas estas respuestas acaban también constituyéndose en una categoría, ¿no? En una categoría medible, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág.4)

ccxcix“no es muy ético o no lo podrías plantear de ético decir: pues hacemos un ensayo clínico y con unos lo hacemos de una forma y con el otro la otra y vamos probando si funciona bien. No es ético. Aquí no es ético. Aquí tienes que hacer una... una criba previa. No puedes hacer una cosa y decir: a estos no les hago nada y a estos si, a ver si estos acabarán no consumiendo y estos consumen más, no. No sé si me explico. No puedes hacerlo, tienes que hacer una... tienes que hacer una cosa previa. La otra cosa es que después analices el que toca. Y con tus conocimientos tienes que poder hacer esto”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 12) “no es muy ético o no lo podrías plantear de ético decir: pues hacemos un ensayo clínico y con unos lo hacemos de una forma y con el otro la otra y vamos probando si funciona bien. No es ético. Aquí no es ético. Aquí tienes que hacer una... una criba previa. No puedes hacer una cosa y decir: a estos no les hago nada y a estos si, a ver si estos acabarán no consumiendo y estos consumen más, no. No sé si me explico. No puedes hacerlo, tienes que hacer una... tienes que hacer una cosa previa. La otra cosa es que después analices el que toca. Y con tus conocimientos tienes que poder hacer esto”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)

ccc “Te pondré un ejemplo. La otra vez hicimos un estudio, uno a... un ensayo clínico aleatorio de una intervención con el COU con institutos, vale, a primero y a tercero. Seguimos la cola de niños, la asignación fue aleatoria, por lo tanto, no hicimos tría de ningún colegio. La gente fue formada, se hizo un proyecto, que tenía una beca en FIS y la gente iba formada para hacer las intervenciones. ¿Qué pasa cuando tú haces esto? Tú haces la intervención la haces en primero, la haces en tercero, tienes un control, que, no es que no se les haga nada si no que no se hace esta intervención concreta pero evidentemente tú no puedes pretender que estos niños no tengan ningún imput de promoción por lo tanto dices: ¡mira! Los inputs de promoción que hace la escuela el que quieras. Cómo si fuera una escuela que no esté, en ningún proyecto, por lo tanto, lo que quieras, nosotros no limitaremos ninguno, pero esta concreta la seguiremos”. (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)

ccci“¿Qué pasa que tú vas haciendo esto? ¿Evaluar? ¿Qué encuentras? Evalúas y dices los conocimientos han mejorado a corto plazo, mejoran, la sensación que tienes de aquellos niños es mejor, que tienes, tienes también un efecto edad. Claro, tú empiezas a una edad y van creciendo. Hasta qué punto, todos van creciendo, y todos aumentan su consumo de alcohol evidentemente, porque pasan de ser experimentadores a ir a fiestas a ir a no sé qué, y llega un momento dices: ¿hasta qué punto ha cambiado? Y que te encuentras con esto. Te lo diré fácil. Qué encontramos nosotros. Encontramos que en conocimientos habían mejorado. Que la percepción que tienen los niños es que, ellos dominan la situación, y que no les eh... presiona el grupo ni nada de nada. Pero cuando tú miras que consumen

*prácticamente no hay cambios, con lo cual no has hecho nada que no haya hecho otro” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)*

cccii“*Si tú estás haciendo una acción de promoción de la salud tendría que ver, básicamente, si haces una metodología participativa, una met... una de charlas, una de no sé qué, porque depende de qué método... metodologías probablemente puedan no ser adecuadas. También qué objetivos tiene, qué contenidos tiene, e incluso un poco casi como se hace el... el... cerca... a qué población va dirigida... Y esto no es yo que lo tenga que mirar, esto lo tendría que mirar un equipo de expertos en promoción para ver si esto está adecuado, y, si esto responde a las competencias que hemos dicho que enseñarían esta gente. Y esto querría decir que cada una de las intervenciones se tendría que evaluar con unos criterios... con unos criterios muy claros, estándares, hechos”.*(F1/EO/CS/NR/M Pág. 9-10)

ccciii“*Me explico... Por lo tanto este es uno de los temas que a mí... pienso que es muy importante. ¿Qué habría que hacer? Hombre, yo creo que tendría que haber un grupo de expertos, entre comillas, que tendría que haber alguien de educación y alguien que se... que conociera bien el tipo de... de, de... incluso la metodología que pudiera evaluar algunas de estas intervenciones que no estamos seguros que realmente sean buenas y sean calificadas como por... de primer nivel. No sé si me explico”.*(F1/EO/CS/NR/M Pág. 12)

ccciv“*Es evidente que hay algunas intervenciones que vienen del Departamento, y, alguien puede decir ¡hombre! Pero estas están más que, hecho esto... Es evidente pero no todas las que hemos puesto aquí, vienen del departamento de salud. O vienen del departamento de educación. Hay algunas que no son así. Y habría que verlas (...) Por lo tanto, pienso que no estoy segura que tal como está planteado todas las acciones sean... correctas o buenas, o las mejores para hacer en esta población”* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 9-10)

cccv“*Ehhh...Por lo tanto, a tu pregunta...Hay muchas cosas en el territorio, muchísimas. Hay cosas que funcionan, hay cosas que no funcionan, hay cosas que no sabemos si funcionan o no funcionan”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)

cccvi“*Por lo tanto, nosotros consideramos, por un lado, que hay algunas cosas que son las que intentamos que estén en nuestra cartera de servicios, que tengan evidencia última...que estas intentamos que se extiendan al máximo en el territorio. Nosotros, por ejemplo, el programa de revisión de los menús escolares...hemos comprobado ahora en una muestra de 300 comedores escolares que los informes que hacemos ayudan a que la gente cambie la programación. Por lo tanto, al menos este primer fase, hemos demostrado que el informe sirve. Es un indicador todavía en proceso pero es un indicador que nos ayuda porque sabemos que la gente que come bien en la escuela después tiene menos obesidad infantil o es más saludable en relación a su alimentación”.* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)

cccvii“*Nosotros pensamos que todo tiene un coste de oportunidad...y por lo tanto, si haces una cosa...en una escuela en que se imparte una charla por el tema tabaco consideran que ya no tienen que hacer ‘Clase sin humo’...porque ya están trabajando el tema tabaco. A lo mejor la charla fue super bien valorada, a lo mejor los maestros encantados porque este día estaban al lado y no daban ellos la clase y además se discutieron temas que les parecían relevantes...pero a lo mejor la charla no sirvió para nada y este colegio considera que ya está haciendo el tema”.* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 12)

cccviii“*esto pasó en salud y escuela, (...) demanda de la escuela (...) se valora que se podía hacer y se aplica en la escuela”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 13).

cccix“*para mí lo más importante es después poder evaluarlo además cuando haces una intervención evaluar, o sea evaluaciones sostenidas en el tiempo y evaluables, en una estructura que la apoye un poco”* (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 23)

cccx“*es importante, es que vale la pena, que cuando tú empiezas, antes de empezar a hacer la acción en sí, ya tendrías que haber definido cómo evaluarás la intervención. Por lo tanto tendrías que tener como mínimo algún pequeño indicador de... de cada intervención como mínimo... como mínimo uno, como mínimo! Un indicador. Que tendrías que poder ver la cobertura, y, para poder, este indicador, tendrías que saber exactamente qué estamos haciendo y a quien lo estamos haciendo. Y quien lo está haciendo”.* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 15)

cccxi“*claro, y la evaluación cuando tú haces una evaluación yo creo que la cuantitativa tiene que ser siempre pero probablemente nos quedaba coja cuando nos simplificábamos a hacer una evaluación cuantitativa, tiene que ser, yo creo que tiene que ser siempre pero queda coja porque te pierdes algunos elementos que no podrás hacer caso si no tienes una evaluación cualitativa por eso pienso que cada vez más esta más de moda hacer evaluaciones cualitativas”* (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 23).

cccxi “E: Para evaluar una cosa, tienes que tener unos indicadores.

I: Sí.

E: ¿No? Que se tienen que haber definido. A lo mejor el primer año, el indicador puede ser que nos han dicho de sí o



no, haberlo hecho o no haberlo hecho. Bueno, sería el primer año. Pero es que el segundo año, a lo mejor ya tendrá que ser. ¿En qué proporción lo has hecho? Y tiene que pedir, una proporción, por lo tanto un indicador, que hay en el numerador que hay en el denominador. En el tercer año, a lo mejor además de la proporción tendrás que decir, bueno, y esto que es que el niño, ahora... no sé si es eh pero que haga ejercicio, bueno pues tendrás que ver qué te comporta como resultados de salud, ¿no? ¿Hay más niños obesos? ¿Hay menos niños obesos? Por ejemplo. ¿Vale? Es decir, que no todo es, el hecho de haber puesto esto” (F2/CD/CS/NR/M Pág. 4)

cccxi“I: ¿Esta detección es objetiva siempre? Es decir, siempre nosotros...

E: No, porque a veces los datos que se recogen tienen algún sesgo. O que no...

I: Vale, pero...

E: Se tiene que mirar también a ver como se recogen aquellos datos y cómo...cómo se hace”

(F1/O/Pt/NR/F Pág. 4)

cccxi“Claro, como aquí hablamos una cosa más de el niño sano, claro aquí ya no te hace falta tanto, porque aquí... son acciones concretas que tú haces, de revisión del niño, y aquí incluyes promoción vigilancia... Claro esto es quizás más mecánico, porque si sabrás los niños que le has aplicado la criba, este es fácil porque tienes unos registros. Por lo tanto, no todas las cosas del niño sano tienes estos registros y no todas las cosas que se planifican tienes estos registros. Hay algunas cosas que no tienes donde registrarlo. ¿Y que lo haremos, a dedo? (...) Tienes que tener un poco de idea de como registrar si lo están haciendo. Porque hay algunas cosas que sólo necesitarás saber que se ha hecho en toda una clase. Y dices bueno, pues hemos aplicado clase sin humo. Y dices... por ejemplo, ¿vale? Que es un proyecto de... de... de... de primero de ESO de prevención del tabaco. Y dices: muy bien, ¿que necesitas saber? ¿A cuántas clases les has ofrecido? ¿Cuántas has conseguido que se apunten? ¿Cuántas han concluido todo el programa? Porque a veces se apuntan pero no acaban el programa, y, cuántos niños, se han mantenido con la... con la estrategia esta de... mantenerlos sin fumar al final del tiempo. Esta incluso puedes tener resultados” (F1/EO/CS/NR/M Pág.15)

cccxi“E: Hombre, desde protección también hacíamos el seguimiento de las cosas y... y bueno... la evaluación cuantitativa, pues ya está. Promoción, se acabará haciendo igual.

I: Vale, y entonces

E: Digamos, así se han hecho ah... hemos ido a hacer charla de drogas a la escuela y han venido treinta personas, punto. De...cuántas, se podían apuntar 50 han venido tantas. Acabaremos así. ¿No? Será erradicado, al menos al comienzo. Bueno con territorios quizás será... Depende del territorio es diferente”

(F1/O/Pt/NR/F Pág. 10)

cccxi“ ‘verano ríe’, bueno ‘verano ríe’ habrá mucho pero hacérmelo fuera de la escuela y el ‘verano ríe en teoría abarca todos los valores y tal, bueno si, si, pero qué...digamos qué base pedagógica, qué base real, qué base conceptual tenemos de todo esto, bueno no pero está claro cuando yo te digo si tú cuando haces ‘verano ríe’ estás mirando los valores de la igualdad de género hombre me dirás que si, pero realmente que estás haciendo para esto pues no sé, soy incapaz de saberlo, ¿me explico ?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)

cccxi“cuando nos pusimos en este programa que hemos redactado embrionario, a definir los indicadores lo que veíamos es que hay de dos tipos; unos muy fáciles que son los indicadores ligados al programa, es decir yo el programa he dicho que haría una serie de cosas las hago o no las hago, estos son fáciles”(F1/EO/Pt/NT/MI Pág.10)

cccxi“y verás lo que proponemos... Claro, si realmente evalúan... laaaaaa, la,...decimos, el proceso, eh.... y por lo tanto saben aaa, la cobertura que tienen, que esto es básico, sino llegas a la gente, aaa, ya mal ¿no? Por lo tanto tenemos que saber a donde llegamos, cuánta gente lo ha hecho, aaa, tal, y después si puede ser qué resultados ha dado”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11).

cccxi“A partir de aquí... obviamente cuando hago el análisis con la región, todos los gobiernos territoriales, por ejemplo Girona, cuando hago el análisis del curso, de allá se desprenderán cosas. Pero esto no va bien, porque esto no se acepta bien, este programa que nos proponéis desde los Departamento de Salud, los , los educadores se cansan, no tienen tiempos, es demasiado complicado, esto se podría hacer así, se podría... entiendes este feed back se tendrá que producir. ¿Cómo? A través del análisis que hará cada región y después los responsables de cada región con el trabajo con los... servicios centrales... se tendrá que valorar todo esto que será una riqueza nueva y nada despreciable. Sino que muy importante” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11).

