



# Salud y bienestar en el imaginario de la población latinoamericana 2019 – 2020

## Health and well-being in the imagination of the latin american population 2019 - 2020

Clotilde Hernández-Garnica<sup>1</sup>,  Nery Suárez-Lugo<sup>2</sup> 

DOI: 10.19136/hs.a21n3.4806

Artículo Original

• Fecha de recibido: 20 de octubre de 2021 • Fecha de aceptado: 17 de febrero de 2022 • Publicado en línea: 31 de agosto de 2022

Autor de Correspondencia

Nery Suárez-Lugo. Dirección postal: Calle 100 No. 1132 entre E y Perla.  
Municipio Boyeros Código Postal 10800. La Habana, Cuba  
Correo electrónico: nerysl@infomed.sld.cu

### Resumen

**Objetivos:** Caracterizar representaciones sociales de la población latinoamericana sobre vida saludable, salud y bienestar; establecer similitudes, diferencias y discrepancias entre lo que las personas consideran la salud y el concepto de la OMS y la OPS.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico (Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú); empleando revisión bibliográfica, documental, encuesta y consulta a expertos mediante el método Delphi modificado. Universo: población 18 a 80 años; muestreo no probabilístico, criterio de conveniencia. Muestra 1,327 sujetos: Colombia (103); Cuba (80); México (1010); Panamá (84) y Perú (50). Se exploraron variables sociodemográficas, autoconcepto de vida saludable, salud, bienestar y actividades que generan y producen salud y bienestar. Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS-20 para realizar estadística descriptiva; (tendencia central y correlación).

**Resultados:** La población relaciona el autoconcepto de salud con ausencia de enfermedad y enfermedad con pérdida de salud, no con comportamientos que pueden generarla o perjudicarla (estilos de vida). La representación social del bienestar concede la mayor importancia al acceso a los servicios de salud. No existe diferenciación clara entre la representación social de salud y bienestar.

**Conclusiones:** La población no se percibe como ente activo y transformador en las actividades que generan una vida saludable. La salud universal subyace en la representación social del bienestar al mostrar la importancia que le concede la población al acceso a servicios de salud. La conceptualización de la salud que propugna la OMS es algo no interiorizado por las personas de los países latinoamericanos encuestados.

**Palabras clave:** Salud; Bienestar; Vida; Representaciones; Autoconcepto

### Abstract

**Objectives:** To characterize social representations of Latin-American population about health life, health and wellbeing establish similitudes, differences and discrepancies between what people consider health and the concept of the OMS and the OPS.

**Materials and methods:** Descriptive study, transversal, multicenter (Colombia, Cuba, Mexico, Panama and Peru) employing bibliographic, documentary, survey and expert consultation using the modified Delphi method. Universe Population from 18 to 80 years old, non probabilistic sampling, convenience criteria. Sampling 1327 subjects: Colombia (103), Cuba (80), Mexico (1010), Panama (84) and Peru (50). Were explored sociodemographic variables, healthy life, health, wellbeing and activities autoconcept that generate and produce health and wellbeing. Data was processed in the statistic package SPSS 20 to perform descriptive statistic (central tendency and correlation).

**Results:** The population relates the concept of health with absence of illness and illness with loss of health, not with behaviors that can generate or damage it life styles. The social representation of wellbeing gives the most important to the health services access. There is no clear differentiation between the social health and wellbeing representation.

**Conclusions:** The population does not perceive itself as an active subject and transformer in the activities that generate a healthy life. The universal health underlays in the social representation of wellbeing when showing the importance population concedes to the access to health services. The concept of health promoted by the OMS is something not interiorized by Latin American countries.

**Keywords:** Health; Wellbeing; Healthy; Representations; Autoconcept

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias Administrativas. Profesora titular de la Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

<sup>2</sup> Doctora en Ciencias Económicas. Secretaria General Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Investigadora Titular, Profesora Titular y Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.

## Introducción

La mercadotecnia, en su enfoque social<sup>1</sup>, constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria, tanto en el cambio de comportamientos como en la esfera de los servicios; a nivel mundial ha ido tomando auge en el siglo XXI por su contribución a la solución de los distintos problemas de salud pública que se han generado en estos años y tiende a incrementarse su aplicación en diferentes campos del quehacer humano.

Sin embargo, en Latinoamérica, tanto su aplicación como la realización de investigaciones para el diseño y evaluación de estrategias, programas, proyectos o campañas, no ha tenido el mayor desarrollo, y ha quedado rezagado el enriquecimiento teórico, no obstante, la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS)<sup>2</sup>, dispone de resultados para extraer enseñanzas y compartir las experiencias exitosas y las lecciones aprendidas, con aportaciones de los profesionales vinculados a la temática desde la academia y los servicios<sup>3,4</sup>.

Aunque en el discurso se encuentra presente el concepto de la producción social de la salud, su materialización en programas y servicios no está acorde a lo que se requiere para alcanzar las metas en la salud universal. La población, al menos de las zonas urbanas y suburbanas, está cada vez más informada, no se sabe si su concepto de salud y bienestar se encuentra en correspondencia con el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y los que generalmente asumen los profesionales sanitarios.

