



# Salud y bienestar en las representaciones sociales de los profesionales de salud Latinoamérica 2019 – 2020

## Health and well-being in the social representations of health professionals in selected Latin American countries 2019–2020

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

DOI: 10.19136/hs.a22n2.5115

Artículo Original

• Fecha de recibido: 24 de mayo de 2022 • Fecha de aceptado: 9 de septiembre de 2022 • Fecha de publicación: 28 de abril de 2023

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:** La investigación se propuso tres objetivos: describir la representación social de salud y bienestar; caracterizar la labor de los profesionales de salud para promover el bienestar; establecer similitudes y diferencias entre lo que conocen y realizan, respecto del concepto de la Organización Mundial de la Salud.

**Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo, transversal, multicéntrico (Cuba, México, Panamá y Perú); después de una revisión bibliográfica, se llevó cabo una encuesta y consulta a expertos. Se utilizó un muestreo no probabilístico y se realizaron análisis de estadística descriptiva.

**Resultados:** Los profesionales de salud, perciben el bienestar muy agradable y cómodo, posible, dulce, bueno, responsable, flexible, seguro, blanco, algo ligero, pero un poco corto y difícil; a la salud la perciben muy agradable, posible, cómoda, flexible, dulce, responsable, segura, buena, blanca, ligera y larga pero difícil; la mayoría cree conocer los conceptos salud y bienestar de OMS/OPS, pero al compararlos con los establecidos por estos organismos, no son correctos, ni completos y su conocimiento resulta insuficiente.

**Conclusiones:** Los profesionales de salud no tienen una comprensión total de la relación entre ambos conceptos; la mayoría realiza las acciones para promover el bienestar que le resultan fáciles; no se perciben como entes activos y transformadores en las actividades generadoras de una vida saludable y, por tanto, no se encuentran en consonancia con las transformaciones necesarias que privilegian salud y bienestar.

**Palabras clave:** Profesionales; Salud, Bienestar, Representación; Social.

### Abstract

**Objectives:** The research proposed three objectives: to describe the social representation of health and well-being; characterize the work of health professionals to promote well-being; establish similarities and differences between what they know and do, with respect to the concept of the World Health Organization.

**Materials and methods:** It is a descriptive, cross-sectional, multicenter study (Cuba, Mexico, Panama and Peru); after a literature review, a survey and expert consultation were carried out. Non-probabilistic sampling was used and descriptive statistical analyzes were performed.

**Results:** The health professionals, perceive well-being as very pleasant and comfortable, possible, sweet, good, responsible, flexible, safe, white, somewhat light, but a bit short and difficult; health is perceived as very pleasant, possible, comfortable, flexible, sweet, responsible, safe, good, white, light and long but difficult; most believe they know the concepts of health and well-being of WHO/PAHO, but when compared to those established by these organizations, they are not correct or complete, and their knowledge is insufficient.

**Conclusions:** In conclusion, they do not have a full understanding of the relationship between both concepts; most take actions to promote well-being that are easy for them; they are not perceived as active and transforming entities in the activities that generate a healthy life and therefore, they are not in line with the necessary transformations that privilege health and well-being.

**Keywords:** Health professionals; Health; Welfare; Social; Representation.

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

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



## Introducción

La salud<sup>1</sup> es un término complejo en el análisis, dada su vinculación con la dimensión biológica y psicológica de los individuos, sin dejar de considerar al entorno social que, por supuesto, incluye lo económico. Por esto, desde la academia, cada vez se habla con mayor frecuencia y sustento de los determinantes sociales de la salud<sup>2</sup>.

El término bienestar puede resultar aún más complejo, no sólo por su definición<sup>3</sup>, sino entre otras razones, por su interpretación y representación social de cada persona porque es el modo de afrontar las condiciones de vida; depende de la propia salud, así como de los recursos internos y externos de cada individuo; se refleja en su calidad de vida, mediada por el contexto en que se desenvuelve.