cccxi“A ver, yo podría explicar por ejemplo una idea que tengo y de esto, por ejemplo, que es una cosa muy fácil, por ejemplo se trata de ir a los colegios y pesar y medir a los niños, según, bueno, la edad que tienen, teniendo en cuenta una serie de factores, y después incidir en los hábitos de comer y el ejercicio físico, y después ir viendo la evolución y los factores a lo largo del tiempo” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 1)

cccxxi“escúchame de Inteligencia Emocional bueno esto de las emociones, la socialización y la autoestima no sabemos mucho , lo que si que sabemos es curar el cuerpo, esto si que sabemos” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 2)

cccxxii“¿Cuáles son los indicadores y cuál son...? Uf esto es otro pastel, vale, porque (...) hay otros indicadores que son los verdaderos indicadores de salud, es decir, nosotros hemos hecho una tirada de una determinada actuación para conseguir unas determinadas mejoras, unas determinadas visibilidades en relación a la salud o un aumento de salud. ¿Esto cómo se valora? (...) Esto que te decía o sea haciendo todo unas actuaciones en la población mayor de más ejercicio, de más mejor alimentación de no sé qué. Y tal...porque no queremos que se rompan el fémur o tengan osteoporosis , bueno esto lo tendrán igual, quiero decir que la osteoporosis no suponga un problema para ellos o que la artrosis que tienen en los riñones, ahí..., en las rodillas no acabe afectando o no acabe derivando en una prótesis sino que vayan manteniendo su actividad. ¿Esto seremos capaces de valorarlo algún día? (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 10)

cccxxiii“Por lo tanto no es del todo verdad esto que no se hagan, no... no sé. El problema es evaluar, es ver, ver el resultado. Que va, muy ligado también porque lo hacemos muy ligado. O... o los resultados, la promoción de lo que son los estilos de vida, va muy ligado a las modas, a la población, a otros inputs que se nos escapan de nosotros. La televisión...”(F1/EO/CS/NR/M Pág. 26)

cccxxiv“El problema es que, no podemos discernir. Si aquello va ligado a aquella acción concreta, o, a todo lo demás, o lo que ha visto en la tele. No podemos ver, fácilmente ninguna cosa de estas. Hay muy pocos ensayos culturales para verlo. Y cuando haces un ensayo encima para verlo, lo puedes acabar de hacerlo por más bien metodológicamente que sea, puedes acabar ver nada. O, no tener claro, lo que has visto” (F1/EO/CS/NR/M Pág.21)

cccxxv“es muy difícil evaluar cuál es el efecto real de esta prevención respecto a lo que encontraremos de aquí a diez o quince años, ¿me explico ? y además estoy trabajando a diez o quince años yendo bien. ¿Y cuántas prótesis de cadera de aquí a treinta años me ahorraré si la gente hace un ejercicio ordenado y si no hace las cosas no sé que y tal?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.4)

cccxxvi“Por eso digo que los objetivos son difíciles de valorar aquí, porque a nosotros nos piden evaluaciones anuales de los objetivos, ¿qué me cuentan a mí?(...)Claro y este es preocupante porque claro como se lo explicas a final de todo, al final de todo tenemos un político que es presentado cada cuatro años a unas elecciones y por lo tanto tiene su lógica y su necesidad dinámica de tener criterio, ¿no?, por lo tanto como le explicas todo esto que te estoy diciendo a un político; es difícil de explicar, no de explicar sino de que te lo compren para entendernos eh.” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 12-13)

cccxxvii“ en seguridad alimentaria los años 90 fueron especialmente cruentos con escándalos y... y fue la seguridad alimentaria la que puso sobre la mesa que se tenía que separar la valoración del riesgo, de la gestión del riesgo, ¿no? Es decir, puso sobre la mesa que se tenían que separar los intereses del conocimiento, y... y eso derivó con unas estructuras que fueron la Agència Catalana de Seguretat Alimentària, y Agència de Protecció de la Salut. Unos que piensen, otros que ejecuten, no?... Es decir, que unos investiguen y digan, 'la ciencia dice esto'. Y otros que sopesen y digan, bueno bueno, dice eso, pero conviene o podemos llegar, a partir de aquí cuesta mucho y hasta aquí es asumible, o, cosas así. Entonces haces la aplicación ya sopesado ¿no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 17)

cccxxviii“Se supone que también habrá otra fuente de información y es que la que genera la práctica al territorio. Por lo tanto yo creo que al menos habrá dos fuentes de información para hacer análisis y para tomar decisiones. Una que vendrá del análisis de los datos mmm digamos más... aaaa frío, más objetivo, y el otro que vendrá de la propia experiencia que se creará en el territorio y que bajará a través de la región hasta los servicios centrales y que también nos influirán no sólo para....trabajar de una cierta manera, sino también para aaaa, digamos ir resituando los temas más importantes”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 11)

cccxxix“La experiencia histórica de la gente que ha trabajado con promoción de la salud con la estructura de la nueva agencia que posibilita territorialitzar las cosas, tener un referente del territorio que oriente el trabajo” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 16)

cccxxx“O sea: Evidentemente, para conocer la realidad, y por lo tanto actuar en consecuencia, un elemento básico son los datos” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)

cccxxxi“Bueno, yo creo que si, que claro, que en definitiva eee... quiii... el consejo de administración el..., bueno el consejo de administración lo, lo, lo, los propietarios digamos que hacen la función el consejero delegado son los responsables políticos. Nosotros, nuestra empresa, la dirección, son en un principio los responsables políticos, claro. Que son los que dan las grandes líneas, se supone, ¿no?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)

ccccxxii“E: A ver, también los medios de comunicación y todo tienen mucho que ver. Si cada día en los medios de comunicación saliera, en lugar de salir cada domingo por ejemplo eh... en la tele dicen: este fin de semana se han muerto en las carreteras tantas personas. Si en vez de decir esto los medios de comunicación dijeran: durante toda esta semana en todo Cataluña se han suicidado 5 personas, si incidieran en esto ya se preocuparía el departamento de salud para aportar determinados recursos aquí que no aquí.

I: Entonces tú cruces que...

E: Aunque aquí hubiera 10 cada fin de semana y aquí hubiera 3, pero si sólo dijeran esto los medios de comunicación...”

(F1/O/Pt/NR/F Pág.5)

ccccxxiii“Hombre, es... es evidente. Es evidente que también pasa esto, no quiere decir que todo venga de arriba... A ver, el, lo... los responsables de las organizaciones, por ejemplo del departamento de salud, es evidente que toman las decisiones en base //mm// a muchos datos que los dan sus staffs y sus equipos técnicos. Obviamente no toman decisiones en abstracto y sólo política a... en... en abstracto, vaya, sino que los toman en base a los datos que también los suministra la misma administración //mm// ¿No? Es un... (...) nosotros tenemos sistemas de información, ¿no? //mm// los que sean, eee... Cada administración, tiene los que tiene. Y entonces estos sistemas de .. men.. de de información se supone que te dan datos sobre la salud de esta población. Más detallados, o más macros. Tienes los que tienes, evidentemente. Y en base a en esto, se puede hacer el Plan de Salud, por ejemplo, etc. Que es el elemento clave del el Departamento de salud. De la organización de sus decisiones”. (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)

ccccxxiv“A ver, el problema es que siempre hay la política de por medio y a veces se ponen en marcha campañas más políticas que... O a veces no se ponen en marcha porque no... A ver, la ley del tabaco cuando nació ya nació una ley que la mitad de la población ya no sabía porque nacía, quiero decir que lo que se tendría que hacer desde buen principio era prohibir fumar, que tarde o temprano se hará, si no se hace este 2010 se hará el 2012, que habrá elecciones y el partido que entre lo hará, o tarde o temprano se hará (...) Pero quiero decir, si que encuentro que es esto, que no... que pueden haber muchos estudios y de esto pero a la hora de la verdad, de hacer promoción, se priorizan cosas que no tienen nada que ver, lo que se tendría que hacer sería un diagnóstico de salud, vale? Ver las pirámides de población, edades, inmigración, bueno, como es la población, conocerla, y después mirar a ver cuales.. a ver qué hay más, qué problemas de salud hay más, y después a ver qué se podría hacer con este problema de salud”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)

ccccxxv“E2: Esta es una estructura política estratégica, estratégica-Política, es la que de alguna manera tiene que trabajar con las directrices de la de esto, que de alguna manera esta, ¿de que se basará esto? Se basará un poco con las fuentes de información que hayan y con el Plan de Salud de alguna forma. Pero estos tienen de alguna forma la dirección estratégica, y ellos tienen que hacer bajar las estrategias, las estrategias las tienen que bajar a nivel de cada cosa, en los departamentos que les correspondan, pero todos los departamentos pueden estar implicados, aquí puede estar implicado educación, puede estar salud y puede estar por ejemplo deportes, ¿vale? Y aquí puede estar en esta estrategia puede estar, ¿como se llama esto? Atención a la ciudadanía, servicios sociales, el que toque y no se que, depende un poco de cada estrategia, y la tiene que hacer bajar. Entonces en cada territorio habrá una estructura agente y aquí también hay una estructura agente pero básicamente no ligada directamente aquí, sino en el consejero de salud

I: Es decir ,esto es la parte política,

E2: política estratégica si”

(F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 16)

ccccxxvi“la política sería la P[nombre] la P[nombre] si que tiene la... la visión política. La política sólo es la P[nombre]. Ella es la que tiene que hablar desde un punto de vista político de estrategia, con los grandes capos, de cada cosa, desde... los ayuntamientos hasta con los que toca. Y por eso está... está en el comité directivo grande, y es la responsable máxima. Porque ella el enca... la visión política, y lo que ha dicho; estratégicamente esto hay que hacerlo. Vale? Y entonces hay un... un equipo directivo que de alguna forma que somos este equipo que hemos sido hecho que hemos hecho la planificación de lo que toca, y hemos hecho de acompañamiento nosotros y de acompañamiento desde el departamento en R[nombre] en R[nombre], ¿vale?” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 7)

ccccxxvii“Y este es el que ha diseñado la que... la estrategia. Entonces, cuál es el papel? Cuándo... Una vez tienes diseñado la estrategia y tienes el marco teórico, que es el que tenemos ahora, se trata de transformar esto con una acción. Para transformar esto con una acción, nos requiere dos cosas. Primera que alguien desde el punto de vista político reemprenda esto y le diga, ei! Ahora aquí ya hemos hecho todo el trabajo y tenemos todo claro lo que tenemos que hacer, nos tenemos que poner a hacerlo. Y por lo tanto alguien te tiene que decir, eeh! ¿Y como lo haremos? (...) ¿Y que cuesta? ¿Tengo que invertir dinero? ¿Tengo que invertir personas? ¿Vale? Y entonces hay de

*haber alguien que de alguna forma diga, isi señor! Y alguien que lo siga. ¿Quién lo seguirá en el territorio?*  
(F1/EO/CS/NR/M Pág. 7)

cccxxxviii“y entonces cuando esto aprobado si se tiene que enmendar algo se vuelve y se enmienda y cuando esta aprobado cuando va al CatSalut, porque dice esto se tiene que transformar en algo concreto”(F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 18)

cccxxxix“E: De todas las políticas. A ver, nosotros tratamos de manipular en el mejor de los sentidos la direccionalidad de este consejo de administración. Porque esta gente cuando vienen aquí no saben a que vienen.

I: Claro, era esto lo que te iba...

E: Entonces, ¿cuál es de nuestra responsabilidad? Educarlos a dirigir, a que... a hacer políticas que en un primer... Claro, una de las partes de la cartera de servicios es apoyar a las... en la planificación estratégica operativa y tal tal tal. Porque quien sabe la salud pública, que hace la salud pública? Esta gente que tienen determinada función, más representativa, más tal tal, más política, nosotros sabemos el potencial que ellos tienen, y por lo tanto no los podemos menospreciar digamos, son gente que viene aquí a calentar el asiento en un Consejo de Administración de una cosa que no saben y tal, no, no”

(F4/O/SP/NA/M Pág. 11)

cccxlE: Bueno... mm a ver, la promoción de la Salud y la salud pública en general, como todo en la vida, aah... los propietarios del asunto, deciden hacer cosas, y a veces no todo lo que se hace se... se... está probada su utilidad //mm// evidentemente, las campañas, si están bien hechos, deben de influir de alguna manera la población, no? //sí//. Aah... Yo no me meto ya en los... en laa... claro a ver... ee...

I: Y cuando has dicho dee... “Los propietarios del asunto”, ¿serían los políticos?

E: Bueno, yo creo que si (F1/EO/SP/NA/M Pág. 9-10)

cccxli “es que esta gente constituyen el objeto de nuestro trabajo también, nos interesa que se apropien del sentido de estar en un consejo de administración de salud pública, y por lo tanto una de las cosas que estamos haciendo es que a través de sus reuniones miramos de estar introduciendo en sus cabezas o en su responsabilidad cuál es el papel que ellos... que incorporen el papel que tienen que jugar en toda esta historia. Y lo hacemos de una forma sibilina si tú quieres, pero también con mucha decisión, de que se apropien de la responsabilidad que tienen. Y lo hacemos a través de la participación del director...”(F4/O/SP/NA/M Pág. 11)

cccxlii“Dices, hombre, muchas veces las cuestiones de salud... Es decir las cuestiones que afectan a derechos fundamentales como pueden ser la salud, yo creo que es interesante que estén desvinculados de la política, para que tengan una continuidad más asociada a la materia en si que no asociada a la parte más política” (F3/O/Pt/NR/V Pág. 17)

cccxlili“Es decir, no puedes estar dando... La Salud Pública tiene una inercia que si que políticamente la puedes modular, en forma de recursos, en forma de prioridades, pero, no... Es la única modulación que haces, es decir, no harás un bandazo hacia aquí un bandazo hacia allá, como con otras materias no? No es una cuestión política. Por lo tanto la... la vertiente política que... yo encuentro bien que esté separada de la vertiente ejecutiva, digamos. La política como puede intervenir? Pues haciendo leyes. La salud pública se hace con leyes? Es decir si a mí alguien me dice que la salud pública se hace con leyes, entonces lo cito, bueno, hablemos pero no, no se hace con leyes”.  
(F3/O/Pt/NR/V Pág. 17)

cccxliv“la otra gracia que tiene se que cuando tú haces esto de aquí tú lo ligas, y de alguna forma que ha hecho el departamento, el departamento ha hecho una cosa, la Direcció general de Planificació hizo una cosa que , hizo primero el Plan de Salud, identificó enfermedades prioritarias y problemas de salud prioritarios, y en quién cogió desde enfermedades cardiovasculares hasta por ejemplo problemas de salud mental o bien problemas sociosanitarios o problemas algunos de protección, de alguna forma que ha hecho de aquí, de algunos de este que eran muy importantes han hecho planos directores, cuando haces un plano director no haces sólo la parte asistencial, haces la parte asistencial la parte de promoción” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.22)

cccxlv“E2:de alguna forma que ves aquí, claro, cuando tú estás viendo esto y dices por ejemplo en cardio vascular y con cáncer, pues hay una cosa importante que hay unas cuantas cosas que si tú hubieras controlado algunos factores de riesgo no tendrías patología de alguna forma y cuales son aquellos factores de riesgo, pues desde algunos ligados con la alimentación, léase obesidad//

E1: // actividad física//

E2:// léase hipertensión, vale, puede ser legado en esto)(...) pero también puedes encontrar léase tabaco de alguna forma y todo esto de aquí tiene una vertiente importante que sería del mundo sanitario de cese del tabaco, de control de la obesidad de control sedentarismo” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.22)

cccxlvi“la otra vertiente que estamos trabajando mucho, claro todo esto de aquí tiene mucho sentido, por eso digo cuando estamos diciendo que se el plan hombre pues todo, a pesar de saber de alguna forma, quizás priorizar que no, quizás no todo se puede hacer al mismo momento ni todo a la misma hora, pero quizás vale la pena intentar identificar, cuando estás cogiendo una línea intentar coger la línea desde el inicio hasta el final. Y empezar a empezar un proyecto” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.22)

cccxlvii“por lo tanto ¿cuando tú trabajas en un plan director que haces? Haces todo, por ejemplo en cardiovascular que hemos trabajado básicamente tabaco son mucho de promoción , hemos trabajado en factores de riesgo, en factores de riesgo cardiovascular, con las actuaciones de riesgo pra que los clínicos puedan saber identificar básicamente cuando una persona tiene más riesgo para hacer una enfermedad cardiovascular, aquí si esto tienen controlar los factores de riesgo, tabaco, los que ya fuman aquí estamos promover para que no empiecen, pero aquí, son los que ya fuman la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo, la actividad física, que a veces lo coges aquí y lo coges aquí en el PAFES lo coges en los que ya tienen patologías de alguna forma y llegas un momento que ya tienes el evento, el evento cardiovascular, pues que haces aquí?, trabajar con el evento, y aquí que hacemos? Código infarto, que es lo que estamos trabajando nosotros de alguna forma para intentar ser el máximo de rápido posible, para que el señor no se muera antes de llegar al hospital y le hagas una respuesta, ¿que has hecho? Has hecho todo el abanico, y ¿qué hay aquí de Salud Pública? Tienes Salud Pública al inicio al aquí, y tienes Salud Pública incluso en la terciaria, porque el que ha hecho el evento lo tienes que decir mira si todavía no fumaba deja de fumar si estaba más gorda tiene que de esto, tiene que hacer un control de alimentación, de alguna forma tú puedes incidir en diferentes formas de diferentes maneras pero y en diferentes profesionales que tienen que incidir aquí tienen que incidir básicamente el Equipo de Atención Primaria y hospitalaria, aquí tiene que incidir la gente de salud pública y en las acciones comunitarias” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág.22-23)

cccxlviii “E1: claro esto depende es que esto esta ligado al diagnóstico de salud, o sea según el diagnóstico de salud tendrás unas acciones prioritarias u otras  
I: y ahora?

