

Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México

Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, PhD,⁽¹⁾ Juan Francisco Molina-Rodríguez, MSP,⁽¹⁾
Lorena Elizabeth Castillo-Castillo, MSP.⁽¹⁾

Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez JF, Castillo-Castillo LE.
Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud Publica Mex* 2013;55:285-293.

Resumen

Objetivo. Evaluar los resultados de la capacitación impartida por el Instituto Nacional de Salud Pública en promoción de la salud al personal institucional de los Servicios Estatales de Salud durante el periodo 2007 y 2008. **Material y métodos.** Se realizó una investigación evaluativa no experimental con grupo de comparación y se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos. **Resultados.** En los estados intervenidos se observó mejor conceptualización de promoción de la salud, participación social y componentes del Modelo Operativo de Promoción de la Salud; la Investigación y Acción Participativa fue la estrategia básica de implementación del trabajo de promoción de la salud en comunidad y la gestión presentó una tendencia a ser más participativa e inclusiva. **Conclusión.** La capacitación ha permitido fortalecer en el personal de salud las competencias para la promoción de la salud y el desarrollo de procesos de trabajo más sostenibles en la comunidad impulsando procesos de gestión concertados y participativos.

Palabras clave: promoción de la salud; capacitación; evaluación; competencias; México

Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez JF, Castillo-Castillo LE.
Contributions of training to the promotion of health in State Health Services: comparative analysis in eight states in Mexico. *Salud Publica Mex* 2013;55:285-293.

Abstract

Objective. To evaluate the results of the training provided by the National Public Health Institute (INSP per its abbreviation in Spanish) in health promotion to institutional staff of local health services during 2007 and 2008. **Materials and methods.** A non-experimental evaluative research with comparison group was conducted, in which quantitative and qualitative methods were used. **Results.** In states intervened a better conceptualization of health promotion, social participation and components of the Health Promotion Operating Model was observed; participatory action research was the basic strategy to work in the community and management showed a tendency to be more participatory and inclusive. **Conclusion.** A better conceptualization of health promotion has allowed health personnel develop more sustainable work processes in the community and has driven the search for consent and participatory management.

Key words: health promotion; training; evaluation; competency based education; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 21 de mayo de 2012 • Fecha de aceptado: 30 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Mtro. Juan Francisco Molina Rodríguez. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: francisco.molina@insp.mx

Antes de los años setenta se vislumbró un auge en las ciencias sociales que generó la posibilidad de replantear los paradigmas en salud, lo que fortaleció el enfoque de promoción de la salud (PS) propuesto por Sigerist¹ en 1940. La promoción de la salud surgió como campo de acción a partir del Informe Lalonde (1974)² y del estudio de Thomas McKeown (1976)³ al señalar la influencia del ambiente, de los estilos de vida y de los aspectos sociales en la salud de la población. En 1986, en la Primera Conferencia Internacional que dio lugar a la Carta de Ottawa⁴ se precisó que la PS "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".⁵ Posteriormente, en la quinta conferencia se resaltó la necesidad de "situar la PS como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales y ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil".⁶

En México, desde 2006 la Secretaría de Salud (SSa) impulsó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS)⁷ que ofrece un marco conceptual y operativo (componentes transversales y sustantivos) para la promoción de la salud. La capacitación⁸ es la principal estrategia para implementarlo e impulsar una nueva cultura en salud.^{9,10} Los actores involucrados en el nivel táctico son los coordinadores y responsables de programas de promoción de la salud y están ubicados a nivel estatal o jurisdiccional; el nivel operativo está integrado básicamente por los promotores institucionales y promotores comunitarios. Como parte de este proceso, en 2007-2008 la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) en convenio con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizó una maestría en salud pública con área de concentración en PS, tres diplomados virtuales en Liderazgo en PS y 14 cursos para promotores institucionales. En este periodo se capacitaron un total de 1 121 profesionales de la salud, de los cuales 11 obtuvieron el grado de maestría en PS, 117 el diploma en PS y 993 promotores acreditaron un curso de promoción de la salud.