La presente investigación se realizó antes del inicio de la pandemia de COVID-19, esto también hace pensar, en la actualidad, en modificaciones en el concepto de salud y bienestar y su interrelación<sup>4</sup>, pues las personas, incluidos los profesionales sanitarios, que no han sido contagiados, en términos generales pueden considerar que tienen una buena salud; no obstante, factores ambientales, económicos, políticos y sociales, influyen de manera importante en su calidad de vida y, por tanto, en su bienestar. De esta forma, aunque los aspectos físicos se encuentren en estado óptimo, lo mental, espiritual y emocional debe estar afectado.

Los conceptos de salud y bienestar<sup>5, 6</sup> son muy importantes para valorarse desde su definición teórica, pero también en la manera en que la consideran y asumen las personas, así como su representación social. Estos varían a la vez, dependiendo de la cosmovisión de los distintos grupos sociales, y difieren en áreas urbanas y rurales. Por supuesto, entre los profesionales de salud, la representación social de este concepto siempre tendrá la impronta personal, matizada de sus vivencias, aunque los conceptos aprendidos en su formación profesional constituyan un elemento vital.

Ambos conceptos se materializan en la forma de actuar de los profesionales sanitarios, tanto en la atención a los pacientes en los diferentes servicios que proveen, como en su propia estructura y funcionamiento. También se reflejan en la concepción de los programas de salud que se diseñan y ejecutan para la atención y control de los problemas de salud en contextos urbanos y rurales. Los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental en la formación y transformación de la salud y el bienestar de la población, pues son quienes van a diseñar y ejecutar las políticas públicas que deben propiciar el bienestar, así como las acciones de promoción de la salud.

La representación social de salud y bienestar que los profesionales sanitarios integran en su imaginario, va a dejar su impronta en

la manera de actuar, es decir, en su producción social, de esta forma, estudiarlos será de utilidad para poder ajustar tanto los servicios como los programas, a los conceptos establecidos<sup>7</sup> por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y la Oficina Panamericana de la Salud, (OPS), quienes la definen como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>8</sup>.

La representación social es una categoría enmarcada, por su contenido, en las ciencias sociales y se encuentra desde hace algunos años en diversas investigaciones en la esfera de la salud. Con base en el análisis y valoración de reconocidos investigadores<sup>9, 10</sup>, en el presente estudio se utilizó la siguiente definición: “...es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones, originados en la vida diaria en el curso de las comunicaciones interindividuales. Es una forma de interpretar y pensar la realidad cotidiana; se relaciona con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; constructos cognitivos compartidos en la interacción social, que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento”.

Las instituciones de salud promulgan el concepto de salud y bienestar, así como las formas de obtenerlo, pero esa imagen ha sido reelaborada por sus profesionales quienes construyen la representación social de estos conceptos, la transmiten a sus pacientes y la población en general y se comportan de acuerdo con ellos. La salud y el bienestar, por tanto, son producto de la construcción de la realidad de individuos y grupos en un contexto histórico social determinado<sup>10, 11</sup>.

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS)<sup>12</sup>, por su experiencia en investigaciones con carácter multicéntrico<sup>13, 14</sup>, consideró la necesidad de realizar un estudio, en los países que la integran, que diera respuesta a los objetivos siguientes: caracterizar lo que hacen y describir lo que deben hacer los profesionales de salud para promover el bienestar y establecer las similitudes y diferencias que se presentan entre lo que realizan los profesionales de salud para la promoción del bienestar y el concepto de la OMS y OPS.

Esta investigación se propuso tres objetivos: describir la representación social de salud y bienestar; caracterizar la labor de los profesionales de salud para promover el bienestar; establecer similitudes y diferencias entre lo que conocen y realizan, respecto del concepto de la Organización Mundial de la Salud.

## Material y métodos

Este es un estudio descriptivo, transversal, cuanti-cualitativo, multicéntrico; los países se eligieron para representar cada región, México por América del Norte; Cuba por el Caribe; Panamá en América Central y Perú en América del Sur. En Cuba, Panamá y México el estudio se realizó en la capital del país; en

este último país, además se incluyeron los estados de Campeche y Tabasco; en Perú el estudio se realizó en Chiclayo, capital del Departamento de Lambayeque. El horizonte de tiempo para obtener del dato primario fue de septiembre de 2019 a febrero de 2020.