E1: con nuestro plan de salud actual?

E2: hombre aquí tenemos definido varios, varias líneas de trabajo

E1: por ejemplo un tema es el tema del PAS que es el programa de actividad física y alimentación saludable , este es uno de los proyectos estrella del departamento”

(F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 22)

cccclix“las grandes causas de enfermedad y de muerte en Cataluña...ummmm...están ligadas a promoción y prevención, no están ligadas a...en este momento a protección. Precisamente porque somos un país evolucionado y, si estuviéramos en un país que el agua no fuera potable o cosas así...o que tuviéramos unas condiciones higiénicas terribles, diría que la gran cosa sería la protección...pero, en este momento, la protección es una cosa que gracias al trabajo de muchas personas y mucho tiempo está muy muy evolucionada, eh!” (F4/O/Pm/NA/M Pág.10)

ccccl“Pero, yo pienso que hay unos programas de base, que, a ver que los jóvenes de ESO, fuma, es una realidad. Quiero decir no hay que hacer grandes diagnósticos de salud. Los jóvenes fuman ¿no? Y... pienso que siempre se tiene que ir actuando para que no fumen. Por lo tanto estos programas, yo pienso que los tenemos que instaurar, los tenemos que ir evaluando, para que no haya un momento en que sean inútiles y si no los tenemos que, redirigir” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 7)

ccccli“a ver si que tiene que haber unas prioridades, en base a las necesidades de salud de aquel gobierno que tiene una salud no y que... si tenemos... ayer nos hacían una presentación Salt que... un municipio de aquí en Girona, que el cuarenta... y tres o cuarenta y seis por ciento de la población son inmigrantes. Esto evidentemente lo tenemos que tener en cuenta esto ¿no? A la hora de... de monitorizar que es lo importante ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)

cccclii“¿necesitamos hacer intervenciones que lleguen a toda la población pero también intervenciones específicas en personas en situación de vulnerabilidad? Estos cambios en los barrios cumplen mucho estas cosas porque estamos cambiando condiciones de vida. Estamos yendo a barrios en situación de especial riesgo de su población, que haya situación de exclusión social... Son barrios con gente muy envejecida, por un lado, y con mucho porcentaje de población inmigrada...recién llegada, por otro lado” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 4)

ccccliii“Esto tiene un punto de vista ideológico de base. Hay gente que tiene un punto de vista que piensa que cada persona...quiero decir, puede hacer sus decisiones, que da igual que vivas en Sarrià o que vivas en la Mina. Y esto nosotros no creemos que sea así porque vemos que tasas de obesidad infantil y otras cosas que no tienen nada que ver en un entorno que vivas o en un entorno que no vivas”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.17)

ccccliv“Es decir, que si a pesar de todas las cosas que se hacen, una persona que tiene una obesidad morbida...nosotros la ayudaremos...porque estamos allí para ayudarle al máximo. Porque hay muchos determinantes...es decir, el que una persona hoy en día sea una persona obesa, hay tantos factores que influyen...desde factores genéticos que

juegan un papel pequeño pero juegan...con miles de otros factores como el lugar donde vive, como vive, qué vio de pequeño, que factores emocionales tiene implicados en el valor que le da a la comida... Toda una serie de cosas de forma que nunca, nunca, nunca culpabilizar a la persona. Culpabilizar a la víctima desde un punto de vista de sociedad...de determinantes sociales de la salud. Si tú le pones la culpa a la persona, estás culpabilizando a la víctima que puede ser en algún punto de vista...su situación de salud puede estar determinada por el lugar donde vive, por sus condiciones". (F4/O/Pm/NA/M Pág.17)

ccclv“Nosotros intentamos no hacerlo así. Yo te diría que, desde que yo estoy aquí al menos, y bueno supongo que antes...O sea que nosotros tenemos un programa de promoción de la salud a través de la alimentación saludable y la actividad física...ehhh...Nosotros tenemos un programa, si que dice de prevención y control del tabaquismo...porque el tabaquismo...Es decir, lo que es ideal es respirar un aire puro y que la gente no fume ni haga algún consumo de tóxicos. Pero normalmente, construimos desde la concepción positiva de la salud. En este sentido, el programa materno infantil, por ejemplo, una etapa vital clave en que cualquier cosa que pasa en positivo y también en negativo tiene una influencia enorme. Tenemos otro aspecto muy relevante que es el envejecimiento activo y saludable...Pero el tema de vacunaciones si que puede ser una prevención... pero yo distinguiría un poquito entre en lo que es la prevención de unas enfermedades específicas y lo que es la gran cosa que es la Promoción de la Salud".(F4/O/Pm/NA/M Pág.1)

ccclvi“Y yo diría que además, revisando un poco la cartera de servicios, pues también esto se puede ver porque la percepción...la construcción es des...realmente se intenta hacer desde lo que es positivo. Incluso, yo que sé, por ejemplo, cuando hablamos del tema de...ehhh Bueno...hemos citado esto, el tema de promoción de la salud a través de la promoción de la alimentación y la actividad física...Hemos citado el tema de la salud materno infantil, el tema del envejecimiento saludable y activo...Pero también, por ejemplo, tenemos una parte de apoyo a redes...y liga con esta visión comunitaria". (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)

ccclvii“La finalidad última de la promoción es que la gente viva los años que tenga que vivir...que idealmente son muchos...pero no porque no siempre son muchos...de la mejor situación de salud posible. (...) Por lo tanto la función última es que las personas sean, pues, lo máximo....sanas en el tiempo en que viven...eh? Por lo tanto, se puede hacer promoción de la salud a pesar de que tengas una enfermedad terminal o a pesar de que tengas lo que sea...Y tú puedes vivir tu circunstancia...tu vida, de la mejor manera posible. La mejor manera en el sentido amplio de la salud, ¿eh?” (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)

ccclviii“Por lo tanto yo no tengo ningún programa que se llame de prevención a la obesidad, ni ningún programa que diga esto. Si que tenemos aspectos específicos, por ejemplo, algunos programas comunitarios de prevención a la obesidad infantil porque tenemos un problema que afecta a un 42,5% de la población infantil de Cataluña, un 45% de la población de España...que es el exceso de peso. Pero...quiero decir, es una respuesta a una necesidad que surge como una parte de todo el abordaje más global, eh! El abordaje global trabaja la promoción de la salud a través de este tema. Y después otros departamentos de aquí, otras unidades, tienen promoción de la salud mental, otros aspectos ligados a esta concepción, básicamente, positiva...y básicamente global y transversal...y de trabajo con los otros agentes...Al menos es así como lo considero”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.2)

ccclix“Yo creo que actualmente no lo tiene, yo creo que se dirige más a hacer promoción de la salud porque esto después si no la haces a lo mejor retrasas, o a lo mejor impides que aparezca un problema de salud, pero hay la categoría del bienestar que tendría que ser, yo pensaría que esto sería deseable que cada vez apareciera de una forma más... más firme, como un valor positivo que tuviera peso en si mismo. Si está bien, es tan o más importante que no hacer acciones para prevenir. Yo creo que si lo incorporáramos como valor, ¿no?, yo creo que a lo mejor sería un elemento a priorizar sobre las actuaciones de... el sistema... sanitario como para prevenir la incidencia de enfermedades, ¿no? El peso o lo que nos viene derivado de la epidemia del sobrepeso y la obesidad casi te obliga a hacerlo, y dices, ostras esto es prioritario porque si no haces esto aparecerán estas enfermedades. Después uno podría decir, bueno, una vez tenemos... bueno, controlando esto ya voy un poco a poner en valor el hecho del bienestar, que consigo a través de la alimentación, la actividad física, la meditación, cualquier otra cosa que a ti te ayude estaría bien, ¿no?”(F4/O/SP/NA/M Pág.2)

ccclx“Y después uno podría decir, hombre, si tú haces una alimentación saludable, no solamente prevendrás esto sino que además estarás mejor. O sea que cuando hacemos promoción de la salud lo podemos orientar de una forma mucho más específica a prevenir o a evitar que puedan aparecer estas enfermedades relacionadas con la alimentación, pero también, y esto no es poco, a promover bienestar”. (F4/O/SP/NA/M Pág.2)

ccclxi“Mientras el instrumento de planificación sanitaria de Cataluña sea el Plan de Salud...y cuando te vas al Plan de Salud verás que la parte de protección es una parte así y la parte ligada a promoción y prevención es una parte mucho más grande...porque necesariamente...porque si tú...Ahora desde un enfoque negativo, que no es el que quiero tener...pero desde un enfoque negativo...no! desde un enfoque global, ya hablaban...el tema envejecimiento: tenemos un 16,5% de la población de Cataluña por encima los 65 años. El año 2020, creo que llegará a un 25%. Si

no trabajamos para que la gente llegue bien y viva bien, los 20 años...30 años que será mayor y que estará allí no lograremos nada...ehhhh.... ¿De que se muere la gente en Cataluña? Se muere de enfermedades relacionadas con la promoción y la prevención; es decir, se muere de cardiovasculares y de cánceres...y factores de riesgo...todos están ligados a, mira: alimentación, actividad física, tabaco, exposición al sol y...diría que esto es el 80 o 90%. Y todo esto está ligado a la promoción. Si no...quiero decir, el situarlo en el marco global...no de la salud pública sino el marco global de todo, le da relevancia a los otros temas...Los temas de...temas de enfermedades infecciosas...el papel de las vacunaciones...Yo creo que, a pesar de que tenemos que luchar porque cuando vemos el presupuesto de salud pública en relación al presupuesto global...Siempre hay que luchar porque no...Se a decir, la gente...ehhh...quiero decir que los hospitales de tercer nivel tardan mucho y todas estas cosas...Y, al final, condicionan muchísimo la inversión y el trabajo que se haga en promoción de la salud. ¡Eh!” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 10)

ccclxiii: “Y el tema por ejemplo de la alimentación y el ejercicio físico. ¿Por qué es importante? ¿Por qué tema de salud es importante?

E: ¿Qué quieres decir, por qué tema de salud es importante?

I: Claro, si tú promocionas la alimentación o el ejercicio físico es porque quieres//

E: //Si, no, quieres potenciar que a la larga... que haya unos hábitos saludables que a la larga esta persona no tenga problemas de salud como puede ser pues que por ejemplo no tenga problemas de corazón, que no tenga problemas de...cómo se llama?... bueno, que no tenga diferentes problemas. (...)

I: ¿que es la salud sexual, no? ¿Qué sería la salud sexual?

E: Sí, enfermedades de transmisión sexual, y... higiene... que tampoco...no, no he empezado a de esto de la sexualidad, esto tendría que evitar contagios y unas prácticas y todo.

I: Vale, es decir, más de salud reproductiva más que sexual.

E: No, enfermedades de transmisión sexual” ((F4/O/Pm/NA/M Pág. 5)

ccclxiii“O creo que hay temas de higiene que son muy importantes, la higiene de manso es una tontería por mucha gente y yo creo que todo esto comporta otras muchas historias que quedarían solventadas. La salud bucodental no puedo decir que no sea importante porque es un tema que hemos trabajado mucho y creo que es una ganancia personal e incluso desde un punto de vista económico asistencial también es muy importante, además , porque es un foco en el cuerpo de la persona, ¿no? Esto por un lado, y entonces, en cuanto aaaa, que no deja de ser higiene todo esto que te he dicho, salud bucodental, manso, y entonces en en cuanto a conocimiento es que siempre vas a estallar con los mismos no? dentro del paquete de drogas pues, todo lo que es droga pura, drogas legales, tabaco, además todo lo que pueden ser elementos nocivos para las personas....es que estos son los , los que ... y ahora una , una de las cosas que también estamos trabajando pero nosotros trabajamos desde el otro lado es el tema de , todo el tema... de enfermedades de transmisión sexual, a nosotros nos llegan los casos y a partir de aquí tenemos que hacer el retorno a la inversa , pero tenemos que conseguir que no lleguemos a tener enfermedades de transmisión sexual, y se están disparando muchísimo y esto es porque se están relajando mucho los hábitos, incluso como que , en el, en el colectivo homosexual se había llegado a contener muy bien el sida y ahora se está volviendo a ver que hay un pequeño rebrote en gente joven porque tienen la percepción que cómo ya no hay problema ya no hay que tomar precauciones, pues es otra área en la que la promoción tiene un juego...es que estás hablando que tomando unas precauciones mínimas, sencillas, evitas sida, sífilis, 'glucoccies', clamidia, ... cantidad de enfermedades, ¿no?” (F2/EO/V/NR/M Pág. 5)

ccclxiv“I: Vale, pero tú crees, que es importante el tema de promocionar la salud de los jóvenes, ¿no?

E: Sí. Si si, importantísimo, vaya, empezar desde o años

I: Y de la gente mayor?