La evaluación de resultados de la capacitación al personal de salud es un tema de interés de los planificadores, gestores y administradores de los sistemas de salud y es la única vía para corroborar cambios que contribuyan al logro de objetivos^{11,12} de programas, proyectos o estrategias de los servicios de salud. El artículo presenta los resultados de la capacitación impartida por el INSP a promotores institucionales y personal del nivel jurisdiccional y estatal en PS durante 2007-2008.

Material y métodos

Este proyecto fue evaluado y avalado por la Comisión de Ética del INSP reunido el 14 de noviembre de 2011 y registrado con el número 1031.

Se realizó la evaluación combinando métodos cuantitativos y cualitativos en ocho entidades federativas: dos del norte, dos del centro, dos del centro-occidente y dos del sureste del país. Se incluyeron cuatro estados que presentaron el mayor número de personal capacitado en PS por el INSP durante 2007-2008, a los cuales se les denominó estados intervenidos, y cuatro estados donde la capacitación en PS por el INSP fue muy baja o inexistente a los que se denominó estados no intervenidos. En cada estado se incluyó a personal del nivel estatal o jurisdiccional responsables de promoción de la salud (nivel táctico) y promotores de salud (nivel operativo). La evaluación se realizó a inicios de 2011.

En el nivel táctico se incluyó a la totalidad del personal de salud que acreditó el diplomado de Liderazgo en Promoción de la Salud impartido por el INSP en 2007-2008 (16 responsables). Para los promotores, se realizó un muestreo aleatorio simple y se estimó una muestra para proporciones* (230 promotores de salud). En los estados no intervenidos se seleccionó personal del nivel táctico y operativo con características similares a los que se incluyeron en los estados intervenidos.

Se exploraron variables y dimensiones relacionadas con conceptos, procesos de gestión estatal o jurisdiccional, y acciones y estrategias implementadas en PS (cuadro I). A los responsables de PS del nivel estatal y jurisdiccional se les aplicó un cuestionario, una lista de revisión y una entrevista en profundidad. A los promotores de salud se les aplicó un cuestionario y se realizaron dos grupos focales en cada estado. Los instrumentos fueron revisados por profesionales con amplia experiencia en PS. Se realizó una prueba piloto en personal del nivel táctico y operativo de un estado que no se incluyó en la evaluación. La recolección de la información cuantitativa y cualitativa la realizó un equipo de investigadores de campo con experiencia en investigación, mismo que fue capacitado para estandarizar la metodología, las variables y las dimensiones de la evaluación.

La información cuantitativa se procesó en Stata 10.1. Como parte del análisis descriptivo se reportaron

$$* n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Cuadro I
VARIABLES Y DIMENSIONES QUE SE EXPLORARON EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE CAPACITACIÓN
EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO, 2011

Componentes	Nivel táctico	Nivel operativo	Áreas de exploración cuantitativa y cualitativa
			Promoción de la salud y determinantes sociales de la salud
			Participación social en salud
Conceptualización	x	x	Conocimiento del MOPS
			Estilo de vida saludable
			Entornos saludables
			Autocuidado
			Programa anual
Gestión	x		Trabajo en equipo
			Evaluación y monitoreo
			Organización
			Toma de decisiones
			Acciones ejecutadas en PS
Implementación		x	Estrategias para la participación comunal
			Intersectorialidad

medias, medianas, porcentajes y tablas de frecuencias. Para el análisis comparativo entre estados, se verificó que los promotores tuvieran el mismo grado de escolaridad y la exposición al mismo número de horas de capacitación en PS posterior a 2007-2008, y en el grupo de comparación se eliminaron las observaciones que reportaron haber recibido capacitación en PS por el INSP y otros en el periodo 2007-2008. Los resultados del análisis comparativo no mostraron diferencias estadísticamente significativas para las variables observadas, excepto cuando se realizó el análisis en promotores de 50 años o menos, por lo cual se mantuvieron las observaciones en este grupo de edad, quedando 151 observaciones en el grupo intervenido y 48 en el grupo de comparación. Se realizaron pruebas de ji cuadrada o exacta de Fisher y Kruskal Wallis. Para las variables con diferencias estadísticamente significativas (componentes transversales del MOPS y participación social), se realizó una regresión logística. La variable "grupo" se incluyó como una variable explicativa y se ajustó por covariables: edad, escolaridad, años de servicio y capacitación en PS con posterioridad a 2007-2008.