Actualmente existe consenso en que la salud es una producción social y por consiguiente la “hacemos” todos. Si bien la salud es un concepto a partir del que se elaboran estrategias, planes y programas, se desarrollan acciones y se ofrecen servicios, son las personas quienes tienen o no salud, se sienten o no saludables, relacionan su vida cotidiana con la producción de la salud, tienen comportamientos que generan una vida saludable y pueden o no identificar su salud con su bienestar. Esto quiere decir, que las personas son las que producen la salud en función de su representación social.

El concepto de salud se encuentra inscrito y se transforma a diario, en el imaginario popular de cada persona, grupo y contexto<sup>5,6,7</sup>. La salud es una producción social y a la vez representación social, dado que se construye de las creencias y prácticas en torno a la salud y se transmite de generación a generación. Sin embargo, son pocos los estudios que se realizan desde esa perspectiva, por demás, la única que puede lograr el acercamiento a la realidad y lo que se pretende alcanzar desde la salud pública y sus instituciones<sup>8</sup>.

Es necesario ir al estudio de la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud enfermedad, porque pueden contribuir a la reflexión sobre la complejidad del encuentro entre la ciencia y el sentido común. Hay que apropiarse de los saberes populares para transformar lo que se requiere y dar solidez a lo adecuado, utilizando los mismos canales de comunicación, en el que ese imaginario popular se ha ido transmitiendo.

En cada contexto, las condiciones sociales, económicas y culturales matizan la percepción de la población, acerca de todo lo que les concierne y en particular de la salud. Esta percepción también varía ya que, cada país cuenta con estructuras distintas para asumir la salud pública y proporcionar los servicios de salud. Cada individuo, grupo, comunidad y nación, por tanto, tienen su propio concepto o autoconcepto del significado de una vida saludable y los profesionales sanitarios han de promover la salud y el bienestar desde la perspectiva que presentan sus organismos rectores, tanto locales como nacionales e internacionales.

La representación social proviene del conocimiento que adquieren las personas en todo su ciclo de vida, a través del contacto con la familia y la escuela, los amigos y grupos sociales con los que se van relacionando en el transcurso de su vida y en la actualidad, así como las redes sociales con las que se vinculan a cada momento. Es un conocimiento que parte de la interacción cotidiana.

Las instituciones de salud promulgan los conceptos de salud y bienestar, así como las formas de obtenerlos, pero esa imagen las personas la reelaboran para que, en función de sus creencias, mitos y experiencias personales, lleguen a la representación social que tienen de estos conceptos y se comporten en coherencia con ellos. La salud y el bienestar, por tanto, son producto de la construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado<sup>9</sup>.

La medición de constructos como vida saludable, salud y bienestar es difícil y compleja, dadas las múltiples dimensiones que los componen y las dificultades que implica su medida directa y objetiva. Por esto, generalmente, lo que se logra obtener es el autoconcepto de las personas. Se han realizado estudios en la región latinoamericana aplicando el cuestionario “Fantástico”<sup>5</sup>, el cual fue creado para que los profesionales de la salud puedan medir los estilos de vida de sus pacientes, sin embargo, no es este el objetivo del estudio, no obstante, ha servido de referente la revisión del instrumento que fue evaluado, en confiabilidad y validez, en su traducción al español.

De la revisión de diversas bases de datos, se desprende la falta de estudios precedentes que llevaron a considerar la necesidad de abordar, desde los diferentes países que integran la RIMS, una investigación que responda a estas problemáticas por tratarse de un tema central en la discusión de su agenda en los simposios internacionales.

Es amplio y diverso el número de factores sociales, económicos y culturales que condicionan a los estilos de vida para que sean o no saludables. La susceptibilidad al impacto de los cambios sociales, culturales y a factores de riesgo para la salud, son aspectos de especial interés para la formulación de políticas y programas en salud pública; por tanto, es necesario escuchar la voz de la población para tener una visión integral de sus problemas y sus demandas de atención en salud.

Esta investigación buscó información para comprender lo que piensan, sienten y esperan las personas sobre su salud y la vida saludable, en diferentes grupos de la población latinoamericana; la coherencia con lo que hacen y deben hacer los profesionales de salud en función de su bienestar, así como contrastar ambas percepciones con el concepto de salud y bienestar que sustentan las actuales políticas, estrategias y programas; si resulta de utilidad para su enfoque adecuado y fundamentar estrategias que permitan un mayor acercamiento a la promoción del bienestar como se plantea en las políticas públicas.

Los objetivos del estudio fueron: caracterizar las representaciones sociales que tiene la población latinoamericana sobre vida saludable, salud y bienestar y establecer las similitudes, diferencias y discrepancias que se presentan entre lo que las personas consideran la salud y el concepto de la OMS y la OPS.

## Material y métodos

El enfoque del estudio fue descriptivo y transversal. El horizonte de tiempo para la obtención del dato primario fue de septiembre de 2019 a marzo de 2020. Es multicéntrico y participaron cinco países: Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú.