Se realizó una revisión bibliográfica para plantear los referentes teóricos, análisis de instrumentos diseñados con propósitos afines y las definiciones de la OMS y OPS sobre salud y bienestar; posteriormente se elaboró un cuestionario de 28 preguntas para la obtención del dato primario, estructurado en dos partes: información sociodemográfica y preguntas relevantes acerca de las variables estudiadas: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, profesión, estudios posgrado, experiencia laboral, sector y esfera laboral, localidad y país); concepto de salud y bienestar; acciones que realiza para la promoción del bienestar (frecuencia y entre quienes las realiza); acciones que se deben realizar para la promoción del bienestar y conocimiento del concepto de salud de OMS/OPS (creído y real).

El cuestionario se integró con preguntas cerradas y otras de alternativas múltiples no excluyentes y preguntas abiertas; para la validación de los instrumentos se empleó la consulta a expertos y en la investigación cualitativa se utilizó el método Delphi modificado para, luego del análisis del discurso, arribar a la propuesta de categorías. Asimismo, se elaboró el modelo de consentimiento informado, el cual fue adaptado a las particularidades de cada contexto, siempre cumpliendo los principios esenciales.

El universo estuvo constituido por la población de profesionales de la salud de entre 26 y 80 años. Se empleó un muestreo no probabilístico, siguiendo el criterio de conveniencia en cada uno de los países y con los siguientes parámetros de inclusión: ser graduado de una especialidad de salud como enfermero, médico, estomatólogo/odontólogo, psicólogo, sociólogo, fisioterapeuta u otra en que realice actividades para la promoción del bienestar, estar vinculado de forma directa a los servicios públicos o privados y estar de acuerdo en participar en el estudio. La muestra total fue de 547 sujetos, conformada por país de la siguiente forma: Cuba, 83; México, 374; Panamá, 50 y Perú, 40.

El trabajo de campo se desarrolló en cuatro semanas de la forma siguiente: el investigador principal entregó a cada participante el modelo de consentimiento informado y el cuestionario; se encargó de la socialización del consentimiento informado e insistió en que el cuestionario era anónimo. A continuación, los participantes completaron el cuestionario y la firma del consentimiento informado, verificando al entregarlo que ambos cumplieran con los aspectos estipulados. El instrumento se aplicó en la comunidad y en los lugares donde laboraban los encuestados.

Cada país procesó sus datos utilizando el paquete estadístico SPSS-20, enviaron las tablas de resultados al equipo que dirigió la investigación y estas fueron verificadas y unificadas por el grupo de investigación de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para analizar los datos que se obtuvieron de la encuesta se calculó la mediana de los valores en cada ítem en la escala de Likert y en la escala nominal, así como la media en la escala de diferencial semántico y en las categorías en la escala de razón o proporción. Cuando la escala lo permitía, también se obtuvo el coeficiente de variación, expresado en porcentajes, para el análisis e interpretación de los datos y su comparación entre países.

Para procesar los datos cualitativos, se realizó de manera virtual el entrenamiento de los investigadores de los países, para propiciar la comparabilidad de la información de tipo nominal. Se definió para cada pregunta el criterio de codificación de las respuestas por tema y la agrupación en categorías se hizo asociando los elementos similares.

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

Se tuvieron en cuenta los criterios éticos para este tipo de investigación<sup>15</sup>. Los miembros del equipo de investigación de cada país reportaron en su informe el resultado de someter el protocolo a la aprobación de los Comités de Ética de las instituciones en que laboran.

## Resultados

A continuación, se presentan y analizan los principales resultados obtenidos, entre los profesionales de la salud; la muestra se caracteriza por el predominio del sexo femenino, en México las mujeres representaron el 57%; en Cuba 68%; Perú 75% y Panamá 84%.