Las entrevistas en profundidad y los grupos focales se grabaron y se transcribieron mediante un procesador de textos. Se definieron categorías y dimensiones de análisis (conceptualización, gestión e implementación en PS) con base en las cuales se realizó la codificación en Atlas ti versión 6.0. La codificación de la información la realizó un profesional con experiencia en investigación cualitativa que estuvo pendiente de incluir códigos

para información relevante no prevista. Se generaron dos unidades hermenéuticas: promotores de salud y personal del nivel estatal y jurisdiccional para cada grupo de estados. A partir de éstas se elaboraron reportes comparativos que consideraron semejanzas y diferencias por categorías de análisis.

Resultados

Conceptualización al nivel táctico

La totalidad del personal de los estados intervenidos conceptualizó la PS como "la estrategia que proporciona a la población los medios necesarios para el cuidado de su salud". En los estados no intervenidos se observó el manejo de este concepto en la mitad de entrevistados, la otra mitad concibió la PS como medidas orientadas a la prevención de enfermedades. El personal de los estados intervenidos señaló que el personal directivo de alto nivel tiene tendencia a concebir la prevención y promoción de la salud como conceptos similares.

En los estados intervenidos definieron la participación social como estrategia para desarrollar y fortalecer a la ciudadanía, de modo que la población pueda ejercer sus derechos en salud. Reconocieron que la participación social es un elemento fundamental para fomentar el autocuidado de la salud y para establecer una relación más horizontal entre los servicios de salud y la comunidad. En los estados no intervenidos el concepto de participación social se utilizó como estrategia

para el cumplimiento de la meta establecida por los servicios de salud.

Respecto a la conceptualización de MOPS, estilo de vida saludable, entornos saludables y autocuidado no se observaron diferencias conceptuales en ambos grupos de estados (cuadro II).

Gestión de promoción de la salud

En los estados intervenidos se observó mayor convocatoria a la participación de responsables jurisdiccionales y promotores de salud para el programa anual y la toma de decisiones tanto en el nivel jurisdiccional como en el estatal. En los estados no intervenidos se convoca al equipo de PS del nivel estatal para realizar actividades puntuales como ferias de salud; en la planeación y toma de decisiones participa únicamente el equipo de PS del nivel estatal. La organización de los equipos de PS a nivel estatal y jurisdiccional sigue los lineamientos del nivel federal y no se encontraron diferencias entre estados.

“Para realizar el programa de promoción de la salud a nivel estatal participamos los responsables jurisdiccio-

nales y algunos promotores de salud. Estas reuniones nos han servido para que cada uno tenga ideas de cómo hacer su programa y también de homogeneizar formas de realizar determinadas actividades a pesar que las metas y actividades vienen establecidas del nivel central” El.12 (estado intervenido)

“Las actividades que tenemos que realizar nos las indican desde el nivel estatal y nosotros tenemos que ejecutarlas así porque ellos nos dicen que son disposiciones que vienen desde el nivel federal” ENI.18 (estado no intervenido)

De manera general, se observó que 47.1% del personal del nivel estatal y jurisdiccional elaboró al menos un programa anual de PS con objetivos claramente definidos; 26.5% de los programas disponían de actividades altamente vinculadas para el cumplimiento de objetivos; 23.5% disponían de indicadores para la medición de los objetivos; 24.2% disponían de indicadores para medición del avance de actividades y 23.5% habían sido evaluados en cuanto al cumplimiento de objetivos. En todos los casos señalados anteriormente se observó un porcentaje más alto en los estados intervenidos respecto a los no

Cuadro II
CONCEPTUALIZACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD POR EL PERSONAL DEL NIVEL TÁCTICO JURISDICCIONAL Y ESTATAL.
México, 2011