Se empleó la revisión bibliográfica y documental para la elaboración de los referentes teóricos, análisis de instrumentos diseñados con propósitos afines y las definiciones de la OMS y OPS sobre salud y bienestar. Así como la encuesta para la obtención de la información cuantitativa, mediante un cuestionario anónimo de preguntas cerradas y preguntas abiertas sobre las variables cualitativas de interés. Además, se utilizó la consulta a expertos -quienes cumplieron el criterio de tener una amplia trayectoria y experiencia profesional en el desarrollo de investigaciones relacionadas con el tema-, mediante el método Delphi modificado, para la validación de los instrumentos y en la propuesta de categorías a que se arribó luego del análisis del discurso.

El universo estuvo constituido por la población entre 18 y 80 años de los países participantes en el estudio. Se empleó un muestreo no probabilístico, siguiendo el criterio de conveniencia en cada uno de los países. En tanto los criterios de inclusión fueron: tener 18 años y más, saber leer y escribir, no tener diagnóstico de enfermedad mental o degenerativa y estar de acuerdo en participar en el estudio.

La muestra total fue de 1327 sujetos, conformada por país como sigue: Colombia, 103; Cuba, 80; México, 1010; Panamá, 84 y Perú, 50.

Se exploraron variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, localidad y país) para caracterizar la población objeto de estudio; las relacionadas con el autoconcepto de vida saludable, salud y bienestar (vida saludable, relación entre salud y bienestar, requerimientos para alcanzar el bienestar, entorno de la vida cotidiana que se relacionan con el bienestar, así como percepciones sobre salud y bienestar) y actividades que generan y producen salud y bienestar. Para su identificación operacional se consideró en cada variable su definición y la escala de valores.

El trabajo en el campo se dividió en dos fases. Cada fase se desarrolló en un tiempo máximo de tres semanas. En la primera fase se socializó el protocolo del consentimiento informado, y se explicaron los objetivos de la investigación al grupo de participantes. El investigador, responsable de la recopilación de datos informó que serían utilizados con fines estrictamente confidenciales. Se procedió a firmar un consentimiento escrito en el modelo establecido adaptado a las particularidades de cada contexto, siempre cumpliendo los principios esenciales. Se insistió en que el cuestionario era anónimo y por ninguna razón escribieran su nombre.

En la segunda fase, los participantes completaron el cuestionario de caracterización de datos sociodemográficos y respondieron el cuestionario de actitudes y creencias sobre la salud y bienestar. Los instrumentos se acompañaron del modelo de consentimiento informado que fue firmado por los participantes en el estudio.

Los datos se procesaron en el paquete estadístico SPSS-20. Cada país envió las tablas al equipo que dirigió la investigación y estos fueron verificados y unificados en la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La estadística descriptiva fue utilizada para analizar la información que se obtuvo en la encuesta, resumida en tablas; como medida de tendencia central se calculó la mediana de los valores obtenidos en cada ítem en la escala de Likert y en las escalas nominal y ordinal o la media en la escala de diferencial semántico y en las agrupaciones en categorías establecidas en el caso de la escala de razón o proporción. Cuando la escala lo permitía, también se obtuvo el coeficiente de variación, expresado en por ciento, para enriquecer el análisis e interpretación de los datos y su comparación entre países.

Para procesar los datos cualitativos, como son de tipo nominal, el criterio por el cual se realizó la codificación fue por tema o categoría, pues la agrupación se hizo asociando los elementos similares.

El análisis de la información cuantitativa y cualitativa facilitó contrastar los resultados desde las diferentes perspectivas para encontrar las convergencias y divergencias, con el fin de alcanzar una comprensión más integral del problema de investigación.

El estudio no generó consecuencias perjudiciales para la salud y permitió la participación voluntaria y crítica de las diferentes personas involucradas en el mismo, cuya voluntad para participar se hizo de acuerdo con lo establecido en el protocolo de investigación.

Los miembros del equipo de investigación de cada país se encargaron de someter a aprobación el protocolo a los Comités de Ética de las instituciones en que laboran, lo que fue reportado en el informe de la investigación de cada uno de los países participantes.

## Resultados

La población estudiada, de acuerdo con las variables sociodemográficas, es la siguiente: existe predominio del sexo femenino, pues 59.2% son mujeres; la mayoría son jóvenes, el grupo de mayor frecuencia (40.9%) tiene entre 18 y 24 años; la escolaridad técnico superior, bachillerato o preuniversitario es del 37.2% y los universitarios sumaron 34.6%. El 54.9% son solteros y tienen pareja el 39.2% (de ellos 30.1% son casados y 9.1% acompañado o conviviente).

En general, las respuestas obtenidas proceden de cinco países, (Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú), mayoritariamente provienen de tres estados mexicanos (Campeche, Tabasco y Ciudad de México), así como de zonas urbanas; mujeres, de todos los grupos de edad; predominan los jóvenes y con muy poca presencia de adultos mayores; de escolaridad media superior en adelante, la mayoría trabajadores y estudiantes y en correspondencia con la edad muy pocos jubilados; los solteros estuvieron ampliamente representados.