E: Sí. Si, porque se puede ir retrasando algún problema que tarde o temprano les puede salir pues se puede ir retardando, y mejorar su nivel de vida. (...) Pues... pues sí quiero decir a cualquier edad, por poco que se haga tendrá una repercusión, en la salud de la persona” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)

ccclxv“Porque tienes los vicios cogidos y no los puedes cambiar... (ríen) No lo sé. Esto lo tiene que... lo eligió el grupo de trabajo este... yo no lo sé esto. O quizás la gente mayor cuando les has cambiado los vicios ya se han muerto, yo que sé, en cambio con los jóvenes tienes mucho más recorrido, y si quieres hacer una evaluación, de aquí diez años: Ha mejorado algo? He conseguido algo? Puedes mirarlo, en cambio con los otros ya no puedes mirarlo, ya no tienes tiempo de mirar nada”.(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 9)

ccclxvi“Sí, no, también. También no. Por ejemplo el Ayuntamiento de Girona tiene una línea muy potente de trabajo con gente mayor ¿no? Yo pienso que también es importante porque cada vez la gente vive más años ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 17)

ccclxvii“*I: Vale, y con la gente mayor, ¿se tiene que hacer algo?*

*E: Sí, con todo el mundo. Te lo recomento? (ríe) No, a ver, nunca es tarde, ¿no? Para incidir, quiero decir con cualquier cosa que tenga relación con la salud. A ver, cuanto antes consigas coger una persona y le puedas hacer cambiar los hábitos pues mejor, ganará en calidad de vida y... y en el sistema sanitario no tendrá tanta repercusión” (F1/O/Pt/NR/F Pág.11)*

ccclxviii “*Evidentemente que es una parcelita no es un ensayo global no es una parcelita y que no es pequeña...a ver y no en un sector en el cual pues como mínimo sabíamos la población que encontrábamos, sabíamos las ubicaciones, sabíamos que está todo el mundo tienes unos puntos que conoces muy bien o que puedes conocer muy bien de la escuela” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.12)*

ccclxix“*No, no veo tanto que sea... diana no, quizás, los tienes como más cautivos no? quiero decir, la gente joven la tienes más en un grupo, sabes donde irlos a buscar, la gente mayor también los puedes tener más juntos no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)*

ccclxx“*Bueno, yo pienso que si lo hacemos en la escuela o si somos capaces de introducir esto en la escuela como una cosa rutinaria, no rutinaria en el sentido de rutina sino como una cosa normalizada dentro de la escuela avanzaremos, podemos avanzar de una manera mucho más efectiva, cuando me decías porque en la escuela y no dentro de la sociedad por eso porque la escuela es un laboratorio en salud” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.23)*

ccclxxi“*Sí, porque en principio la acción del tema vino condicionada, vino quizás con la idea de qué creyeron que la escuela podía ser un buen punto de encuentro y que todo no se puede ensayar todo sobre todo y nos centramos en esta parcela, que no es precisamente pequeña, y que después intentaríamos, ahora estamos en la escuela después intentaríamos salir , salir de la escuela a partir de la escuela intentaríamos ir llegando a otros lugares progresivamente escuchando a los padres, la familia tal y tal y tal, todo esto pero quiero decir” (F1/EO/Pt/NT/V Pág.12)*

ccclxxii“*E: Que aprenden, cuando somos mayores ya no aprendemos, cuando somos mayores ya somos cómo somos y es así*

*I: Vale*

*E: Los jóvenes además, claro aprenden y aprenden”. (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 23)*

ccclxxiii“*Sí, no, está claro, que... Ya, con la juventud el problema que tienes es que a veces no sabes como enfocararlo, vale? Depende del enfoque que hagas pues se lo cogerán de la manera que no quieres que se lo cojan. Por ejemplo no sé, en cualquier campaña tienes que... Por ejemplo, tienes que estar trayendo campañas que en lugar de criticar ah..no sé... un...una actuación pues se tiene que ver lo bueno de aquella actuación, por ejemplo no sé... Quiero decir, mensajes negativos o positivos, por ejemplo, una cosa es decir drogas no, y la otra decir mira, sí... es que si tomas drogas no podrás hacer esto, no podrás hacer lo otro o... te costará más esto, te costará más aprender conocimientos, o... No sé, es una cosa que se me ha ocurrido ahora. Dependiendo del mensaje pues puede tener el efecto que buscas o puede tener completamente el contrario” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)*

ccclxxiv“*E:Hombre, yo encuentro que en las escuelas se tendría que hacer mucha educación que encuentro que es una de las cosas que que hace falta, por ejemplo el otro día no sé donde era que... que oí que nose.. es un ejemplo que te pongo pero no...no sé. Por ejemplo un 10% de las chicas entre 14 y 18 años pues tenían una creencia que en la primera relación sexual que tenían pues no... no quedaban embarazadas*

*I: Sí, esto lo he escuchado*

*E: Sí esto no sé donde lo dijeron. Pero claro a veces tienen creencias es porque no se los ha educado ni se les ha explicado” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 2)*

ccclxxv “*Por ejemplo... yo voy poniendo ejemplos. Clase sin humo, ¿Cual es la finalidad de 'clase sin humo'? Es retardar un par de años, digamos, el inicio de fumar dela juventud. No sé, por ejemplo, se hace a la juventud de 12 a 14, o de 14 a 16. Ponle de 12 a 14, entonces que se ha visto que... bueno, de 14 a 16, que se ha visto que la juventud empieza a fumar a los 14. Lo que se pretende es que en estas franjas entonces no se fume y tarde o temprano probaran el primer cigarro, que sea a partir delos 16, no a los 14, se retardará un poco. Por ejemplo este programa concreto” (F1/O/Pt/NR/F Pág.11)*

ccclxxvi“*si tú de cero a diez que es más o menos el que se decía pero bueno como tenemos la raya a doce tiramos de cero a doce, tú lo que tienes que hacer es trabajar el posicionamiento respecto a las dependencias no digamos drogas sino alas dependencias, ¿en qué sentido?, en el sentido que tú tienes la libertad, tú tienes que poder elegir, tú tienes que ser autónomo tienes que ser responsable tienes que asumir tus esto, ¿vale?”(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)”*

ccclxxvii“*[sobre sexualidad y drogodependencia] estos no tienen competencias en las que lograr en las primeras fases porque están dentro de la autoestima y el aprendizaje del yo y de las relaciones con los otros” (F3/EO/Pt/NT/MA*



ccclxxviii "Después hay otros que nos creaban tensión por ejemplo la drogodependencia o la sexualidad nos creaban tensión porque en las primeras fases de cero a seis y de seis a doce menos pero también, al menos hasta de seis a diez ni drogodependencia ni sexualidad se pueden expresar como tal, ¿vale? O uno es más autoestima y auto aprendizaje y esto del yo y los otros y no sé que en esta primera fase y en cambio en la segunda fase de doce a dieciséis es cuando coge toda su relevancia tanto una como la otra, ¿no?" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)

ccclxxix "E:(...) la juventud porque la juventud esta muy sana,

I: sí?

E: ellos creen que está muy sana, y que no es una preocupación, para los jóvenes la salud no es una preocupación, para los jóvenes no es la principal preocupación si que algunas ramas pues la prevención del consumo de drogas tal y tal... pero de ellos no, si a caso será de sus responsables de sus tal y del que pero sabes que la juventud tiene una percepción de la salud idónea, no? son invencibles, no se mueren" (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 15)

ccclxxx "A ver por ejemplo, los jóvenes, el problema que tienen con drogas con alcohol con... claro es el que tiene que tiene todo el mundo que cuando tú eres joven siempre piensas que a i no te tiene que pasar porque a i... aquello que dicen que los jóvenes son inmortales... claro ellos tienen esta percepción". (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 16)

ccclxxxi "Esto si que no lo sé. Hombre, pedir la opinión de los chavales, está bien, pero... pedir la opinión de los chavales, si quieren ser formados con... con... con temas de salud, como otras cosas eh? Le dices itú! ¿Quieres aprender matemáticas? Yo creo que... poca gente encontrarás que diga escucha, yo quiero participar a mí me gusta mucho. Y dices quieres aprender, aprender hábitos saludables? No sé si saben ni qué son hábitos saludables, ni si tienen muchas ganas de participar ¿no?" (F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 10)

ccclxxxii I: Hm, vale. Y los jóvenes en este caso cómo... cómo... cómo se han pensado. Eh... es decir, son digamos el objeto diana para trabajar, se ha pensado que en algún momento podrían participar en la dinámica o recibir la información, es decir, bueno...

E: Sí, sí. Sí. La de sectores pasivos. Yo creo que es esta. La visión que habíamos tenido hasta ahora era esta, en ningún momento planteamos que hubiera una participación activa, sino que fueran los receptores del... del trabajo que se hiciera en el... en el ensayo aquel que... En ningún momento se planteó su participación en el... en el diseño, quiero decir...

(F3/EO/E/NT/D Pág.4)

ccclxxxiii "bien, tal como se planteó el hecho de que fueran receptores tampoco tendrían que implicar que... que no lo recibieran de una forma correcta... No sé, de hecho a los jóvenes se les tenía que enfocar esto como una parte más de su formación... académica general, ¿no?" (F3/EO/E/NT/D Pág.4)

ccclxxxiv "I: ¿Y tú cres que esto puede tener alguna repercusión en... en la forma de... digamos de... de de que la persona interiorice este... esta forma de ver la salud?

E: Mmm... Hombre, a ver, supongo que podría tener un cierto interés, ¿no?, que participaran también (...) No veo en principio un inconveniente en la manera de recibirlo pero sí que seguramente hubiera enriquecido el... el proyecto el hecho de que en algún momento hubieran podido participar". (F3/EO/E/NT/D Pág. 4)

ccclxxxv I: Claro. No... no en el tema, si de ofrecer si, pero por ejemplo de las preocupaciones. Por ejemplo en salud sexual y reproductiva, han habido estudios que decían que los jóvenes tenían unas creencias sobre... y quedaban embarazada y estas cosas... que claro, si no se pregunta las preocupaciones y así es un poco complicado quizás... No?

E: Sí. (ríen) Es... tienes razón con esto. Pero yo creo que las preocupaciones y esto, estos estudios yo creo que los tenemos en cuenta por eso. (F2/CD/CS/NR/M(a) Pág. 10)

ccclxxxvi [sobre sexualidad y drogodependencia] "en cambio en las últimas fases es donde están absolutamente enfocados" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)

ccclxxxvii "E: (...) que también me ha sorprendido a mí porque comparas con los especialistas de drogodependencia está claro cuando yo les decía cual es el objetivo que vosotros perseguís al final de los dieciséis años yo les decía debe de ser la no adicción y me decían, no nosotros lo que perseguimos es el retraso en la prueba de drogas y el primer día que lo oí me sorprendió porque claro yo viniendo de ciencias piensas, ¡hostia! Que persigo yo pues que no haya drogas, quiero decir que la gente no se habitúe a las drogas

I: Si

E: Que en cambio los expertos los que están dentro de la madriguera decían "no, bueno no sí sería lo ideal pero sabemos que esto es una utopía absoluta y por lo tanto lo que pretendemos nosotros es que se retrase en lugar de acelerarse cómo está pasando ahora, sino que consigamos retrasar la entrada en la prueba de las drogas" y dices,

bueno si ya es esto" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)

ccclxxxviii "probarlo lo probarán porque están en fase de adolescencia de ebullición, por lo tanto lo probarán, la idea es que lo prueben más tarde para que tengan más criterio y vean que no compensa el riesgo con el placer con el..., o con la..., no te soluciona la historia quiero decir básicamente es esto. Claro si tú lo haces más pequeño menos criterio y como tienes menos criterio puedes ir siguiendo bueno es esto entras y una vez estás dentro no eres capaz de conversar de ninguna otra manera, ¿no? un poco es esta la historia pero bueno tampoco sé más, eh? yo sé lo que aprendí y poca cosa más, ¿vale?" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)

ccclxxxix "Claro si tú trabajas esto muy bien y luego consigues que por otro lado en lugar de ser a los trece sea a los quince o en lugar de ser trece sean los catorce lo que tienes son personas mucho más maduras que llegan a esta situación con un conocimiento mucho más formal, bueno mucho más seguro y por lo tanto que una vez probado el porro caiga en una adicción es mucho menor ..." (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)

ccxc "I: Pero se trabaja bastante con... Porque claro, se ve mucha cosa para los jóvenes, y gente mayor se está empezando a ver. Pero la franja productiva...

E: No en esta franja... poca. (...), no sé, no sé qué... pero no no... quizás tampoco es bonito... pero bueno, hombre si que se trabaja por ejemplo programas como el PAFES, Que es... esto ya es programa, de gente, que ha tenido una enfermedad no? Entonces es una actividad física adecuada a la enfermedad que has tenido. Esto seguramente lo haría algo más también esta franja ¿no? Pero bueno, con esta franja pienso que todos los programas de promoción son aplicables..." (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)

ccxcxi E: Está claro, la otra gente, bueno eeh... pienso que se está haciendo mucha promoción de temas de la salud en los puestos de trabajo. Promoción de salud en laboral por ejemplo el tema AMED en los comedores laborales también es una buena manera no de... de llegar....

I: ¿que es esto?

E: La AMED es un programa... O sea hay un prog... el programa marco de alimentación y actividad física es un programa que se llama PAS, ¿lo conoces no el PAS?

I: Sí

E: Pues el PAS tiene diferentes elementos ¿no? un elemento que tiene es el AMED, el AMED es... alimentación mediterránea quiere decir ¿no? entonces es potenciar que, eeh... la gente, que come fuera de casa, y que come menús. Se le dé un menú, siguiendo una serie de pautas no? Siguiendo la alimentación mediterránea. Entonces esto se quiere instaurar en los centros laborales ¿no? la gente se queda a comer... Yo quiero hacerlo aquí ¿no? a ver si lo conseguimos. Pues bueno, pues, esto es porque haya esta franja de tal ¿no? Y tú sabes que tendrás una alimentación saludable. Y además el AMED después va ligado con que, cuando sales de comer, te encuentras un... un prospecto con una ruta saludable que puedes hacer, y unos consejos.