	<i>Estados intervenidos</i>	<i>Estados no intervenidos</i>
Promoción de la salud	La totalidad de los participantes la definieron como aquella que proporciona a la población los medios necesarios para cuidar su salud y reconocen como estrategias básicas la educación para la salud y la participación comunitaria.	La mitad de participantes la definieron como la estrategia para proporcionar a la población los medios necesarios para el cuidado de su salud. La otra mitad la definieron como el conjunto de acciones para lograr servicios de salud oportunos y prevenir enfermedades.
Participación social	Se orientó a involucrar a la población de manera consciente y voluntaria en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. Señalaron que la participación social en salud logra su máxima expresión cuando la gente adquiere la capacidad de exigir sus derechos en salud.	La mayoría mencionó que la participación social significa involucrar a la comunidad para la prevención de enfermedades, tomar decisiones para mejorar la salud y fomentar la corresponsabilidad del cuidado de la salud.
Estilo de vida	Todos los entrevistados lo consideraron como un conjunto de hábitos favorables y/o desfavorables para la salud.	Los participantes consideraron que son acciones que desarrolla la población para mejorar su salud. Mencionaron también estilos de vida negativos.
Autocuidado	La mayor parte indicó que es la conducta que desarrolla un individuo para tener una buena salud y prevenir enfermedades. Para que la población desarrolle conductas de autocuidado es necesario que la población tenga una buena autoestima y disponga de información de salud.	Algunos participantes refirieron que son actitudes y conductas para la prevención de enfermedades; otros señalaron que son conductas que ayudan a mejorar las condiciones de vida.
Entorno saludable	En su mayoría mencionaron que un entorno saludable consiste en disponer de un espacio que facilite la salud y no la enfermedad. Identificaron como entornos la vivienda, la escuela, los ambientes de trabajo, la vía pública, los parques y jardines, las comunidades y los municipios.	La mayoría señaló que es todo lo que les rodea y que es saludable o favorable a la salud cuando tiene las condiciones adecuadas para que no se desarrolle la enfermedad. Dentro de los entornos se pueden ubicar la vivienda, la escuela, la calle y otros espacios públicos.

Fuente: Elaboración propia con información procedente de las entrevistas aplicadas a personal de promoción de la salud del nivel estatal y jurisdiccional, 2011

intervenidos, no obstante, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conceptualización al nivel operativo

En los estados intervenidos, la mayoría de promotores de salud definió la PS como una estrategia cuya base es la participación de la comunidad para decidir los cambios que libremente quiere implementar en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria. En estados no intervenidos, se concibió la PS como una estrategia educativa, y como tal, es responsabilidad de los Servicios de Salud (Sesa) ofrecerla y de la comunidad recibirla, en el entendido de que el objetivo es mejorar las capacidades de la comunidad para la prevención de enfermedades.

La participación social en salud se conceptualizó en los estados intervenidos como el ejercicio del derecho de la comunidad a la salud. Persistieron en señalar que el promotor es un facilitador del proceso de participación y que el liderazgo está en manos de la comunidad. En los estados no intervenidos se concibió la participación social como estrategia principal para el cumplimiento de metas y objetivos de los programas de salud bajo el liderazgo del promotor u otros trabajadores de salud.

En los estados intervenidos se conceptualizó al MOPS como el modelo a implementar para incidir sobre los determinantes sociales de la salud, y en los estados no intervenidos se limitaron a mencionar que es el modelo operativo de promoción de la salud que se debe implementar en las unidades de salud. Respecto a la conceptualización del estilo de vida saludable, entorno saludable y autocuidado, en ambos grupos de estados se observó una conceptualización adecuada sin diferencias cualitativas.

La exploración cuantitativa de la conceptualización del MOPS no mostró diferencias significativas entre los estados ($p=0.34$). Resultados similares se observaron en la exploración de estilos de vida saludables (consumo de agua, consumo de verduras, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, actividad física y uso de mosquiteros) donde 98.0% reportó conocimientos adecuados tanto en los estados intervenidos como en los no intervenidos ($p=0.67$). Sin embargo, cuando se realizó el análisis por componentes del MOPS se observaron diferencias marginales en el conocimiento y conceptualización de los componentes sustantivos ($p=0.067$), mientras que en el conocimiento de los componentes transversales las diferencias fueron marcadas ($p < 0.01$) con la mayor proporción de respuestas correctas en los estados intervenidos.

En la variable que exploró conceptualización de procesos de participación social se mostró un mayor

porcentaje de promotores de salud que la identificaron como un concepto de ciudadanía y derechos en los estados intervenidos. Por el contrario, en los estados no intervenidos se concibió como un medio para el cumplimiento de metas de los programas de salud ($p=0.01$) (cuadro III).