Respecto a una vida saludable, *la buena relación entre mente, cuerpo y espíritu*, es la opción que más perciben las mujeres; mientras que, para los hombres, es un *buen funcionamiento del cuerpo*; en tercer lugar, de nuevo no hay coincidencia, pues ellas colocan *comer bien* y ellos *estar bien físicamente*.

En cuanto a las actividades que se consideran saludables, predomina una correcta identificación de ellas; hombres y mujeres coinciden y también en los diversos países. Sin embargo, *consumir alcohol o energizantes en exceso* lo consideraron una actividad saludable el 28% y 41% de hombres y mujeres, respectivamente; cuando se trata de *utilizar dispositivos electrónicos por tiempo prolongado*, la cifra en los hombres (33%) y mujeres (32%) es muy similar; con independencia del sexo, la mayoría considera que no son saludables: *la vida sedentaria, dormir menos de seis horas, ni fumar*. Si bien hay

actividades saludables que son valoradas igual por ambos sexos, las mujeres tienden a darle mayor valor que los hombres a *comer de forma balanceada* y a *realizar actividades recreativas*.

Referente al bienestar, no existe coincidencia en la prioridad que atribuyen hombres y mujeres a los requerimientos para alcanzarlo. Mientras que para las mujeres es *estar bien conmigo mismo* (paz interior), para los hombres es *vivir en paz* y en el segundo lugar se invierte el orden; ambos sexos relacionan la paz con el bienestar y, en tercer lugar, consideran *que el cuerpo este bien*.

La condición de la vida cotidiana que hombres y mujeres consideran que les produce mayor bienestar es *el acceso a servicios de salud*, mientras que, la segunda para las mujeres es sentirse *libre de violencia*, en tanto que para los hombres esta se coloca en la séptima posición; ellos atribuyen el segundo lugar a *tener un trabajo seguro*. En el octavo y noveno lugar, coinciden ambos sexos, en *tener tiempo libre para distraerse, descansar y poder hacer deporte*.

La representación social del autoconcepto de salud se relaciona con la percepción que tienen acerca de esta, pues la definen como el *equilibrio biopsicosocial* en primer lugar, seguido de *tener un cuerpo sano*. No se observó distinción por país.

La percepción sobre las actividades saludables se relaciona primero con diversas actividades físicas, entre ellas, cualquier tipo de ejercicio e incluso caminar; con bastante diferencia le sigue la *alimentación* buena y saludable, conceptos que coinciden en todos los países.

La representación social del autoconcepto de la enfermedad es *malestar, dolor o deterioro físico*, seguido de *la ausencia de salud, problema de salud y dolencia del cuerpo, un estado de desequilibrio y alteración*.

La mayoría consideró que las creencias sobre la salud tienen *sustento en la ciencia*, los *especialistas* y por lo tanto *mejoran cada día*; mientras otros declaran que *se aprenden con el tiempo, en la familia y la sociedad*; le sigue quienes consideran que sus creencias son malas o no son las más adecuadas. Llama la atención que en Perú se refirieron a algunas creencias sincréticas, tales como: *la pérdida de la salud por daño, el mal de ojo, el brujo es mejor que el médico, el huesero es mejor que el traumatólogo, parteras no obstetras y mata el baño por fiebre*.

Con las prácticas sucede algo similar, para la mayoría la representación social es que tienen *prácticas saludables*, esto les da tranquilidad, los fortalece, les ayuda y los hace sentirse bien. Otros refieren que *les hacen falta*, por lo que puede entenderse que carecen de estas prácticas o les hace falta *llevarlas a cabo para sentirse saludable*.

En cuanto a situaciones o actividades cotidianas relacionadas con la salud, la *alimentación* ocupa el primer lugar, seguida de la *actividad física*, pero con notable diferencia, después colocan al *trabajo y la vivienda digna, servicios de salud y públicos adecuados*, así como *descansar y dormir bien*, esto evidencia que las identifican de manera correcta. En Perú, al igual que con las creencias, se señala como práctica el *uso de la medicina tradicional, asistir a ritos sanadores, limpiar con cloro, bañarse en la laguna encantada, sobar por dolor de abdomen y santiguar rezando*.

Los hábitos diarios que afectan de forma negativa la salud, también ofrecen una representación social adecuada, con diferencias en la frecuencia obtenida para cada una de las categorías establecidas en los países participantes. (alimentación, adicciones, actividad física, descanso, sueño, entre otras).

Los centros docentes (*escuelas, colegios y universidades*), fueron referidos como el primer lugar en que se forma el autoconcepto de salud, seguido, con bastante diferencia, de la *familia y la casa*; después aparecen los *hospitales y centros de salud*; los *medios de comunicación, internet, redes sociales, televisión*. La *experiencia* queda en último lugar. En todos los países se observa la misma jerarquización con diferencias no significativas.