Respecto a la edad, el mayor grupo es de 26 a 30 años (33%), mientras el grupo de edad se incrementa, se reduce el porcentaje de participantes; de 31 a 40 años es de 25% y de 41 a 50 años de 23%; en el grupo mayor de 50 años es sólo del 19%. Considerando que la muestra en México es del 68% del gran total, la composición de los grupos de edad es muy similar a la general. En Panamá el grupo de 26 a 30 años es el menor (8%), sin embargo, en Perú es el mayor (58%); mientras tanto en Cuba el grupo más grande (35%) es el de más de 50 años.

Respecto al estado civil, los solteros representan el 38%, el resto se agrupan en los que tienen o han tenido pareja y de ellos el 45% son casados. En México son más los solteros (42%); en

Perú, fue igual la proporción de solteros y participantes con pareja; mientras que en Cuba y Panamá se asemejan al resultado general.

En cuanto a la profesión en la muestra total, el mayor porcentaje corresponde a los médicos (37%), seguido de los graduados de enfermería (30%) y en menor proporción los de estomatología/odontología (11%); en México los estomatólogos alcanzan el 14% y 22% son psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas; en Perú, la mitad son enfermeras; en Cuba la mayor parte son médicos y en Panamá de otras profesiones de la salud, entre las que figuran Auxiliar de terapia física, Administración, Biología, Comunicación, Derecho, Educación y Educación especial, Ingeniería biomédica, Ingeniería ambiental e Ingeniería textil, Ortopodología, Paramédico, Química, Química farmacéutica, Rehabilitación física y Trabajo social. Esto obedece a que se emplean profesionales de diferentes disciplinas en los distintos niveles de atención y varían de acuerdo con el país.

El 27% tiene más de 20 años de graduado, 37% tiene entre seis y 20 años de haberse graduado y 36% cinco o menos años; este resultado denota que la mayoría tienen experiencia como profesional de la salud, situación igual a la de México. En Perú, la mayor parte tiene cinco o menos años de graduado (63%). En Cuba y Panamá, los mayores porcentajes 41% y 49%, respectivamente, están en 20 y más años de graduados.

Más de la mitad han cursado especialidad, maestría o doctorado (53%) son muy similares los resultados en Cuba, México y Panamá; sin embargo, en Perú la mayoría (85%), no tiene estudios de posgrado, esto de alguna manera se relaciona con la edad de los profesionales. En cuanto al ámbito en el que se desempeña el 61% está en el servicio asistencial, 18% en la docencia y 12% en la administración. Pocos se dedican a la investigación (7%). Esta situación es muy semejante en todos los países estudiados.

El 66% se encuentran solo en el servicio público; en el privado el 23% y 11% se desempeña en ambos sectores. Esta situación es muy semejante en todos los países estudiados, con excepción de Cuba que no tiene servicio de salud privado.

En la muestra se encuentran representantes de los diferentes niveles de atención, el 38% realiza su trabajo en un centro de salud, 32% en hospital y 6% en la comunidad; el 25% labora en instituciones privadas ya sea contratado o por cuenta propia. Esta situación es muy similar en todos los países estudiados.

Considerando el área geográfica de atención, el 51% labora en provincia, departamento, estado o región, el 38% a nivel nacional y el 11% en municipio, distrito o comuna. No hay diferencias notables en México y Perú. Sin embargo, en Cuba el 98% pertenece al nivel municipal y 54% en Panamá.

Poco más de la mitad de los profesionales participantes, considera que el concepto de salud de la población consiste en: *sentirse bien, estar bien* (52%), seguido de *ausencia de enfermedad* (27%). No hay diferencias en Cuba, México y Panamá, pero en Perú lo relacionan, principalmente con el *completo bienestar*, seguido de *ausencia de enfermedad*.