La regresión logística para las variables "participación social en salud" y "componentes transversales del MOPS" luego de ajustar por sexo, edad, escolaridad, años de servicio y capacitación en PS posterior a 2008, mostró que con una $p < 0.05$ los promotores que recibieron capacitación por el INSP en 2007-2008 tienen 2.5 veces mejor conceptualización de la participación social en salud frente a los promotores que no recibieron capacitación por el INSP. Para la variable dependiente "conocimientos en los componentes transversales del MOPS", se encontró que los promotores que recibieron capacitación por el INSP en 2007-2008 tuvieron 3.1 veces mejor conceptualización de los componentes transversales del MOPS con respecto a los promotores que no recibieron capacitación en PS por el INSP (cuadro IV).

La conceptualización de los componentes transversales del MOPS después de ajustar por sexo, edad, escolaridad, años de servicio y capacitación en PS posterior a 2007-2008 fue mejor en los hombres, 2.2 veces mejor respecto a las mujeres, y en promotores de salud con escolaridad alta (técnica o superior) fue 2.5 veces mejor con respecto a los que tenían escolaridad baja (primaria a preparatoria).

Implementación de promoción de la salud

Los estados intervenidos enfatizaron su intervención en el fortalecimiento de capacidades de los líderes comunitarios para la identificación e intervención en prioridades de salud concebidas desde la percepción de los actores locales y la propia comunidad. La metodología que utilizaron para desarrollar el trabajo en comunidad fue la investigación y acción participativa en donde el personal de salud se convierte en facilitador de procesos para abordar temáticas y objetivos propuestos por la comunidad. En los estados no intervenidos la intervención se centró en proporcionar información y realizar talleres de los diferentes programas de salud que se propusieron desde el nivel jurisdiccional o estatal. No obstante, una minoría de promotores también desarrolló acciones para mejorar la capacidad de la comunidad para priorizar e intervenir en problemas de salud.

Se identificaron intervenciones en *Entornos Saludables*, *Escuela y Salud*, *Vete Sano* y *Regresa Sano*, *Nueva Cultura en Salud*, alimentación y actividad física, educación en salud y otros; no se encontraron diferencias significativas en los temas y el número de intervenciones

Cuadro III

CONCEPTUALIZACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN PROMOTORES DE SALUD DE NIVEL OPERATIVO. MÉXICO, 2011

	Estados intervenidos	Estados no intervenidos
Promoción de la salud	La mayoría de promotores definieron la promoción de la salud como la estrategia para construir los medios necesarios para el cuidado de su salud.	La mayoría de los promotores definieron la promoción de la salud como las acciones para brindar información a la población para promover autocuidado de la salud individual, familiar y comunal.
Determinantes sociales de salud	Sólo algunos promotores de salud identifican con claridad el concepto de determinantes sociales de la salud.	Muy pocos promotores de salud identifican correctamente el concepto de determinantes sociales de la salud.
Participación social	La mayoría la definió como el medio más importante para lograr resultados sanitarios sostenibles para lo cual se debe impulsar la participación de la comunidad desde la identificación de prioridades de salud.	La mayoría de los promotores la definieron como el trabajo con la comunidad a partir de las prioridades identificadas previamente por el personal de salud o en conjunto con los comités de salud.
Estilo de vida	La mayoría conceptualizó al estilo de vida como la forma de vida de los individuos y que los hace proclives a la salud o al deterioro de la misma.	La mayoría de los promotores definen el estilo de vida como el cambio de rutina para lograr un estado físico y emocional estable o una vida saludable.
Autocuidado	La mayoría definió al autocuidado como la conducta que deben desarrollar los individuos y las familias para que de manera consciente y según su edad, género y riesgos, se involucren en el cuidado de la salud individual y familiar.	La gran mayoría de promotores la define como el cuidado de la salud personal, de la familia y del entorno con la finalidad de prevenir enfermedades.
Cambio de comportamiento	La totalidad de los promotores manifestaron que es un cambio de conducta que se logra con base en capacitaciones, orientación o educación. Es decir, cuando se ayuda a una persona o a la comunidad a adquirir nuevos hábitos para estar sano.	La mayoría la definió como la acción de concientizar a las personas, orientarlas para crear una nueva cultura para que la gente actúe de forma diferente y positiva en cuanto a la salud; es decir, que cambie su estilo de vida.
Entorno saludable	Todos los promotores reconocieron que se refiere al ambiente sano en el cual la gente puede desarrollar su potencial de forma óptima y tener una vida saludable con participación del individuo, de la comunidad y del municipio.	La totalidad de los promotores de salud lo definieron como todo lo que nos rodea, el lugar donde la gente vive, convive y realiza sus actividades con seguridad e higiene y no se pone en riesgo la salud ni la vida.