Las personas por las que forman su autoconcepto de salud son los *profesionales de la salud* (médicos, nutriólogos, psicólogos), seguida de la *familia* (padres, hijos, esposos). Mientras que amigos, *experiencia y profesores*, siguen en orden, pero con menos puntos. Resulta interesante que sean los centros docentes, el lugar donde se declara la formación del autoconcepto de salud y no se identifiquen a los profesores como las personas que contribuyen a formarlo. El análisis por países presenta algunas diferencias, en unos se le otorga el primer lugar a la *familia* y el segundo a los *profesionales de la salud*.

El autoconcepto de bienestar se refiere a como *estar bien conmigo mismo*, le sigue, pero con bastante diferencia, *tener salud física y equilibrio, balance, armonía y paz*. *Estar bien económicamente* ocupa el cuarto lugar. La representación social es la misma en los países estudiados.

La mayoría de los encuestados (35.3%), considera que salud y bienestar son autoconceptos *complementarios*, el 27% cree que son iguales; mientras que 18.5% piensan que *no son totalmente iguales, sino diferentes*, independientes o no totalmente diferentes, y dos de cada diez encuestados (19.1%) dijeron *no saber*. Esta representación social es igual en todos los países estudiados.

Aproximadamente una de cada cuatro personas (27.3%), perciben que han alcanzado el bienestar cuando sienten *satisfacción emocional*; seguido de *tener salud física* (20.5%),

y en tercer lugar *cuando tiene suficientes recursos* (17.5%). Las demás representaciones sociales muestran porcentajes inferiores y ninguna se relaciona con aspectos de orden económico. No obstante, Perú es el único país en que se atribuye el bienestar a *satisfacer las necesidades básicas*, que sí tiene relación con la economía personal.

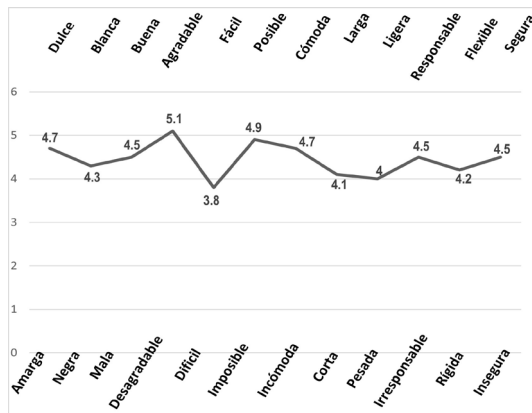
Las actividades que a las personas le resultan muy fáciles y fáciles de realizar son: *informarse acerca de cómo modificar los hábitos que no propician una vida saludable* (85%); *participar en actividades en la comunidad que contribuyan a que tenga una vida saludable* (70.6%); *transformar sus condiciones de vida para tener una vida saludable* (65.1%); *incorporarse a proyectos que le permitan modificar los hábitos que no propician una vida saludable* (61.1%). En tanto, *lograr que el medio ambiente repercuta en una vida saludable* sólo obtuvo 47.9%. El análisis por países no ofrece diferencias significativas.

Por último, la población percibe la vida saludable, a partir de la técnica proyectiva, como: *agradable, posible, dulce y cómoda; buena, responsable y segura; algo blanca, flexible, larga, ligera* pero no muy fácil (Figura 1).

## Discusión

Es muy importante valorar desde su definición teórica los conceptos de salud y bienestar, como también lo es, la manera en que las personas la consideran y asumen, así como su representación social. Era sabido que resultaría difícil y complejo medir en esta investigación, los constructos vida saludable, salud y bienestar, dadas las múltiples dimensiones que los componen y las dificultades que se conocían por la literatura y que se constató que implicaba su medición directa de manera objetiva. No obstante, al igual que otras investigaciones precedentes<sup>5,6,9</sup>, se logró obtener el autoconcepto de las personas de salud, vida saludable y bienestar.

**Figura 1.** Percepción de la vida saludable según adjetivos bipolares



Fuente: elaboración de las autoras.

Salud, es un término complejo en el análisis, dado que se relaciona con la dimensión biológica y psicológica de los individuos, sin dejar de considerar que se asienta en un entorno social, que por supuesto, incluye lo económico. Es por eso que, desde la academia, cada vez se habla con mayor fuerza de los determinantes sociales de la salud.

El término bienestar, puede resultar aún más complejo, no solo por su definición, sino mucho más por su interpretación y como se presenta en el imaginario social de cada persona, entre otras razones, porque es el modo de afrontar las condiciones de vida<sup>10</sup>, va a depender de la propia salud, como de los recursos internos y externos con que cada individuo cuente y ello se va a reflejar en su calidad de vida, la que a su vez va estar mediada por el contexto en que se desenvuelve.

La pandemia de la Covid-19, hace repensar también en el concepto de salud y bienestar y su interrelación, pues las personas que no han sido contagiadas, en términos generales, pueden considerarse que tienen una buena salud, sin embargo, factores ambientales, económicos, políticos y sociales, están influyendo de manera importante en su calidad de vida y por tanto en su bienestar, por lo que aunque los aspectos físicos, se encuentren en estado óptimo, lo mental, espiritual y emocional va a estar afectado<sup>11</sup>.