Para el 34% de los profesionales que laboran en los servicios de salud, su concepto de bienestar lo relacionan con *satisfacer necesidades económicas* y las restantes con aspectos de *salud física y emocional; la tranquilidad (sentirse bien)* tiene un porcentaje mayor (23%) con relación a las otras categorías. En México es inferior el porcentaje que lo relaciona con *satisfacer necesidades económicas*, (27%); en Cuba el 50% es *satisfacer por sí misma todas las necesidades*; en Panamá con *sentirse saludable* (35%) y en Perú le otorgan 25% a *sentirse saludable*, también a *sentir paz interior y a satisfacer por sí mismo todas las necesidades*.

En los adjetivos bipolares utilizados para caracterizar la salud, esta fue vista por los profesionales como muy agradable, posible, cómoda, flexible, dulce, responsable, segura, buena, blanca, ligera y larga pero difícil (Tabla 1). Los resultados de Cuba y México son muy similares, sin embargo, en Perú la ven algo difícil, amarga y corta; en Panamá, totalmente segura, responsable, posible y buena.

**Tabla 1.** Percepción de salud según adjetivos bipolares (Promedio)

Amarga		4.6		Dulce
Negra		4.3		Blanca
Mala		4.5		Buena
Desagradable			5.1	Agradable
Difícil	3.9			Fácil
Imposible		4.9		Posible
Incómoda		4.7		Cómoda
Corta	4.0			Larga
Pesada		4.1		Ligera
Irresponsable		4.6		Responsable
Rígida		4.8		Flexible
Insegura		4.6		Segura

Fuente: Elaboración propia.

En tanto el bienestar fue visto como muy agradable y cómodo, posible, dulce, bueno, responsable, flexible, seguro, blanco, algo ligero, pero también un poco corto y difícil (Tabla 2). Los resultados de México son muy similares; en Cuba la ven casi negra; en Perú, amarga y corta y en Panamá, buena, cómoda, agradable y responsable. Panamá se inclina a las valoraciones positivas tanto de salud como de bienestar.

El 78% cree que tiene conocimiento del concepto de salud de la OMS/OPS, con independencia de los años de graduado. Llama la atención que, quienes tienen más años de experiencia representan el 84% y no existen grandes diferencias con los grupos restantes. En Perú, la totalidad cree conocer el concepto, mientras que en Cuba y Panamá los porcentajes son de 88% y 86%, respectivamente. En México el conocimiento creído es inferior (72%). También se identificó relación entre menor conocimiento y menor experiencia (73% en quienes tienen cinco y menos años de graduados).

**Tabla 2.** Percepción de bienestar según adjetivos bipolares (Promedio)

Amargo		4.8		Dulce
Negro		4.3		Blanco
Malo		4.6		Bueno
Desagradable			5.1	Agradable
Difícil	3.8			Fácil
Imposible		4.9		Posible
Incómodo			5	Cómodo
Corto	3.9			Largo
Pesado		4.1		Ligero
Irresponsable		4.5		Responsable
Rígido		4.5		Flexible
Inseguro		4.4		Seguro

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, cuando valoran la suficiencia de este conocimiento, es algo menor (74%), (Tabla 3). Panamá es el único que difiere (66%); y son los de mayor experiencia los que tienen menor suficiencia (72%), esto puede deberse a una valoración más crítica o a una menor actualización. En México la mayor suficiencia la declaran casi todos, a excepción de los que tienen 20 o más años de graduados; en Cuba y Panamá es similar y en Perú no hay graduados de ese grupo.

Al comprobar el conocimiento sobre el concepto de salud, resultó correcto en el 75% de los encuestados; el grupo de 11 a 15 años de experiencia es el que mayor porcentaje obtuvo (83%), seguido del grupo de 20 años y más (82%). El de seis a diez años fue el menor (66%). México no presentó diferencias significativas respecto al total. En Cuba y Perú también fue así y resultó superior (87%) en Panamá (Tabla 3).

Aunque la mayoría considera que conoce el concepto de salud y que es suficiente su conocimiento, la corroboración de los investigadores, tomando como referente el establecido por la OMS, demuestra que son insuficientes.