Fuente: Elaboración propia con información procedente de los grupos focales realizados con promotores de salud institucionales, 2011

en cada comunidad entre estados intervenidos y no intervenidos ($p= 0.93$). Por el contrario, es necesario enfatizar que en ambos grupos de estados las acciones se desarrollaron de manera concertada con los actores locales y buscaron de manera intensiva la participación de la municipalidad.

Otros hallazgos

Aunque no fue objetivo de la evaluación incidir en aspectos relacionados con el entorno laboral del promotor de salud, es importante destacar que la totalidad de promotores señalaron como principal limitación para su trabajo en PS “la falta de reconocimiento a su labor” por el personal directivo y otros trabajadores de la salud. Esta falta de reconocimiento se expresó en menores

oportunidades de desarrollo profesional y la asignación de múltiples actividades que han convertido al promotor en el “hacelotodo” en las unidades de salud.

“Todos los trabajadores tienen derecho a tener una computadora, impresora, teléfono e internet, menos el promotor de salud. Tampoco tenemos un lugar para preparar nuestro material para la comunidad, tenemos que estar buscando donde lo hacemos, a veces en el pasillo, o en el consultorio del médico que está vacío pero en cuanto llega nos sacan rapidito” GF.5

“Nosotros hacemos todo lo que nos pide el jefe, la enfermera, los coordinadores de los programas.....o si viene un nuevo programa tenemos que hacer las actividades sin decir nada; pero a la hora de recibir premios para los

Cuadro IV
ANÁLISIS MÚLTIPLE DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL
Y COMPONENTES TRANSVERSALES DEL MODELO OPERATIVO
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (MOPS), AJUSTADO
POR COVARIABLES. MÉXICO, 2011

Variables	OR	Intervalo de confianza	Valor p
Participación Social en Salud			
Grupo			
Control	1		
Intervención	2.53	(1.23-5.20)	0.012
Sexo			
Control	1		
Intervención	0.98	(0.54-1.79)	0.956
Edad agrupada			
Control	1		
Intervención	1.01	(0.46-2.22)	0.982
Escolaridad agrupada			
Control	1		
Intervención	1.43	(0.73-2.80)	0.294
Años de servicios			
Control	1		
Intervención	0.98	(0.94-1.03)	0.597
Capacitación posterior a 2008			
Control	1		
Intervención	0.77	(0.40-1.50)	0.453
Componentes transversales del MOPS			
Grupo			
Control	1		
Intervención	3.07	(1.14-8.25)	0.026
Sexo			
Control	1		
Intervención	2.24	(1.12-4.47)	0.023
Edad agrupada			
Control	1		
Intervención	1.74	(0.65-4.62)	0.264
Escolaridad agrupada			
Control	1		
Intervención	2.50	(1.06-5.89)	0.036
Años de servicios			
Control	1		
Intervención	1.01	(0.95-1.06)	0.801
Capacitación posterior a 2008			
Control	1		
Intervención	1.32	(0.59-2.92)	0.495

Fuente: Elaboración propia con información procedente de los cuestionarios aplicados a los promotores de salud institucionales, 2011

trabajadores por su desempeño allí no existimos porque sólo ponen los nombres de los trabajadores titulados, médicos y enfermeras, como dijimos, los promotores no existimos, únicamente cuando hay trabajo" GF.1