Es sabido que ambos conceptos, salud y bienestar, varían a la vez en dependencia de la cosmovisión de los distintos grupos sociales, siendo diferentes en áreas urbanas y rurales y mucho más en aquellos lugares donde habitan poblaciones indígenas o sus descendientes. El estudio pretendía abarcar precisamente contextos diferentes de Latinoamérica, pero solo fue posible incluir áreas urbanas, en cinco países: Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú, cuatro de ellos en las capitales; México incluyó a los estados de Campeche, Ciudad de México y Tabasco y, en Perú, sólo se realizó en el departamento de Chiclayo más cercano a la ruralidad y a la población indígena, lo que se evidenció en las creencias de su población sobre la salud, apegada al sincretismo. Esa riqueza que hubiese permitido un análisis desde el imaginario social con cosmovisiones diferentes no se logró y los resultados que se obtienen de los países son muy similares, producto de la globalización que incluye los comportamientos de las personas con relación a la salud.

En el imaginario de la población, el concepto de salud de la OMS<sup>12,13,14</sup> entendido como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, no está interiorizado de esa forma por las personas, en detrimento de los intentos de hacer ver la importancia de un estilo de vida saludable, ya que incluso la identifican muy relacionada sólo con la alimentación y en menor medida con el deporte y la actividad física.

El género no ofrece grandes diferencias en las representaciones sociales con relación a la salud. Tampoco la situación geográfica,<sup>15</sup> dadas las limitaciones ya descritas del estudio, pero también es evidente como la globalización hace que se vayan perdiendo tradiciones y costumbres que se encontraban arraigadas en el imaginario social y cuya resultante tenía mucho que ver con los comportamientos de las personas que influyen y hasta determinan su salud, corroborando que en la vida cotidiana producen la salud en función de la representación social que tienen de ella, independientemente de las estrategias, programas, planes y acciones, que se desarrollan desde las instituciones sanitarias, para que desde el imaginario de los prestadores, estos contribuyan a la producción de salud que se acerque más al paradigma establecido desde lo conceptual, construido con una mirada holística, que incluya la presencia de múltiples disciplinas.

Llama la atención el hecho de que la población recibe acciones para lograr el bienestar muy relacionadas con la comunicación, pero no con las transformaciones del medio, las cuales tampoco asume fácilmente, y ven pocas posibilidades de cambiar y transformar el medio que está determinando la situación de salud. Esto constituye un reto importante para la salud pública, pues solo de esta forma se puede producir salud y no enfermedad.

También es sabido, que el imaginario social de las personas y grupos se transforma a diario<sup>5,6,8</sup> y el SARS-CoV-2, no solo va a dejar una secuela de enfermedad y muerte, también va a influir en la forma en que la población percibe y va percibir la salud y el bienestar, como se pudo constatar en el estudio realizado por este mismo equipo de investigación, pues ya no se limitan a relacionar la alimentación con la salud, sino a percibir que pueden adquirir hábitos saludables, que el bienestar depende de ellos mismos y pueden realizar cambios, al menos en la familia, para mejorar su condición física y mental y mantenerse sanos<sup>16</sup>.

Es muy importante afianzar y por tanto incluir en el imaginario de la población, que la producción social de la salud solo se logra con el acercamiento desde la salud pública y sus instituciones, a la realidad que viven las personas.

En esta investigación, si bien se consideró a los centros educacionales como el lugar de aprendizaje del concepto de salud y bienestar, son los profesionales sanitarios las personas por las que se aprende. En el referido estudio<sup>16</sup>, el comunicador más confiable resultó la institución sanitaria y sus profesionales, por lo que constituye también una excelente oportunidad para la elaboración de estrategias de comunicación y planes de acción para la promoción de la salud, donde se entrelacen la ciencia y el sentido común característicos de los saberes populares, para transformar lo que sea necesario y fortalecer lo que es adecuado, y difundirlos

a la familia a través de los canales de comunicación utilizados de generación en generación por el imaginario popular para transmitir las herramientas requeridas para actuar desde su propio entorno.

En el imaginario de la población, aunque pueden percibir la salud como la relación entre cuerpo y mente, le atribuyen el papel fundamental a la alimentación para tener una vida saludable y también al deporte o a la actividad física; aunque en general se identifican de forma correcta las actividades que pueden ser o no saludables, llama la atención que consumir alcohol o energizantes en exceso, no se perciban con la connotación negativa que tienen estos comportamientos, principalmente entre los hombres.

Si bien, con relación al auto concepto de salud no se observan diferencias notables en el imaginario de hombres y mujeres, sí las hay en el auto concepto de bienestar, pues, aunque la paz es el elemento central que se relaciona con el bienestar, las mujeres la perciben más hacia su interior y los hombres en el contexto en que se encuentren. Esta diferencia por género se presenta también en lo relacionado con las actividades que generan el bienestar, aunque existe coincidencia en el acceso a los servicios de salud, en el imaginario de los hombres predomina su papel de proveedores en la familia, esto puede explicar que coloquen en primer lugar el trabajo, en tanto para las mujeres el primer lugar lo ocupa, estar libre de violencia. Esto hace pensar, que el rol machista y la sumisión de la mujer, se encuentran presentes en el contexto latinoamericano, aunque la población femenina encuestada cuenta con un alto nivel escolar, sea trabajadora o estudiante y viva en zonas urbanas.