(F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)

ccxcxii "Pero yo pienso que quizás es la franja menos... se supone que si se ha hecho un trabajo en la juventud" (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)

ccxcxiii "Se trabaja mucho en inmigración, población más deprimidas (...) no sé de... las mujeres menopáusicas, pues también podría ser otro grupo con una característica no de... de como trabajar que tengan pues un... un futuro más saludable ¿no?" (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 18)

ccxcxiv "A ver, de momento estamos con las necesidades de los padres vinculadas con la salud de los hijos pero en alguna hora, (...) la segunda todavía indirectamente si en el tema como punto de contacto con los hijos" (F1/EO/Pt/NT/V Pág. 12)

ccxcv "también una idea es vale si a los niños les hacemos menús saludables entonces les haremos un taller para los abuelos o para las madres para que también cocinen o... para los padres no? Para que cocinen o sea, ya está pensado un poco todas las franjas ¿no?" (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 19)

ccxcvi "La familia aquí es fundamental aquí, ¿no? Porque sin la familia difícilmente podremos trabajar los temas de salud... al margen de la familia, ¿no? Tiene que ser la piedra angular para poder trabajar conjuntamente todo esto. Tanto temas de alimentación como en temas de afectividad. Claro, si en la familia no están bien difícilmente podremos mejorar la autoestima de nuestros chicos y chicas si en casa no tienen lo que necesitan, ¿no?" (F3/EO/E/NT/D Pág. 6)

ccxcvii "Cuando tú haces acciones de alimentación saludable en las escuelas, tienes que tener la habilidad de que tenga alguna connotación en casa, porque es que si no, estas perdido, ¿no?" (F3/O/Pt/NR/V Pág. 19)

ccxcviii“Y es un compromiso de los alumnos de que no fumarán. Y firman el compromiso no? Y sí.. transgreden este compromiso pues, bueno, lo tienen que decir y... bueno, lo tienen que decir y... es toda una historia todo un ceremonial de... de compromiso personal ¿no? Y esto está estudiado que realmente hace gracia. La otra cosa que no fumen ¿no? Pero como mínimo aquel año... Y además los padres que fuman se lo dicen... quiero decir hacen como mucho... un poco abanderados ¿no de esto?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 14)

ccxcix“hombre la promoción de salud en gente mayor yo pienso que es básica, porque si no llegamos a un punto que... mucha dependencia ¿no? mucha gente con problemas. (...)Yo tengo una teoría que, que... realmente la gente que se queda sola, son los principales candidatos a tener un alzheimer al cabo de poco tiempo. Y... esto bueno, en todo el mundo lo ves ¿no? esta gente que se ha quedado tan sola y que... Ostia son gente que ves que enseguida... ves que se cuelgan ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.17)

cd “Por ejemplo pues, están controlando que su gente mayor que vive sola, pues no coma sola ¿no? Y que realmente tengan, un grupito para comer ¿no? O buscarles puntos de encuentro. Bueno son ayudas que puedes trabajar con la gente mayor. Y les mejoras muchísimo la calidad de vida. (...)En cambio tú haces pues esto pues... Y esto los municipios tienen mucho... mucho que hacer ¿no? Tener sus espacios tener sus actividades... ¿no? Una paseada, pues mira, organizar paseadas saludables, tú, cada mañana a las 11 de la mañana, lléalos a... bueno, pues esto, a veces es poco coste no? Incluso se puede hacer con voluntarios y... y esto pienso que es un beneficio muy grande ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 17)

cdi “E: Hombre, acciones quizás hay pueblos que lo que se hace es que desde la cocina de la escuela pues se lleva la comida me parece que es sólo, abuelos o abuelas que viven solos. Por ejemplo, se hace esta acción, se les lleva y... y no sé...

I: Claro, ¿pero esto es con envejecimiento activo?

E: No, esto es porque no sé, que puede ser que a veces, supongo que también se ha detectado que si que hay muchos obesos pero también hay muchos desnutridos, que para cocinar para ellos sólo, pues no se cocinan, o tragan cualquier cosa” (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)

cdii“Hay ejes básicos de desigualdad como podría ser la edad, género, nivel socioeconómico, como mínimo...y la etnia (...) Todo esto condiciona mucho su salud...Por lo tanto, desde ese punto de vista al final si que se llega a unos determinados problemas de salud, pero que están condicionados por esto” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 6)

cdiii“E: Bueno yo pienso que hay temas específicos que son de las mujeres y temas específicos que son de los hombres. Claro si yo intento prevenir en salud pública en las disminuciones de los problemas de próstata es obvio

I: Está claro, esto está clarísimo

E: o de osteoporosis es obvio que le tocará a quien le toque.

I: Si

E: Los temas generales yo pienso que tocan...son transversales y tocan a todo el mundo está claro yo tampoco tengo mucho en la cabeza las estadísticas pero las estadísticas siempre te dicen que... yo que sé los cánceres que son más probables en determinados tipos... bueno evidentemente que el de mama y el de cervix en mujeres”

(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.24)

cdiv“Las mujeres menopausicas, pues también podría ser otro grupo con una característica no de... de como trabajar que tengan pues un... un futuro más saludable ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.18)

cdv“Se generaliza todo, quiero decir... yo que sé, hay tantos fumadores... bueno, sí que hacen la distinción entre tantos fumadores masculinos y tantos femeninos, pero ya está, se tiene que hacer algo con el humo, no se distingue” (F1/O/Pt/NR/F Pág.14)

cdvi“Pero claro depende, yo no creo que sea una razón precisa decir hombres y mujeres separados sino de decir cada momento dependiendo de cual sea el que nos toca o el que queremos o la política que queramos aplicar y con esto” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.24)

cdvii“Pero quizás sí que siempre se ha tenido más en cuanta los problemas de salud masculinos que femeninos, quiero decir la sociedad siempre ha sido así, ha sido machista, es machista la sociedad. Y siempre... Y quizás no se ha hecho tan de cara a hombres sino que... bueno, sí, se ha hecho de cara a hombres. Se ha generalizado siempre desgraciadamente. Si ya sociedad es machista... si hay un problema mayoritario del hombre se ha ido incidir en aquello, quizás a veces ha dado la casualidad que también era el que tenía más problemas, como no sé, el fumar o el alcohol o pues... Hay más hombres que beben que no... a pesar de que también hay” (F1/O/Pt/NR/F Pág.14)

cdviii“I: la esperanza de vida, siempre en las mujeres ha sido más alta que los hombres, pero...

E: Y tanto más, 8 o 9...

I: ¿Cómo?

E: 8 o 9 años más.

I: Sí, sí, sí. Pero claro, después te hablan de la esperanza de vida en calidad de vida y no es correlacionalmente... ¿no?

E: Sí, viven más pero viven peor.

I: Sí, y... por ejemplo esto, las enfermedades, hay enfermedades que aunque, por ejemplo el tema del tabaco, para mí es bastante... enigmático, no? Porque tú tienes una población donde tú estás aplicando la misma... digamos la misma estrategia de promoción, protección y todo lo demás en el tema del tabaco, y las mujeres aumentan su mortalidad en tabaco. Entonces, eh... la perspectiva que se genera en estos casos...

E: Esto lo tenemos muy mal todavía yo creo, porque hacemos un discurso antes se me ocurría, muy homogéneo, muy igual"

(F4/O/SP/NA/M Pág. 14)

cdix"E: que esto nos cuesta bastante más porque es mucho más conceptual y es menos palpable

I: Si

E: Ah..., un poco a lo que hemos llegado es a la historia de decir lo tenemos que introducir con todo lo que se hace, o sea cuando estás haciendo cosas de alimentación también estás mirando las diferencias de género, no estás mirando también estás trabajando para eliminar las diferencias de género"

(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)

cdx"se trabaja ...digamos en los cuatro ejes quizás sin el nombre de la igualdad de género o tal y tal, pero quizás se tendrá que hacer...tendremos que ver que....mm y lo veremos pronto en las próximas semanas" (F1/EO/SP/NA/M Pág.14)

cdxi"I: ¿y cómo?

E: Pues no cocinan sólo las chicas, no van a comprar sólo las chicas, mmm..., etc

I: Si

E: Es esto, es tener presente que todo esto globalmente es mucho más importante el hacer que no el explicar, que no el decir por lo tanto es un cambio de actitud diario,¿ eh? y total"

(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5)

cdxii"Yo creo que el género se trabaja sobre todo en la parte de.... de... afectividad y sexualidad, porque con los niños pequeños obviamente, se trabaja el respeto. El tema de género es un tema sobre todo de aceptación de la diferencia y del respecto a la diferencia, en definitiva ¿no?" (F1/EO/SP/NA/M Pág.14)

cdxiii"y que lo importante no es tanto que no lo prueben nunca, quizás lo tienen que probar y vale, quizás lo tienen que probar, pero cuando lo prueben que tengan la capacidad de decir, bueno pues esto no compensa los riesgos que yo tengo que asumir si entro en esta dinámica y por lo tanto bueno, ya está. Yo pienso que un poco es esto la idea, que es igual que en la sexualidad o en la diferencia de género al final es lo mismo, es decir en las primeras fases se trataba de esto, de trabajar, machacar la igualdad entre géneros, el impedir que haya abusos sexuales físicos o de cualquier tipo, la no dependencia, etc, etc, para qué ?, para que cuando llegue el momento de las relaciones que estén en la misma situación. Es decir, retrasar las relaciones pero no por retrasar las relaciones en un sentido digamos purista de virginidad y no no, sino simplemente por un sentido de madurez, ¿eh? de decir bueno ocho años o diez años o doce que me dicen y me agobian un poco que ya la gente empieza a tener relaciones sexuales, hostia ! quizás no, muy bien no saben que están haciendo y por lo tanto intentamos que esto también se retrase un poco pero que después hayan unos grados de libertad que conozcan los métodos que conozcan los sistemas y sobre todo que... bueno sobre todo que tampoco se transforme en un acto puramente mecánico sino que detrás de todo esto, si han aprendido bien esto de cero a doce años hay más cosas que esto y que bueno si después es un acto puramente mecánico que cada cual sabrá lo que tenga que saber, ¿me entiendes ?" (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 7)

cdxiv"A veces hay que transformarla con alguna acción concreta o definir exactamente qué quiere decir, cuando lo pones en práctica. No se trata simplemente de dar una lista al mundo local o sea (...) de decir '¡mira! Estas son cosas que hemos propuesto aquí'. Se trata de, en este momento, trasladar esto con una cosa concreta. Si no se traslada con una cosa concreta, difícilmente se hará". (F1/EO/CS/NR/M Pág. 2)

cdxv"E: Hace falta... dos reuniones. Hace falta más. ¿Sabes qué quiero decir?

(...)

E: Sí. No esto es lo que yo te he dicho que...

I: Aah tú... pues no, más o menos... Continuará...

E: Será lo mismo. Pasa que en lugar de ser un supermercado, ahora será una gran superficie.

I: Ya... Sisisisi...

E: Hemos ampliado las estanterías... sí... y ahora... visualizamos más las estanterías. (...) y tampoco la gente... no cogerá el aceite de oliva virgen..."(F2/EO/Pt/NR/B Pág.29)

cdxvi“la parte esta de operativización es la más importante. Si tú tienes un Volvo con diseño, muy buen diseño de todo y esto acaba viéndolo en un trozo de papel y se lo das y le dices, aquí tienes, ya puede hacer, esto puede acabar en nada, puede acabar en que alguien muy interesado haga y se haga algo en algún lugar y en otro se haga de otra manera, en otro un trocito pequeño y en otro no se haga nada” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 3)

cdxvii“yo creo que ha servido de mucho, para ver... primero para conocer, y después para ver qué hace cada uno, ¿no? Y esto yo creo que hay una base de datos todo hecho, con unas fichas, con unos de aquello. O sea se ha hecho mucho trabajo, lo que pasa que ahora, este trabajo se tiene que continuar. Yo entiendo, quiero decir se tiene que decir: Escucha, de todo esto que se ha detectado, qué es lo que elegimos, y qué es lo que hacemos, ¿no?”(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 2)

cdxviii“o ponerlos con los objetivos del contrato, porque si no, si no se tienen en cuenta estas acciones a veces algunas no se podrán hacer” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 2)

cdxix“También qué objetivos tiene, qué contenidos tiene, e incluso un poco casi como se hace el... el... cerca... a qué población va dirigida... Y esto no soy yo que lo tenga que mirar, esto lo tendría que mirar un equipo de expertos en promoción para ver si esto está adecuado, y, si esto responde a las competencias que hemos dicho que enseñarían esta gente” (F1/EO/CS/NR/M Pág.9)

cdxx“hay muchos lugares que dicen que depende como tú enfocas el tema drogas es más contraproducente que ayudar” (F1/EO/CS/NR/M Pág. 11).

cdxxi“de intentar hacer una ficha para que se dijera exactamente qué toca, es un paso más, pero este paso más se tiene que traducir en poder ir con el proveedor a hacerlo y el proveedor lo tiene que saber, no sólo el proveedor lo tiene que hacer, sino también los responsables, porque tiene que dar tiempo al proveedor para hacer las cosas (...) hay que haber una identificación clara de quién hace qué, como lo hace y qué problemas hay para hacerlo. Y esto es una parte que todavía forma parte de la planificación” (F2/EO/CS/NR/M Pág. 3-4)

cdxxii“El otro valor que para nosotros es muy importante es la sostenibilidad de las intervenciones. (...)Necesita que aquella persona pague, necesita que aquella persona salga de su entorno, necesita que tenga una hora de tiempo los días de la semana que yo le digo...1 hora y media o 2 horas...porque entre que vas, te duchas, entre todo, son dos horas”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)

cdxxiii“Subir por las escaleras es una intervención enormemente sostenible, en el sentido que siempre tienes escaleras...está obligado por ley...Tienes que tener escaleras a pesar de que los edificios de hoy en día priorizan el ascensor...que es una de las intervenciones que tenemos que hablar en otros departamentos para que sean más visibles las escaleras. Y sobre esto, es sostenible porque tú puedes siempre sacar tres minutos para subir por las escaleras...porque nosotros no queremos que nadie suba 7 minutos seguido las escaleras...queremos que suban cómo máximo 3 plantas porque más de tres plantas tienes que estar entrenado...”(F4/O/Pm/NA/M Pág. 11)

cdxxiv“Tiene que ser una cosa que sea asumible, que la puedas tener en tu día y que no requiera tiempo...que lo tengas en cualquier lugar. Cuando vas a casa puedes subir por las escaleras, cuando estás aquí puedes subir por las escaleras. Nuestra recomendación es acumular 30 minutos de actividad física durante el día. Que puede ser 3 minutos de subir por las escaleras, 3 minutos de ir andando a la parada del autobús, lo que sea y 3 minutos de ir a comprar el pan cada día...porque está muy bien ir a la tienda de proximidad a comprar el pan porque favoreces el tejido social del barrio, porque tiene otras cosas y porque además, pues, quiero decir que tiene otros contenidos” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 11).

cdxxv[sobre las campañas] “por un momento determinado o por un sector determinado puede hacer ser útil. Yo que se me imagino que la primera vez que apareció como hecho real el SIDA pues se tuvo que hacer... tuvo que hacer corriendo campañas informativas porque la población era la primera vez que oía hablar, no? Entonces no podemos esperar hacer una acción continuada por tiiiiiraas de primaria oo de infantil aog... esperar que poco a poco los vayamos informando. Tendremos que hacer acciones puntuales, rápidas, y que lleguen a toda la población. Esto es evidente que tendrán que existir algún tipo de acciones puntuales” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 10)

cdxxvi“E2: (...) las campañas está claro que si no hay nada más dura los días que dura por la tele la novedad, no sé si me explico

I: claro, si

E2: aquello, 'el humo es fatal' va de narices que tú hagas una campaña el humo es fatal si además de trabajar con el humo es fatal, estás trabajando en el equipo de primaria en un protocolo de tabaco, estás trabajando en las escuelas con no sé qué, estás trabajando, si tú sólo haces una campaña 'el humo es fatal' y no haces lo otro, probablemente el impacto que tú tendrás será muy pequeño” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 19-20)

cdxxvii“Pero a ver, pasarán dos meses y el tercer mes ya lo tendremos tan interiorizado que aquello ya no lo veremos, quiero decir ya no lo veremos. O me cambian los colores, o me cambian las letras, o me lo hacen de otro modo, pero aquello será cómo si no estuviera” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12).

cdxxviii“esto es una táctica también tú no puedes dejar mucho tiempo aquello allá. Tú tienes que cambiarlo. Lo tienes que cambiar de lugar y tienes que dar un elemento más de sorpresa. Claro si no... forma parte del mobiliario. Esto también está... está estudiado” (F2/EO/Pt/NR/B Pág. 14)

cdxxix“E: Si a ver, yo en estos programas...aquello que haya continuidad... la revisión de menús, pero ya me dirás, la revisión de menús la haces hoy y hasta después de tres años no la evalúas.