Conclusiones

Un aspecto fundamental para implementar la promoción de la salud de manera apropiada es sin duda su adecuada conceptualización.^{13,14} Los estados que recibieron capacitación por el INSP en los niveles táctico y operativo concibieron la PS como la estrategia para desarrollar capacidades,¹⁵ empoderar a la población¹⁶ y motivar la participación social para el cuidado de su salud.¹⁷ Bajo esta conceptualización, el promotor institucional se convirtió en facilitador de procesos que la comunidad priorizó para su intervención y focalizó en acciones orientadas a desarrollar conductas para favorecer una buena salud. En cambio, en los estados no intervenidos se concibió la PS como una estrategia educativa¹⁸ que situó a la comunidad como receptor de mensajes.¹⁹ El liderazgo fue asumido por el promotor y el eje de la intervención fue la prevención de la enfermedad.²⁰

Los estados intervenidos mostraron una tendencia a desarrollar una gestión de PS más participativa y la estrategia básica de intervención en la comunidad fue la investigación y acción participativa (IAP) (cuadro V). Es decir, que tanto en la gestión como en la operación de los programas de PS se destacó la metodología participativa. No obstante, se identificaron como barreras más importantes la inadecuada comprensión de PS por profesionales que ocupan funciones directivas de alto nivel en los servicios de salud estatales,²¹ inadecuados procesos de gestión en PS, implementación de acciones como tarea exclusiva del promotor institucional, falta de valoración del trabajo del promotor institucional y la escasez de recursos en las unidades de salud para las acciones de PS. Estas situaciones constituyen evidencia de la limitada importancia y escasa prioridad de la promoción de la salud en los sistemas de salud.

Lo señalado anteriormente muestra la necesidad del fortalecimiento de competencias en promoción de la salud, tanto a nivel táctico como operativo,²²⁻²⁴ a fin de lograr en la Secretaría de Salud y en los Servicios Estatales de Salud un cuerpo común de conocimiento en torno a la PS que guíe las acciones en este campo. Por lo que la recolección de evidencias por medio de la evaluación en los diversos ámbitos de PS, entre ellas la capacitación, sigue siendo un desafío para sus entusiastas y sus detractores,²⁵ pues debe demostrar que es una estrategia sólida para implementar cambios conceptuales y operativos para responder a los problemas de salud actuales

Cuadro V
ANÁLISIS COMPARATIVO SOBRE CONOCIMIENTOS E IMPLEMENTACIÓN DE PROPUESTAS
EN PROMOCIÓN DE LA SALUD. MÉXICO, 2011

Variables	Estados de comparación		Estados intervenidos		Valor p
	N	%	N	%	
Conceptualización del MOPS					0.34*
Incorrecto	2	4.2	3	2.0	
Correcto	46	95.8	148	98.0	
Componentes sustantivos					0.067‡
Incorrecto	39	81.2	104	68.9	
Correcto	9	18.8	47	31.1	
Componentes transversales					0.009‡
Incorrecto	42	87.5	103	68.2	
Correcto	6	12.5	48	31.8	
Conceptos de promoción de la salud					0.907‡
Vinculados a los determinantes sociales	7	14.6	21	13.9	
Vinculados a la prevención	41	85.4	130	86.1	
Participación social en salud					0.009‡
Vinculado a la ciudadanía	30	62.5	62	41.1	
Vinculado a las metas	18	37.5	89	58.9	
Estilos de vida					0.672*
No saludable	1	2.1	3	2.0	
Saludable	47	98.0	148	98.0	
Propuestas implementadas en promoción de la salud					0.934‡
Ninguna	2	4.2	6	4.0	
De 1 a 3	7	14.6	19	12.6	
De 4 a 6	39	81.2	126	83.4	

Notas:

* χ^2

‡ Exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia con información procedente de los cuestionarios aplicados a los promotores de salud institucionales, 2011

y futuros de la población. No obstante, se requiere una comprensión adecuada de PS, recursos humanos con competencias para implementarla, gestión apropiada y recursos materiales y financieros suficientes.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Sigerist H. Los modelos cambiantes de la atención médica. En: Hitos en la historia de la salud pública. 5a. edición. México DF: Siglo XXI, 1998.
2. Lalonde M. El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense de la promoción de la salud. Publicación Científica de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS, 1996;557:3-5.