El autoconcepto de salud está relacionado con la ausencia de la enfermedad y el de enfermedad con la pérdida de la salud, pero no con los comportamientos que pueden generarla o perjudicar la salud. Las personas se sienten saludables cuando no están enfermas y sólo en Colombia se relacionó con el estilo de vida.

Las creencias, tan importantes en la conformación de conocimientos y actitudes de las personas, al abordarse desde la perspectiva cualitativa, no se obtuvo información que pueda considerarse un resultado aceptable en la investigación, aunque las respuestas que se obtuvieron apuntan al papel de la familia y la sociedad en la apropiación y por tanto en el imaginario social del contexto donde las personas viven. Fue muy interesante como en la población peruana encuestada -aunque es urbana, se encuentra más cerca de la ruralidad-, afloraron creencias sincréticas, de las cuales no todas favorecen la salud de las personas, no obstante, es posible actuar sobre ellas para modificarlas.

Este tipo de información es el que resultaba necesario obtener, pues también aparecen en esa misma población en las prácticas, donde no refieren acudir a la institución sanitaria. Las creencias en salud son la base de los comportamientos de las personas; así se encontró en los demás países lo contrario, esto es, una visión en los encuestados más cercana a las prácticas de cuidado y atención médica, nuevamente la alimentación se encuentra en el centro del imaginario que las personas, como la representación social para obtener salud y tener una vida saludable.

Es importante destacar que las personas no se ven como entes activos en la construcción social de la salud y su papel como entes transformadores, esto se refleja en lo fácil que es recibir información y no así en todo aquello que implica actuar sobre el medio para que este sea saludable. Ello apunta a un papel pasivo y receptor que no favorece el desarrollo desde lo individual a lo comunitario y, por tanto, deja en manos de las instituciones sanitarias la producción de la salud.

Asumir esta investigación empleando las representaciones sociales como herramienta de la investigación, pretendía interpretar el significado de la salud y el bienestar en la población latinoamericana, para comprender la forma de pensar y actuar de las personas tomando como referente las imágenes y lenguaje organizado como símbolos en su mente, que se han construido socialmente al apropiarse de conocimientos y experiencias y matizan su actuación cotidiana<sup>17</sup>; para poder contrastarla con la conceptualización de la OMS y OPS y valorar la coherencia con lo que hacen y deben hacer los profesionales de salud en función de su bienestar.

Si bien el estudio, por la complejidad de los instrumentos que se requieren para la obtención de la información, la falta de pericia en los investigadores en su aplicación y la dificultad de las personas, para responderlos, no ha permitido obtener los resultados que se pretendía, no obstante, arrojó temas de análisis para la salud pública.

Si agregamos el hecho de una muestra no probabilística, en la casi totalidad de los lugares, pone de manifiesto que los resultados obtenidos sobre el imaginario de la población, se circunscriben a los contextos y características de la población estudiada, sin dejar de constituir un indicativo que se puede emplear en la elaboración de estrategias que permitan modificar los aspectos no favorables a la salud, reforzar los positivos y apropiarse de los saberes de esos grupos poblacionales, tomando como referente la representación social que estos tienen sobre la salud, la vida saludable y el bienestar.

## Conclusiones

La población que participó en la investigación no se percibe como ente activo y transformador en las actividades que generan una vida saludable y por tanto en la construcción social de la salud, esto muestra un papel individualista, pasivo y receptor que no favorece el desarrollo comunitario y, por tanto, deja en manos de las instituciones sanitarias la producción de la salud.

La salud universal subyace en la representación social del bienestar al mostrar la importancia que le concede la población al acceso a servicios de salud.

Si bien, el autoconcepto de salud y actividades que la generan, no ofrecen diferencias notables en cuanto al género, referente, respecto al bienestar no existe coincidencia, en la prioridad que atribuyen hombres y mujeres a los requerimientos para alcanzarlo.

La conceptualización de la salud que propugna la OMS es algo no interiorizado por las personas de los países latinoamericanos encuestados.

Cabe destacar que predomina en el imaginario de los hombres su papel de jefe de familia, por lo que le da especial importancia al trabajo, mientras que, a las mujeres les preocupa, dentro y fuera del hogar, es estar libres de violencia, sin importar que cuenten con un alto nivel escolar, sean trabajadoras o estudiantes y vivan en zonas urbanas.

El papel de la familia y la sociedad en la apropiación y por tanto en el imaginario social del contexto donde viven las personas, es posible que cambie a partir de la pandemia de la Covid-19.

En la población encuestada no existe una diferenciación clara entre la representación social de salud y bienestar, esto pone de manifiesto que el concepto de salud que propugna la OMS es algo no interiorizado por las personas de los países latinoamericanos encuestados.