I: ¿Ah no? ¡Yo no lo sabía esto!

E: Sí, sí, hasta después de tres años no vuelves a... es que está claro, es que tenemos otros trabajos aquí para hacer durante tres años casi, haces la evaluación cada año. Está claro, es esto, los niños comen cada día” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12)

cdxxxE: (...) Hay una serie de restaurantes de la provincia de Girona, ¿qué hice yo? Dije a los inspectores, a los que ya van, 'Miradme a ver si cumplen la ley del tabaco i de esto'. Pues no, hay más de cien y tienen zona para fumadores y zona para no fumadores. Claro, en teoría según esta red tendría que ser todo... Incongruencias así que sí, muy guapo poder respirar, pero si comparáramos aquí estos requerimientos, qué seguimiento se hace, igual que lo del AMED, el AMED es muy bonito al inicio que te lo dan, pero después...

I: ¿Y si tú te das cuenta de esto puedes hacer algo?

E: Sí, sí, lo hablé con el ST le envié el acta y de esto, y me dijo que haría algo. Pero claro...

I: ¿Y se hace, después?

E: La verdad, la experiencia que tengo es que no se hace... no se acaba haciendo nada. Porque esto en cosas de protección ha pasado, porque desde aquí se autorizaban laboratorios, nosotros encontrábamos incongruencias, las recogíamos y al cabo de... lo enviábamos, que lo habéis utilizado esto vosotros y pasa esto. (F1/O/Pt/NR/F Pág. 12).

cdxxxi“el ámbito familiar y el ámbito escolar, son dos ámbitos muy y muy importantes, y donde se da la mayor parte de la educación” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 8)

cdxxxii“la escuela sola siempre se siente digamos, aaaa un poco mmmanipulada por salud, o sea claro, aaa escucha los médicos, las enfermeras, las comadronas sólo piensan con la escuela a la hora de hacer promoción de la salud , ¿no? y esto tienen un poco de razón también, entonces decimos , vamos a hacer una cosa compartida donde todos participemos y donde todos opinamos de cada uno de las partes, entiendes?” (F1/EO/SP/NA/M Pág. 13)

cdxxxiii“sienten que todo el mundo quiere revertir en la escuela cualquier idea que tengan, o sea cualquier idea de educación viaria, los mossos [Policía de la Generalitat de Catalunya], hasta... o la policía local, yo que te vengo a decir, hasta a, hasta aaa primeros auxilios la Cruz Roja, hasta, todo el mundo quiere incidir en las escuelas” (F2/EO/E/NR/D Pág. 3)

cdxxxiv“E: (...) el ejercicio físico, aquí nos aparece un problema, el ejercicio físico es una asignatura reglada, ya está en el currículum y por lo tanto ¿qué tenemos que ir a decir nosotros de ejercicio físico? Claro yo cuando los tuve delante y vi que todos eran profesores dije ¿“hostia que hacemos nosotros aquí?”

I: Claro.

E: “Usted ya sabe de hacer esto” (F3/EO/Pt/NT/MI Pág. 2)

cdxxxv“las maestras de, de tiempos inmemoriales han tratado temas de salud porque es obligación, están en el currículum” (F2/EO/E/NR/D Pág. 2)

cdxxxvi“porque también tenemos que entender que el tema de salud, de la salud es un tema que está mucho con los objetivos del curricular, quiero decir que a ver, no es que ahora... también tenemos que tener claro que no es que ahora la escuela empezará a hacer salud, sino que ahora dentro de los programas y los objetivos y las competencias que tienen que lograr desde la etapa de 3 años o de... sí, de 3 hasta 16 años ya hay objetivos en salud” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 3)

cdxxxvii“I: por ejemplo ¿en el currículum tiene incorporado los temas de hábitos saludables?

E: Si

I: Y alimentación también se toca?

E: También, también lo que pasa es que el nivel es un nivel muy diferente o sea cuando tú tienes una asignatura reglada tienes una asignatura reglada y haces aquello, cuando tú tienes incorporado en el currículum determinados aspectos los haces si tú que eres la tutora de estos niños tienes formación y ganas y esto te gusta lo haces, si no tienes tanta formación porque vienes del mundo matemático o del mundo del inglés o es igual esto va quedando en un segundo nivel” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)

cdxxxviii“claro lo que se trata en todo el proyecto, entiendo yo, es de que haya una cierta homogeneidad independientemente que si tú eres de inglés o eres de castellano o eres de matemáticas o eres de ciencias que haya una línea de continuidad en relación en los temas de salud. Esto quiere decir un poco esto que hemos intentado hacer en esta segunda vuelta del proyecto que se marca unas pautas de las cuales déjame dicho muy mal dicho, “te tendrás que evaluar en el momento que logres...en el momento ..., digamos en la edad que tendrás que lograr esta competencia” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 4)

cdxxxix“quiero decir que un maestro no es que tenga que explicar de sexualidad, no es que tenga que explicar la alimentación o no sé qué, sino que esto ya está, lo único es que nosotros desde la acción esta lo que queremos es dar recursos, y queremos facilitar porque estas competencias que ya tienen que lograr en el currículum pues se puedan lograr con mucha más garantía y con mucha más facilidad, no? Y dar también apoyo a los enseñantes para que esto se pueda hacer con más buena...bueno, que podamos lograr... en definitiva, que se puedan lograr estas competencias” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.3)

cdxl“hay que haber unos mínimos y lo que intentamos en esta segunda visión es marcar los mínimos que se tenían que cumplir que este los tendrían que cumplir todo el mundo” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5).

cdxli“y después hay como unos peldaños superiores que es para la nota. Hay una escuela que está muy enrollada, que está muy interesada, que es muy activa que está no sé qué, bueno, escúchame, que tire más hay actividades para tirar más y para ir más lejos de esto, oh, es que sólo son enrollados en alimentación, pues que tiren sólo en alimentación, oh es que son enrollados en todo, pues que tiren de todo, ¿Vale ?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 5).

cdxlii“entonces resulta que tú puedes continuar haciendo acciones de promoción de la salud en el mundo universitario, estás en cierto modo cerrando un ciclo. Por ejemplo cuando hacemos cursos de formación en la universidad para enseñar a cocinar a los alumnos que se acaban de independizar en pisos y que no saben cocinar. Bueno pues aquí incorporar como hacer una dieta saludable y como cocinar bien los menús y tal pues es una iniciativa para cerrar el círculo, yo creo que al final cuando hemos sabido salir, esto se compra. Cuando son... cuando son iniciativas que afectan a la población en general como por ejemplo estas ¿no?” (F3/O/Pt/NR/V Pág.19)

cdxliii“no todo se acaba en la escuela. La promoción de la salud no se acaba en la escuela. Ni mucho menos no? Y los jóvenes los tenemos en otros muchos lugares y... los mayores también, no sé cómo decirlo ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.27)

cdxliv“nosotros ahora hemos hecho un trabajo que es llama 'escuela saludable', pero en realidad lo que queremos es tener una configuración de ciudades saludables” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág. 3)

cdxlv“también estamos haciendo todo el tema de ciudad educadora, y en el fondo la escuela saludable forma parte de un objeto dentro del que es este objetivo más ambicioso de ciudad educadora, de decir que la educación de la gente... bueno, que la educación es un proceso que se produce a lo largo de la vida, por lo tanto no es sólo al nivel de la época escolar, de los 0 hasta los 18, sino que la educación se produce toda la vida de un ser, por lo tanto es un proceso que se produce en todas las edades, y además tenemos claro que la responsabilidad de la educación no pasa sólo por los padres y por los maestros, sobrepasa el que es el ámbito familiar y el que es el ámbito escolar. (...) la ciudad es donde hay las oportunidades educativas, y que además la ciudad, las instituciones, los ciudadanos individualmente, las instituciones y las administraciones se tienen que hacer responsables, tienen que ser conscientes que la ciudad educa, ellos educan como individuos, como entidades (una entidad deportiva, una entidad de ocio, una entidad de cultura, etc.) y la administración el ayuntamiento, el que sea, los mossos, la policía, también son agentes educadores, por lo tanto tienen que educar, y por lo tanto con esta visión tanto transversal de la educación y de dado que la educación es el centro, pues es también donde podríamos poner el tema de salud pública” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág. 7)

cdxlvi“la transversalidad, que el niño el joven mm.. encuentre el mito.. mas.. mismo mensaje en todo su .. el máximo homogéneo posible, no? Sería la familia le din.. dan las mismas pautas, que en la escuela... //mm// etc., bueno, puede ser un poco aburrido, pero //mm, si// a lo mejor sería algo más eficaz. //si//, ¿no?”(F1/EO/SP/NA/M Pág.10)

cdxlvii“Nosotros intentamos continuar... saber... Lo que nos ha cambiado es la zona educativa. Si hubiéramos tenido la de zona educativa nos permitía una cobertura más segura... nos permitía que la cobertura comarcal fuera más segura, vale? Yo no digo al haber desaparecido la zona educativa la comarca quede fuera” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.7)

cdxlviii“quizás este 2011 será un año que no habremos... lo habremos perdido un poco por la situación global. Este año no será tan culpa nuestra de no haber estado preparados sino de la situación que nos encontramos, ¿eh?(...), las personas son personas que tienen... hay cosas que hay hábitos y cosas y que no nos tendrían que afectar, ya nos lo

dirán, pero sí que afecta el... el trabajo” (F3/EO/SPiE/NT/NS Pág.9)

cdxlx“E: Nosotros tenemos una quimera ... que es esta de que todo el mundo esté sano y sea //feliz //y tal

I: //sí//

E: y trabajando para conseguirla. Pero es que tampoco sabemos demasiado ..aaa....(ríe) cómo irá todo esto, no? Nosotros pensamos que...bueno...que si uno sabe...las cosas que le convienen puede estar mejor...y...no...tener que ... yo que sé, una sociedad obviamente que ...mmm... hasta hace pocos años el tabaco era como una cosa bien vista pues ya se ve que no es positivo! Por lo tanto nosotros tenemos que ayudar a que los niños valoren las cosas que son...aaa... útiles para su desarrollo de una forma más positiva que las cosas que no son útiles no? Por ejemplo, yo que sé , los azúcares hubo muchos años, ya hablo de muy pasado, que las madres, el chupete el

I: ah sí?

E: lo metían con azúcar¿ no? Para que callara el niño, se lo daban. Claro ahora la población su cultura ya ha llegado a entender que...el azúcar refinado se tiene que ir con cuidado, no es demasiado bueno,etc etc, (...) yo creo que la humanidad va hacia un camino .... de cada vez aaa como decía el Rouso Marc, de victoria en victoria esta la derrota final. No?

I: Sí, si si

E: que es cuando desaparecerá la tierra bum!”

(F1/EO/SP/NA/M Pág.12)

cdli “Tienes que saber, tienes que saber hacer y tienes que querer hacerlo en un entorno que te ayude a hacerlo ” (F4/O/Pm/NA/M Pág. 17)

cdlii“se tiene que utilizar los medios...más eficientes para conseguir que todo lo que es una información que en realidad no es información sino que es desinformación que tienen los jóvenes, pues les llegue cuál es la información real” (F2/EO/V/NR/M Pág.6)

cdlii“nosotros tenemos que ayudar a que la gente sepa qué tiene que hacer...que la mayoría sabe que no tiene que fumar, por ejemplo...la mayoría sabe que el alcohol no es demasiado bueno para nada, no? Pero quiero decir...pero hay cosas que no se saben tanto porque, a veces, la gente piensa...bueno, el tabaco está mal pero un cigarrillo al día no está tan mal...porque total un cigarrillo...O, o...tomarse una copa de vino o lo que sea el fin de semana tampoco está mal. Entonces, quiero decir...mmm...a veces, sí que se sabe qué pero; a veces, no se sabe del todo tal qué”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16).

cdliii“¿cómo poder cocinar una cocina saludable que no sea sólo plancha? La gente tiene que saber que nosotros cuando hablamos de alimentación saludable no hablamos sólo de comer a la plancha...que puedes ser muy variado y que puede ser muy diferente...y que un frito a veces tampoco está mal si está bien frito...con el aceite adecuado, la temperatura adecuada y todo esto”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)

cdlivE: (...) los cuatro ejes básicos para la promoción de la salud de la población. ... Como nos relacionamos, como comemos y como nos movemos, un poco, ¿no?