3. Mc Keown T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. Blackwell 1976:158-160,178-180.
4. Cerqueira N, Conti C, De la Torre A, Ippolito-Shepherd J. La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas. [Consultado 2012 mayo 2]. Disponible en: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/cerqueira.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Consultado 2011 mayo 5]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México DF. 2000. [Consultado 2012 enero 8]. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/sde/hs/mexdec2000.pdf.
7. Secretaría de Salud. Modelo operativo de promoción de la salud. [Consultado 2012 noviembre 18]. Disponible en <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/mops.pdf>.
8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México; DF, 2001. [Consultado 2012 noviembre 18]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/pns20012006.pdf>.
9. Secretaría de Salud de México. Programa de acción específico 2007-2012: Promoción de la salud una nueva cultura. México DF. 2007. [Consultado 2011 diciembre 18]. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas/programas/promocion_de_la_salud_una_nueva_cultura.pdf.
10. Santos-Burgoa C, Rodríguez-Cabrera L, Rivero L, Ochoa J, Stanford A, Latinovic L, et al. Implementation of Mexico's Health Promotion Operational Model. *Prev Chronic Dis* 2009;6:1-5.
11. Cohen E, Franco R. Evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires: Grupo Editor de América, 1988.
12. Ruty MG. Evaluación de Impacto de la Capacitación en el Sector Público y Privado. Centro de Investigaciones en Administración Pública. Doc. de trabajo N°3. Año II, Vol. II, N° 1 - 1° semestre de 2002. [Consultado 2011 octubre 18] Disponible en: http://www.econ.uba.ar/www/institutos/admin/ciap/publicaciones_documentos.htm.
13. Navarro AM, Voetsch KP, Liburd LC, Giles HW, Collins JL. Charting the future of community health promotion: recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. [PMC free article][PubMed]. *Prev Chronic Dis*. 2007 4(3). [Consultado 2011 octubre 21] Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0013.htm.
14. World Health Organization. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Ed. Regional Publications, European Series, No 92. Denmark, 2001. [Consultado 2011 diciembre 18]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/1108934/E73455.pdf.
15. Eriksson M. Social capital and health implications for health promotion. *Glob Health Action* 2011; 4: 10.3402/gha.v4i0.5611. [Consultado 2011 diciembre 20]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036711/pdf/GHA-4-5611.pdf>.
16. Kasmel A, Tanggaard P. Evaluation of Changes in Individual Community-Related Empowerment in Community Health Promotion Interventions in Estonia. *Int J Environ Res Pub Health* 2011;8(6):1772-1791.
17. Carr G. Empowerment: A Framework to Develop Advocacy in African American Grandmothers Providing Care for Their Grandchildren. *ISRN Nurs*. 2011; 2011: 531717. [Consultado 2011 diciembre 24] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3169837/>
18. Ayi Y, Nonaka D, Adjovu J, Hanafusa S, Jimba M, Bosompem K, et al. School-based participatory health education for malaria control in Ghana: engaging children as health messengers. *Malar J* 2010; 9: 98. Published online 2010 April 18. doi: 10.1186/1475-2875-9-98.
19. Machado MF, Vieira N, Cunha F. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2009 Apr; 17(2):174-179. [Consultado 2012 marzo 20] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200006>.
20. Davó MC, Gil-González D, Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, La-Parra D. Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2008 Feb; 22(1): 58-64. [Consultado 2012 marzo 20]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100012-&lng=es.
21. Johansson H, Stenlund H, Lundström L, Weinehall L. Reorientation to more health promotion in health services a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *J Multidiscip Health* 2010;3:213-224.
22. Salinas C, Vio F. Promoción de la Salud en Chile. *Rev chil nutr* [online] 2002;29, suppl.1:164-173. ISSN 0717-7518. doi: 10.4067/S0717-75182002029100001.
23. Vio F, Crovotto C, Jury G, Castillo M. Programa de Formación de Recursos Humanos en Promoción de la Salud: Una Propuesta Comunal. Santiago: Universidad de Chile, 1999.
24. Villaseca P, Carrasco B. Manual de Apoyo para el Aprendizaje de la Gestión en Promoción de la Salud. Centro Regional de Recursos en Promoción de la Salud. Chile: Universidad de Concepción, 2002.
25. Salazar L, Vélez J. Searching evidence of health promotion effectiveness in Latin America. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2004 Sep; 9(3):725-730. [Consultado 2012 febrero 4]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300022>.