**Tabla 3.** Conocimiento real del concepto de salud de la OMS/OPS según años de graduado y valoración por comparación de la respuesta

Años de graduado	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
	Absoluto		%	
5 o menos años	103	36	74	26
6 a 10	55	28	66	34
11 a 15	40	8	83	17
16 a 20	27	11	71	29
más de 20 años	97	22	81	19
Total	322	105	75	25

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la correspondencia entre el concepto de salud y bienestar ofrece como resultado que no hay una comprensión total de la relación entre ambos. La mitad considera que una incluye a la otra, para el 10% es lo mismo y sólo 40% cree que son diferentes. El análisis por años de graduado, aunque presenta algunas diferencias, estas no son notables (Tabla 4). En Cuba, Panamá y Perú es muy parecida; en México son menos quienes creen que una incluye a la otra (47%) o son diferentes (43%).

**Tabla 4.** Correspondencia entre el autoconcepto de salud y bienestar según años de graduado

Años de graduado	Lo	Diferentes	Una incluye	Lo	Diferentes	Una incluye
	Absoluto			%		
5 o menos años	20	73	98	11	38	51
6 a 10	8	41	39	9	47	44
11 a 15	5	20	38	8	32	60
16 a 20	6	24	21	12	47	41
más de 20 años	15	53	70	11	38	51
Total	54	211	266	10	40	50

Fuente: Elaboración propia.

El 86% realiza acciones para promover el bienestar. Los que más las realizan se encuentran en los extremos de los grupos de edad, es decir, cinco años o menos de graduado, seguido de los de más de 20 años. Este porcentaje por país llega a superar el 90%; en México es inferior (83%), sin grandes diferencias en los años de graduados, solo que los de cinco y menos años son los que realizan menos acciones de este tipo, al igual que en Perú.

Los motivos por los que no realizan acciones aparecen en primer lugar, *no tengo tiempo* y en segundo *no sé cómo hacerlo*. En Cuba fue *tiempo, interés y recursos* y en Panamá *tiempo y recursos*; en Perú *prioridad del cuidado*, esto puede deberse al alto porcentaje de enfermeras.



Sin embargo, por sexo se observan diferencias. Los hombres alegan que no las realizan, en primer lugar, porque *no tengo tiempo* y, en segundo lugar, con bastante diferencia *no sé cómo hacerlo*. Las mujeres tienen en primer lugar: *porque no le interesa, no sé cómo hacerlo y no tengo recursos para hacerlo*. En México, el primer lugar lo tiene *no sé cómo hacerlo y el segundo, no tengo tiempo*, a la inversa de como sucede a nivel general; y, de acuerdo con el sexo los resultados son similares al nivel general.

El 54% dijo realizar acciones para promover el bienestar con todos los pacientes; el 11% con pacientes crónicos y 9% con los adultos mayores, quienes son precisamente los más vulnerables. Este resultado se comporta de igual forma en Cuba, México y Panamá, pero en Perú, la totalidad refiere que promueve el bienestar con las mujeres.

De acuerdo con la frecuencia que se realizan los distintos tipos de actividades para promover el bienestar, el mayor porcentaje lo tienen las de *educación para la salud*, que refieren realizarlas siempre (65%) o casi siempre (28%). Muy de cerca, le sigue en orden, las *acciones específicas de acuerdo con las necesidades del usuario* que realizan siempre (62%) o casi siempre (34%). Cuba supera la cifra con 95% en las actividades de *promoción y prevención de salud*; Panamá tiene el mayor porcentaje en actividades de *atención a sus necesidades* y en Perú la totalidad de las respuestas se refieren a la *capacitación sobre manejo de conflictos*.

El 61% considera *informar acerca de cómo se pueden modificar los hábitos que no propician una vida saludable*, es una actividad muy fácil y fácil de llevar a cabo; por el contrario las que resultan muy difíciles o difíciles de realizar son: *actuar en el medio ambiente que rodea su comunidad y repercute en una vida saludable* (68%); *actuar en la transformación de las condiciones de vida que le permitirían a su comunidad tener una vida, saludable* (66%); *e implementar proyectos que permitan crear o fortalecer hábitos que propicien una vida saludable* (61%).