I: Mm

E: Bueno, y que consumimos. (F1/EO/SP/NA/M Pág.5)

cdlv“El problema, muchas veces, es en el cómo para alguna gente...es decir, ¿como puedo hacer actividad física si no puedo ir al gimnasio 3 veces por semana? Por lo tanto, por eso nuestros mensajes van mucho en decir: ¡no! Tienes que acumular 30 minutos y puedes ser...pues esto...bajándote una parada antes del bus...ehhh...subiendo más las escaleras, haciendo...yo que sé, lo que tengas que hacer en casa...regar plantas...lo lo que sea más más...mejor para ti. Pero puedes acumularlo...por lo tanto, esto iría a saber cómo”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.16)

cdlvi“yo insisto mucho y aún el otro día alguno me traía un folleto...era de fuera de aquí, que decía 'folleto saludable: no fumes, no tomes el sol...' Y yo decía: '¡Hombre no, esto es imposible...no!'”. (F4/O/Pm/NA/M Pág. 16)

cdlvii“‘No un día no pasa nada’, no un día no pasa absolutamente nada, pero un día detrás del otro es cuando empieza a pasar” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.15)

cdlviii“lo importante que tiene que saber un niño de cero a seis años es eh... ser capaz de probarlo todo; de seis a doce tiene que ser capaz de poder entender que la dieta es una cosa variada que no se puede comer siempre pasta, etc. etc, y a dieciséis tiene que saber pues comprar, cocinar” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.2)

cdlix“en promoción que es hacer cambios de actuación o cambios de, de la, de, cambios con las personas de alguna forma, estamos intentando que cambien sus estilos de vida de alguna forma y esto requiere a veces una metodología muy concreta, y hay que ver si se está haciendo, aun así” (F2/EO/CS/NR/M Pág.2)



cdlx“También pues pueden saber, como hacer un menú saludable no? Por ejemplo, eeh... una cosa que queremos hacer en la universidad que encuentro que está muy bien es hacer unos talleres para los chavales que empiezan primero, que se han emancipado y han ido a vivir en un piso, primero y segundo ¿no? Claro, eeh... ¿Qué acaban haciendo? Hamburguesa el congelado el no sé qué... y mi hijo se come palomitas ¿no? porque no tiene otros recursos. Pues les enseñas a hacer, con poco tiempo y con pocos recursos pues... yo que sé pues una ensalada divertida no? o una tortilla no sé, pues... bueno pues todo esto va... va calando ¿no? seguramente... pues en lugar de ir al McDonald's pues igual... no sé...” (F2/EO/Pt/NR/B Pág.15)

cdlxi“Quiero decir, tarde o temprano el individuo tendrá... tendrá... se le presentará una opción y él tendrá que decidir, ¿vale? Cuantos más argumentos tenga para decir que no, pues mejor, lo que se le tiene que hacer es pues potenciar estos argumentos porque cuando sea el momento que le toque decidir pues tenga todos los conocimientos para poder decir que no”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.3)

cdlxii“la promoción de salud que es total [no se entiende una palabra]la máxima capacidad para gestionar su salud, eeh.. ser lo máximo feliz posible, etc, etc, etc. no? Y se supone que esto le dará una larga vida yy.. yy bueno, y si, si además agradable, mejor. Pero, después, por eso le damos conocimientos, hábitos y actitudes positivas ante la salud”... (F1/EO/SP/NA/M Pág. 9)

cdlxiii“pues les llegue cuál es la información real porque todos sabemos que en una primera relación pues puedes quedar embarazada y que esto una vez informados pues lo interioricen, no sea una cosa que , ay si, no, o sea lo tengan tan interiorizado que sea parte de su conocimiento” (F2/EO/V/NR/M Pág.6)

cdlxiv“dejar de fumar a lo mejor ahora es una liberación”. (F4/O/SP/NA/M Pág.15)

cdlxv“Quiero decir, mensajes negativos o positivos, por ejemplo, una cosa es decir drogas no, y la otra decir mira, sí... es que si tomas drogas no podrás hacer esto, no podrás hacer lo otro o... te costará más esto, te costará más aprender conocimientos” (F1/O/Pt/NR/F Pág.2)

cdlxvi“Por lo tanto, lo que está de moda en este mini grupo es fumar. Y, entonces, es esta cosa de utilizarlo al revés...lo que sabemos que está condicionando que la gente fume” (F4/O/Pm/NA/M Pág.12)

cdlxvii“Quiero decir que es este saber qué...el saber cómo hacerlo y, después, querer hacerlo. Y para querer hacerlo, necesitamos todos estos factores. Cuando yo te decía lo 'Clase sin Humo', intenta poner de moda esto porque la gente sabe que no tiene que fumar pero si la manera de entrar en un grupo es que todos los líderes fuman...ya lo puedes saber pero si todos los líderes fuman pues tú fumarás...porque tú te quieres parecer a aquel que tiene todas las, si es un chico, que tiene a todas las chicas alrededor o al revés, ¿no? Entonces, hay estos elementos de...de entorno...este elemento de facilitador que te decía antes en los que tenemos que trabajar...Que la gente quiera hacerlo” (F4/O/Pm/NA/M Pág.16)

cdlxviii“Nosotros estamos a manejar la jardinería aquí en la ciudad, ¿no?, la jardinería en la ciudad no la ves hasta después de diez años de haber plantado ese árbol. El vigor de ese árbol o el que tú pensabas, si es que has pensado que esta es la otra, ¿eh?, si es que has pensado que aquello tenía un sentido que aquello tenía una realidad y tal no lo ves hasta después de un cierto tiempo. Aquí estamos hablando de lo mismo, de los frutos de una mejor educación en alimentación, los frutos de un logro de unas competencias, de unos objetivos claros y definidos en relaciones entre las personas y tal, no lo verás de un año para el otro, de ninguna forma, esto lo verás cuando los individuos lleguen a adultos y cuando los individuos estos que ahora son niños tengan mejores competencias en alimentación que los que tenemos nosotros o los que teníamos nuestros padres es probable que en sus hijos transmitan unos conocimientos sobre la nutrición y por lo tanto que la sociedad vaya avanzando” (F1/EO/Pt/NT/MA Pág.13)

cdlxix“E: Ahora todo esto es un problema de ir sembrando, eh? Las semillas, siembran y después se recogen en el tiempo, eh?

I: Sí, cuesta.

E: es lo que tienen estos procesos de crecimiento. Y este es un proceso de crecimiento lento, porque no podemos... no son los resultados inmediatos, trabajar con esto no quiere decir que la gente coma bien mañana, que no se drogue, que no sé qué, ¿eh? (F3/EO/SPIE/NT/NS Pág.7)

cdlxx“E: (...) son procesos muy largos [sube ligeramente la voz] , quiero decir que cuando empiezas esto no ves los frutos hasta después de mucho tiempo, y esto también dificulta un poco... eh... todo el proceso de que la gente se lo crea se implique, y

I: Vale

E: Pero bueno, yo creo que es mancha de aceite ,ir haciendo y dará sus frutos, seguro si esto sale adelante” (F3/EO/E/NT/D Pág. 9)

cdlxxi“*Así es la promoción: es facilitar. Y fíjate que veían en la definición de Ottawa, capacitar a los individuos de la comunidad porque ellos son los responsables de su salud. Pero nosotros facilitamos, lo tenemos que hacer fácil...pero los protagonistas son ellos. Que esto no quiere decir que sean decisiones individuales y que las tengan que hacer solos. ¡No! La sociedad tiene que facilitar la promoción de la salud global. Y yo entiendo que el punto de vista de los determinados, es mi punto de vista*” (F4/O/Pm/NA/M Pág.8).

cdlxxii“*I: [sobre el abordaje de la promoción de la salud] a los 3 niveles, Yo creo que lo que tenemos que hacer es mirar de dar un mensaje una estrategia de intervención con la que pueda contemplarlo todo, ¿no? Yo doy un consejo que interpele a la persona respeto lo que hace, miraría algo relacionada con el ámbito más social o más comunitario y después otra que miraría sobre el determinante, sobre las causas de las causas casi, ¿no?*

*E: Sí.*

*I: Claro, si a una persona le digo: escucha no, bebas alcohol, le estoy dando un consejo, o sería mejor por tu salud que no bebieras eh... estoy haciendo una intervención sobre este, pero a la vez igual podría dar un mensaje global de decir una sociedad que consume menos alcohol a lo mejor está... está más bien pero a lo mejor después ya tendría que actuar sobre los factores que hacen que aquellas personas beban con exceso, ¿no?” (F4/O/SP/NA/M Pág.6)*

cdlxxiii“*Por lo tanto, el individuo está en el centro y tiene un papel de decisión que nunca lo tiene que perder. Y lo que tenemos que ayudar es que cada vez tenga más capacidad de decisión pero tenemos que hacer que todas las condiciones en las que vive, en las que trabaja...todos los determinantes estructurales de nivel socioeconómico...el sacar la situación de crisis, de paro, etcétera...todo esto va en contra de la salud por lo tanto tenemos que ayudar que la sociedad sea una sociedad que genere salud*”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.8).

cdlxxiv“*E: pocoo ... de un programa de mínimos reglado y que todo el mundo haría lo mismo*

*I: Si*

*E: Obviamente adecuado al territorio. Pero adecuado al territorio, no quiere decir que no se hagan los cuatro ejes. Quiere decir que tú, tienes un menú, ¿eh? El menú del día, no te dejan escoger eeh.. digamos la, las cosas que hay al menú las tienes que hacer todas*

*I: Mm*

*E: Podemos hacer un primero, un segundo y un postre, entonces lo que pasa que podemos comer más o menos de cada cosa, por lo tanto no te obligarán a comerte todo el plato*

*I: Claro*

*E: Pero las cosas básicas se tendrían que hacer” (F1/EO/SP/NA/M Pág.5)*

cdlxxv“*Por ejemplo ahora hay un proyecto muy chulo también de drogas que se llama eeh... Night School Que es que el centro del ocio nocturno de las discotecas apliquen una serie de... de puntos a la oferta que hacen, de calidad ¿no? (...)Claro, si no trabajas esto, eeh, por ejemplo no? tenemos un problema en las ferias de Girona que son de aquí poco, que los chavales de doce años, todo cogen la primera borrachera allí. Porqu... Porque todo el mundo les sirve cubatas con red... bueno red bull con vodka quiero decir unas cosas que dices ostia! Si, ya puedes poner un policía allí, bueno... entonces yo pienso que es un poco convencer ¿no?” (F2/EO/Pt/NR/B\*Pág.15).*

cdlxxvi“*cuando nosotros hablamos de promoción de la salud, tiene mucho que ver la equidad, no? El que las personas, las comunidades puedan desarrollar al máximo en su potencial de salud. Pero esto implica, por un lado, el que a veces, según las situaciones, según las personas, según las comunidades tenemos que hacer un abordaje diferente para llegar al mismo...o a diferente...llegar cada cual a su potencial...pero necesariamente haciendo abordajes que tienen en cuenta la situación de vulnerabilidad en que puedes estar una persona o grupo determinado” (F4/O/Pm/NA/M Pág1)*

cdlxxvii“*porque aquí lo que estamos haciendo nosotros de alguna manera es intentar cambiar el modelo, intentar cambiar los hábitos a la gente” (F3/EO/Pt/NT/MI Pág.12)*

cdlxxviii“*personas en grupos, en comunidad, capaces de tomar decisiones saludables en un entorno que facilite estas decisiones. A ver, los que hacemos promoción de la salud, lo que tenemos que hacer es trabajar para la comunidad, formar parte de la comunidad, ser un entorno más...no un entorno, un agente en la comunidad que haga que la propia comunidad, de alguna manera, crezca, crezca, no? Y que sea ella la que sea responsable. Pero nuestro papel es que esto sea fácil, que esto sea posible, que esto sea de la mejor manera” (F4/O/Pm/NA/M Pág.1)*

cdlxxix“*Trabajar sobre los activos de la comunidad...Es decir, lo que tiene de positivo, lo que té de potencialidad...y no tanto sobre las necesidades y lo que es negativo, sino vamos a construir sobre aquellas cosas sobre en las que una comunidad es fuerte...o puede ser fuerte...o quiere ser fuerte. Es decir que no es un enfoque negativo porque no tiene sentido hablar de promoción de la salud y después hablar sólo de lo que es negativo, de los problemas de salud, de las necesidades, de lo que no conseguimos...Sino que tiene sentido construir de la parte más positiva y a partir de las capacidades y a partir de la propia gente, siendo sólo un agente más” (F4/O/Pm/NA/M Pág.1)*

cdlxxx“La Ley de Barrios y la Salud en los Barrios...Ley de Barrios es una iniciativa, en su día, del Departamento de Política Territorial y Obras Públicas...y entonces, se dice: ¡Oye! ¿no estamos hablando de determinados de salud? ¿No estamos hablando de condiciones de vida que generan un estado de salud o no? (...) si vamos a cambiar el determinante...vamos a poner, en este momento, la visión de salud...Y vamos a salir fuera del entorno del Departamento y a trabajar conjuntamente con el Ayuntamiento. ¿Y qué hacemos? ¿Lo hacemos todo directamente desde aquí y hacemos un programa vertical que llegue a todos los lugares igual? ¡No oye! Vamos a hacer que en cada barrio se reúna un equipo, que es un equipo local...un equipo motor, un equipo local...que luego hace una técnica cualitativa de un grupo nominal...Y que a partir del grupo nominal, se deciden cuáles son sus prioridades locales de intervención en el territorio concreto... (...) un proyecto hecho en el territorio por el grupo de gente que cada día trabaja en este territorio.”(F4/O/Pm/NA/M Pág.4)

cdlxxxí“E: yo creo que el... la responsabilidad de... de educar la de impartir de esto, es en las instituciones o sea... la responsabilidad está en las escuelas, de... de... de... de los médicos, de todo esto no... no es la respon... no sé si es su responsabilidad también. (...) Tú les tienes que ofrecer. Si lo cogen o no lo cogen esto ya es una otra historia, o si lo quieren o no lo quieren es otro problema no? Entonces ofrecerlo yo creo que si que es responsabilidad mm... de este lado no de ellos ¿no? (...)

I:Y finalmente, entonces tú crees que la responsabilidad de la salud en la población es de... de a nivel gubernamental, de a nivel del Estado.

E: mmm... bueno, yo no sé si es sólo de aquello yo creo que... como mínimo es compartida. Pero sí... A ver al menos eeh... quién tiene que pensar, quién tiene que insistir quién de esto sí... La otra cosa es que a los otros no les hagan caso después no? O no quieran participar, pero al menos intentarlo... ¿no? porque no? No lo sé...”

(F2/CD/CS/NR/M (a) Pág. 10)

cdlxxxii“I: ¿Quién tiene la responsabilidad en salud pública? ¿Quién es responsable de la salud pública?

E2: [risas] ¿dónde?