## Agradecimientos

A los investigadores que se encargaron de realizaron el estudio en sus países: Dra. C. Claudia L. Sánchez Camargo, Universidad Antonio Nariño, Colombia; Mtra. Niurka Hernández Labrada y Mtra. Xiomara Martín Linares, Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba; Dra. C. Teresa de Jesús Brito y Dr. C. Ángel Esteban Torres Zapata, Universidad Autónoma del Carmen, México; Dr. C. Heberto R. Priego Álvarez, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México; Mtra. Malvina Díaz de Ceballos, Universidad de Panamá, Panamá y Dra. C. Marina Caján Villanueva, Universidad César Vallejo, Perú.

Al grupo de investigadores de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México, integrado por la Mtra. Sair Alejandra Martínez Hernández, Dr. Armando Tomé González, Mtra. Teoauiliztli Olivares García y Lic. Joshua Bladimir Hernández Jiménez, por su apoyo en la integración y procesamiento de los datos.

## Contribución de los autores

Conceptualización y diseño: NSL, CHG; Metodología; Adquisición de datos y Software: CHG; Análisis e interpretación de datos: NSL, CHG; Investigador Principal: NSL, CHG; Redacción del manuscrito— Preparación del borrador original: NSL; Redacción revisión y edición del manuscrito: NSL, CHG; Visualización: NSL, CHG; Supervisión: NSL, CHG.

## Referencias

1. Suárez, L. N. Enfoque Social de la Mercadotecnia Sanitaria. La Habana: Editorial Lazo Adentro; 2017.
2. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS) [Internet] Villahermosa, México: RIMS; 2021[Consultado 2021 feb. 17] Disponible en: <http://www.rims.org.mx/>
3. Suárez, L. N; Hernández, G. C; Cajan, V. M; Remoaldo, P. C; Torres, S. C; Priego A. HR. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Cubana Salud Pública. 2015; 41(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662016000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100012)
4. Suárez, L. N; Hernández, G. C; Cajan, V. M; Remoaldo, P. C; Torres, S. C; Orozco, V. MA. Actitud hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Horizonte Sanitario. 2016; 15(1), 8-18. Disponible en: [http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1051/pdf\\_1](http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1051/pdf_1)
5. Moreno, C. JA. Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia. 2015; 7(2), 47-62. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/psicologia/article/view/325204>
6. Moreno, C. JA. Representaciones sociales sobre la salud de una comunidad rural de un municipio de Antioquia. Tesis para obtener el grado de Maestro en Educación y Desarrollo Humano. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Universidad de Manizales, Colombia. 2016. Disponible en: <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2270/TESIS%20REPRESENTACIONES%20SOCIALES%20DE%20LA%20SALUD-MAYO-2016-Jhony%20Moreno.pdf?sequence=1&isAllowed=y>





7. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015-2016. Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Capítulo 3. Las percepciones sobre el bienestar en Guatemala. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala – Oficina de la Coordinación Residente. 2016, 47-78.
8. Bassani, A. R; Diedrich, C; Lazarovich, M. B; Moreno, O. V; Agostini, L. R. Las representaciones sociales sobre salud y enfermedad, un estudio comparativo. Proyecto 1376 del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta, CIUNSA, 2006-2008. Disponible en: <[https://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&as\\_sdt=0,5&q=Bassani,+AR,+Diedrich+C%3B+Lazarovich+MV,+Moreno+OV,+Agostini+LR.+Las+representaciones+sociales+sobre+salud+y+enfermedad,+un+estudio+comparativo](https://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&q=Bassani,+AR,+Diedrich+C%3B+Lazarovich+MV,+Moreno+OV,+Agostini+LR.+Las+representaciones+sociales+sobre+salud+y+enfermedad,+un+estudio+comparativo)>
9. Moral, J. M. Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. Boletín de Psicología. 2008; 94, 85-104. Disponible en: <<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N94-6.pdf>>
10. Castellanos, P. L. Sobre el concepto de salud-enfermedad: Descripción y explicación de la situación de salud. OPS. Boletín Epidemiológico 1990; 10(4). Disponible en: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/32628>>
11. Tosoli, G. AM; Oliveira, D. C; Pereirade Sá C. Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. Revista Latinoamericana de Enfermagem, 2008; 16(1). Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100019>>
12. Organización Mundial de la Salud. Resolución W.H.A. 30, 43. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1977.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978. (Serie SPT, 1).
14. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias. Salud Para todos en el año 2000 Washington, 1980. (Documento Oficial, 173).
15. Alcántara, M. G. La definición de salud de la Organización Mundial de la salud y la intersectorialidad. SAPIENS. Revista Universitaria de Investigación. 2008; 9(1) junio. Disponible en: <<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>>
16. Hernández-Garnica, C; Suárez-Lugo, N. de la C. Salud y bienestar en el tiempo de la pandemia del COVID-19. Horizonte Sanitario, 2021; 20(3), 395-406. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4229>
17. Moscovici, S. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales en Psicología social II: Pensamiento y vida social. Barcelona: Paidós. 1986.