E1: todos un poco, yo entiendo

I: en general

E2: en general todos un poco, pero normalmente, siempre es bueno que haya alguien que tenga la voz del departamento de alguna forma en este caso yo entiendo que la persona que tiene que tener el liderazgo de salud pública será al que le toque, yo pienso que a ella, es lo lógico será la persona que lleve el cargo de alguna forma de responsable de agencia de salud pública. De todas formas te tengo que decir que yo pienso que tengo la sensación de que la salud pública es una cosa muy amplia y todo el mundo tiene su parte de responsabilidad, no sé si me explico. Es bueno, evidentemente, que haya una estructura organizativa, sin una estructura organizativa esto puede ser un, un quirigay” (F1/EO/PtiCS/NR/B y M (2) Pág. 15)

cdlxxxiii“tú tienes la libertad, tú tienes que poder elegir, tú tienes que ser autónomo tienes que ser responsable tienes que asumir tus esto, ¿vale?” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 6)

cdlxxxiv“pienso que si acabo dentro de una sociedad mucho más madura desde un punto de vista de capacidad de pensar, de capacidad de razonar... y una cosa que yo digo muy a menudo y que además me gusta mucho decir que es decir: ‘yo estoy harto de que me traten como adolescente irresponsable, yo soy adulto y me he hecho mayor y quiero ser responsable de los míos’.”(F3/EO/Pt/NT/MI Pág. 13)

cdlxxxv“me están explicando unas cosas a veces que dices, ostia! 'Escucha yo ya pienso yo ya sé lo que me está diciendo usted'”(F3/EO/Pt/NT/MA Pág. 13)

cdlxxxvi“Es decir, si una mujer no puede dar el pecho o no quiere dar el pecho a su hijo o a su hija...está perfectamente informada de cómo hacerlo y no es porque le haga daño los primeros días ni nada sino porque es una decisión consciente o es una decisión motivada por su salud...la respetamos. Y siempre tiene que ser desde el marco del respeto.”(F4/O/Pm/NA/M Pág.17)

cdlxxxvii“siempre hay ejes básicos de desigualdad como podría ser la edad, género, nivel socioeconómico, como mínimo...y la etnia...Segundo si cómo, porque si tú sacas una persona de su entorno y la colocas aquí, sólo lleva dos años y está solo porque no se ha producido reagrupación familiar y todas estas cosas...Todo esto condiciona mucho su salud”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.6)

cdlxxxviii“Soy libre y fumo porque quiero” (F2/O/SP/NA/M Pág.15)

cdlxxxix“Es decir, que si a pesar de todas las cosas que se hacen, una persona que tiene una obesidad mórbida...nosotros la ayudaremos...porque estamos allí para ayudarle al máximo. Porque hay muchos determinantes...es decir, el que una persona hoy en día sea una persona obesa, hay tantos factores que influyen...desde factores genéticos que juegan un papel pequeño pero juegan...con miles de otros factores como el lugar donde vive, como vive, qué vió de pequeño, que factores emocionales tiene implicados en el valor que le da a

la comida...Todo una serie de cosas de forma que nunca, nunca, nunca culpabilizar a la persona. Culpabilizar a la víctima desde un punto de vista de sociedad...de determinados sociales de la salud. Si tú le pones la culpa a la persona, estás culpabilizando a la víctima que puede ser en algún punto de vista...su situación de salud puede estar determinada por el lugar donde vive, por sus condiciones”. (F4/O/Pm/NA/M Pág.18)

cdxc“E: Hombre, yo creo más en los sistemas así europeos, que dijéramos que el nivel básico está garantizado, ¿vale? Después si algo... siempre tienes la opción pues de...de ir...es decir, quién te cubre a un nivel te tienes que esperar si te quieres operar de algo, pero tarde o temprano te lo harán, te cubre a un nivel básico, después si quieres ir a un médico mejor o con una técnica mejor, pues te lo tienes que pagar tú del bolsillo.

I: Claro.

E: Pero al menos que las necesidades básicas estén cubiertas” (F1/O/Pt/NR/F Pág. 1).

cdxcii“que entienda que tu salud es una responsabilidad tuya, no es una responsabilidad de la sociedad. Ahora seré muy bestia pero claro si tú fumas durante cuarenta años estás asumiendo un riesgo lo que no se vale es cuando no se ha asumido este riesgo no se vale o no se vale del todo cuando se ha asumido este riesgo digas ‘hombre es que además usted ahora me está maltratando porque yo resulta que me tenía que operar de cáncer de pulmón y me lo están retrasando seis meses’. ‘Escuche perdone, usted lleva cuarenta años fumando, eh? Yo no le he obligado a fumar a usted’, ‘No’” (F3/EO/Pt/NT/MI Pág. 14).

cdxciii“Esto tiene un punto de vista ideológico de base. Hay gente que tiene un punto de vista que piensa que cada persona...quiero decir, puede hacer sus decisiones, que da lo mismo que vivas en Sarriá o que vivas en la Mina. Y esto nosotros no lo creemos que sea así porque vemos que tasas de obesidad infantil y otras cosas que no tienen nada que ver en un entorno que vivas o en un entorno que no vivas. En Cataluña no hay tantas diferencias pero en algunos, por ejemplo, en estudios hechos en el Reino Unido ves que si tú has nacido en Chelsea, en Londres, un barrio bien, y lo comparas con gente nacida en Liverpool o en Manchester, en barrios obreros donde se han cerrado las fábricas...puede haber hasta un decalaje de 20 años de esperanza de vida. Es decir que no puedes pensar que hay un factor genético allí...hay factores de determinantes sociales de la salud” (F4/O/Pm/NA/M Pág.18)

cdxciiii“poco es esto es un tema de responsabilidad personal. O sea nos hemos auto acostumbrado y la Administración durante estos veinte últimos años nos ha acostumbrado a pensar que todo lo que nosotros tenemos como problema es un problema que la Administración se carga y que tú no tienes ningún problema, nieva y te vendrá a limpiar la acera de tu casa, no, escúchame la acera de tu casa es tuya la acera , la nieve la tienes que sacar tú porque los Servicios Municipales sacarán la del hospital, la de las escuelas y la del ambulatorio, vale?, Por qué, por qué?, porque es así, porque tú eres suficiente capaz coge la pala y sácala tú” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.14)

cdxcv“Al final de todo es una cuestión de probabilidades. Tú puedes tener una vida muy sana, te puede pasar cualquier desgracia o no te pasa cualquier desgracia, puedes tener un cáncer en cualquier momento porque es el precio que tenemos que pagar por ser pluricelulares (...) Una vida perfectamente normal pero tienes un cierto rigor y una cierta disciplina, haces ejercicio y tienes cuidado con la alimentación y tal tal, compras muchos menos billetes de lotería” (F3/EO/Pt/NT/MA Pág.15)

cdxcvi“la promoción de lo que son los estilos de vida, va muy ligado a las modas, a la población, a otros inputs que se nos escapan de nosotros. La televisión... “(F1/EO/CS/NR/M Pág.26)

cdxcvii“A ver, lo que se quiere en promoción es incidir... hacer una actuación para incidir en el individuo, o la familia, o la sociedad, ¿vale?”. (F1/O/Pt/NR/F Pág.10)

cdxcviii“ Es como etéreo ¿no? Promocionamos salud, no? es etéreo, es decir... ¿No?” (F2/CD/CS/NR/M Pág.5)

cdxcix“Pero este... este tema, que vendría a ser una serie de acciones encaminadas a la población, les tenemos que ir dando forma concreta, para que después puedas definir unos indicadores que te puedan permitir evaluar unos resultados. Pos... eeeeh... esto es lo que se tiene que ir coordinando”.(F2/CD/CS/NR/M Pág.5)

cdxcix “E: (...) hay la categoría del bienestar que tendría que ser, yo pensaría que esto sería deseable que cada vez apareciera de una forma más... más firme, como un valor positivo que tuviera peso en sí mismo. Si está bien, es tan o más importante que no hacer acciones para prevenir. Yo creo que si lo incorporásemos como valor, ¿no?, yo creo que a lo mejor sería un elemento a priorizar sobre las actuaciones de... (...)

I: Y cuando definimos el bienestar, en realidad ¿qué es el bienestar? ¿Cuándo queremos conseguir el bienestar de la población? En salud, ¿no?

E: Sí, no sé, tendríamos que... tendríamos que buscar a ver qué definición la gente hace de bienestar, ¿no? Pero diríamos... Esto hay una... ¿has leído algún artículo sobre salutogénesis? Esto es interesante a lo mejor por eso...

Porque hay... hay un autor, ya te lo buscaré y te lo enviaré, con la que... justamente trabaja estos temas, ¿eh? (...) le

*pone una definición este, al bienestar, ahora que recuerdo, eh? Si consigo que la... ¿y ya está calculando? como la salud entendida como la máxima capacidad para operar y para relacionarse con el entorno. Hace una definición como esta, es decir, yo tengo bienestar en la medida de que tengo todas mis capacidades como ser humano para sentirme bien y también para actuar con el entorno, algo como esto. Y esto diríamos que es bienestar”*  
(F4/O/SP/NA/M pag 2)

- d “*¿yo la verdad es que de todas las ramas que abarca la salud pública esta es la que menos veo!¿ Quizás soy demasiado franca?”* (F2/EO/V/NR/M Pág.4)
- di *E: La promoción, es uno de los temas, con salud pública que quizás es más difícil, eeh... y que le cuesta más dar forma. Cuesta más darle forma, no? Una vigilancia, la tienes muy clara, una protección, también la tienes muy clara, una salud laboral, le puedes ir dando una forma clara, pero los temas de promoción quizás son los que... cuesta más darles una forma clara. Eeh... hasta ahora, eeh... el mundo asistencial, por un tema de voluntad, hacía temas de promoción. Que nadie lo olvide eh esto. Claro... pero bueno, yo creo que quizás es la parte menos concreta de la salud pública.*  
*I: ¿Y por qué? Por qué crees...*  
*E: Oh porque, tú interactúas con muchas cosas, que están directamente relacionadas entre otras con los hábitos de la comunidad, o de los ciudadanos, y no es fácil ¿eh? ¿Tú te has puesto? ¿Alguna vez a interactuar con estos temas?*(F2/CD/CS/NR/M Pág. 17)
- dii “*es una de las que es más complicada de darle forma. ¿Porque qué es promoción?(...) Y como la mides tú la promoción?”* (F2/CD/CS/NR/M Pág. 18).
- diii “*Está claro, independientemente esta actuación de lo que sea, de... de lo que sea, ¿eh? ¿Vale? Claro...mm... un agente de salud para incidir en... en una cosa que una persona que está acostumbrada a hacer una cosa, hacerle cambiar de hábito, un agente de salud no encuentro que sea lo más indicado”.* (F1/O/Pt/NR/F Pág.10)
- dív “*(...) y la promoción es tan bonita, al menos desde mi punto de vista, que enseguida parece que todo el mundo puedes hacer las cosas...pero a veces...ummm...si no tienes un poquito de experiencia o hayas leído un poquito del tema o estás metido o te has formado profundamente en el tema, pues , pasan cosas que a lo mejor no se respeta suficientemente el trabajo del territorio...la experiencia del territorio...y pueden generar algunos entramados en algún momento”* (F4/O/Pm/NA/M Pág. 9).
- dv “*La promoción es aquello que dices: Tenemos que... promover que hagan vida saludable, que hagan ejercicio físico. Esto se tiene que hacer a nivel del área... a veces dice que se tiene a nivel de no sé qué, se tiene que hacer a nivel de aquí, se tiene que hacer a nivel de allá, tenemos que promover no sé qué... Pero todo el mundo tiene un papel en promoción. Pero este papel en promoción se ha formado muy poco. O sea todo el mundo tiene... todo el mundo hace.. todo el mundo se atreve a hacer programas de promoción, o hacer charlas de promoción”* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)
- dvi “*y a veces, no somos... ni tanto sólo... es una... un gasto, digámoslo así un... un gasto de esfuerzos, a veces inútil. O a veces con muy poca, eeh... efectividad. Y muchas veces... y, casi nunca evaluable”* (F1/EO/CS/NR/M Pág. 21)
- dvii “*Tenemos que profesionalizar y tenemos que hacer competentes a la gente (...) Es que la ignorancia es muy atrevida, Valeria(...) Además es muy fácil, es relativamente fácil la protección, porque es cuestionario y es comprobar condiciones de...(...) y la promoción es mucho más complejo”.*(F2/O/SP/NA/M Pág. 9)
- dviii “*Claro, porque en el territorio resulta que hay muchos agentes que hacen promoción porque todo el mundo se atreve, y... en cuestiones de promoción pues en el ámbito asistencial, pues tienes la promoción en el ámbito educativo, entonces tienes la promoción en el ámbito social en los ayuntamientos, etc, etc... diría... y efectivamente es así. Por lo tanto lo que la Agencia de Salud Pública tiene que hacer es tener la habilidad y aquí en el ensayo demostrativo, de qué todo responda al mismo criterio, o a un criterio más o menos armónico ¿no? Y... ahorrar también porque si hay un recurso disponible, lo puedo utilizar, y no que todo el mundo quien quiera este recurso se lo cree a medida ¿no? Un poco se ha demostrado en el ensayo demostrativo que hay mucho desarrollo, que hay algunos temas desatendidos, que hay temas iguales enfocados de diferente manera... Bueno, y entonces es hacer limpio sobre todo esto. Bueno hacer limpio, armonizar un poco”.*(F3/O/Pt/NR/V Pág.10)
- dix “*o sea nuestra tarea de promoción han sido campañas desenganchadas que es otra cosa que vemos en el programa setas que decimos nosotros ahora toco aquello ahora toco esto ahora toco aquello otro dependiendo de los recursos que tengo y de las necesidades que salen pero no había hasta hoy un hilo conductor que fuera cosiendo las actividades y que por lo tanto pudieras decir 'hombre esto tiene una lógica, esto tiene un criterio’”*(F1/EO/Pt/NT/MA Pág.21)

dx *“Porque yo pienso que a ver, tenemos que abordar, siempre todo, ¿no? O sea, eeeeh... una cosa es que, ¿que ordenaremos este año, en la Garrotxa? ¿No? Vale ordenaremos, la alimentación, u ordenaremos, el tabaco. Pero una vez hayamos ordenado el 2011, el 2012 tiene que continuar ordenado de este modo, no lo dejaremos de hacer”.*  
(F2/EO/Pt/NR/B Pág.7)

dxix *“Sí yo creo que el reto y el objetivo es este. Es que...un poco es esto no? lo que decíamos, si drogas lo hace la policía, lo hace salud y dentro de la escuela hay alguna persona que también tiene conocimientos y lo quiere explicar a los chavales pues que todo esto no sea una versión escuela , una versión policía, una versión salud, sino que haya un trabajo del equipo operativo del territorio y que todo esto tenga al igual la escuela empieza explicándolo a los más pequeños porque es más básico y tal, y entonces más adelante pues, se puede incorporaaar salud explicando pues algo más el tema y y el efecto que tienen a las personas y quizás después la policía municipal en momentos determinados puede hacer también un aporte sobre que comporta entrar en el mundo de las drogas en cuanto a que toda una serie de cuestiones que se pueden derivar ¿no? se trata de hacer un continuum con todas las , es que tenemos muchos recursos pero de la manera que los estamos utilizando los, no, no, no suman , sino que quedan como diluidos ¿no?”* (F2/EO/V/NR/M Pág.4)

dxiii *“E: Claro yo te de algún territorio en concreto o sea que, hay mucha... mucha variabilidad ¿eh? Mucha, mucha, mucha eh? Yo creo que hay mucha variabilidad con este tema.*

*I: Y tú crees que en este proyecto, esta variabilidad, tiene una... está un poco ordenada digamos... de alguna manera...*

*E: Con la Agencia se tendría que ordenar no? Entiendo yo que con la Agencia se tendría que ordenar. En un futuro ¿eh?”*

*(F2/CD/CS/NR/M Pág. 19-20)*