En general, no es fácil realizar aquellas actividades que requieren actuación y solo se reduce la dificultad cuando se trata de obtener información. Ninguna obtuvo cifras que los profesionales de salud puedan realizar de manera fácil, esto concuerda con el resultado anterior, ya que la *educación para la salud* es la actividad que realizan siempre o casi siempre. Cuba, Panamá y Perú se comportan de forma similar. En México resulta difícil y muy difícil realizar todas las actividades, incluso las de información y comunicación.

De acuerdo con la profesión de los encuestados, se observa que los estomatólogos u odontólogos, son los que más realizan acciones de *promoción de la salud*, mediante *talleres, campañas, programas, difusión* (97%); también las llevan a

cabo los enfermeros (70%) y los médicos (56%), así como la *educación para la salud, pláticas y otras enseñanzas* (58%); en otras profesiones, estas actividades alcanzan 65% y 62%, respectivamente.

Las acciones de promoción en general se comportan de la misma manera en México, le dan mayor peso a que sean los médicos quienes realicen acciones de *educación sobre la salud* (pláticas, enseñanza), mientras que los estomatólogos u odontólogos, enfermeros y otras profesiones, llevan a cabo actividades de promoción de la salud (talleres, campañas, programas, difusión). Los médicos realizan en Cuba de forma casi similar las *charlas educativas, las de promoción de salud y mejorar el estilo de vida*; los enfermeros y los estomatólogos u odontólogos también, llevan a cabo estas actividades, el mayor peso lo tienen en las *charlas educativas*, pero no realizan acciones para *promover el estilo de vida*. En Panamá y Perú lo médicos también se inclinan por la *promoción de la salud* al igual que los odontólogos, pero los enfermeros se orientan a las *charlas educativas*.

El orden que plantean los profesionales respecto a quienes deben realizar acciones para promover el bienestar es el siguiente: médicos, enfermeros, promotores de salud y autoridades sanitarias, por último, en la categoría de otros se incluye a los estomatólogos u odontólogos, así como trabajadores sociales. En Cuba y Panamá también le otorgan el primer lugar a médicos y enfermeras en Perú, donde la mayoría de los profesionales son de esa profesión

Atendiendo al género, los hombres consideran que son los médicos quienes deben realizar en primer lugar las acciones para promover el bienestar, mientras que las mujeres creen que deberían ser los promotores de salud; ambos coinciden en el segundo lugar en que deben ser los enfermeros y en tercero las autoridades sanitarias.

## Discusión

Los constructos que se plantearon en esta investigación, como en otras precedentes<sup>16,17,18</sup>, resultaron difíciles y complejos, dadas las múltiples dimensiones que los componen, y conocidas a partir de la literatura, así como su medición objetiva. No obstante, se logró obtener de los profesionales sus conceptos de salud y bienestar.

Experiencia y conocimientos son características de los profesionales estudiados, así como varias especialidades, lo que apunta hacia la diversidad y solidez en sus percepciones sobre la salud y el bienestar; a pesar de ello, el concepto de salud y bienestar que tienen como representación social, no siempre tiene una descripción correcta del mismo y en la escala de diferencial semántico, ambas la catalogan de difícil.

La mayoría señaló que realiza acciones para promover el bienestar, y quienes no las hacen, lo atribuyen al tiempo disponible, por encima de los conocimientos de cómo hacerlo. Se requiere una valoración *in situ* de sus acciones para ver como las realizan, dado que, en su representación social no parecen tener un conocimiento claro de los conceptos de bienestar y salud.

En un análisis atendiendo a la profesión, los médicos son los que más alegan no saber cómo hacerlo, mientras que enfermeros y otras profesiones consideran que no lo hacen por falta de recursos. Lamentablemente los estomatólogos u odontólogos refieren que no les interesa llevar a cabo acciones de promoción de la salud, y muestra la necesidad de sensibilizar a estos profesionales en la importancia de la salud bucal en la calidad de vida de las personas.

La poca presencia de acciones para promover el bienestar es aún más crítica cuando se observa que no se centra en los pacientes crónicos y los adultos mayores, lo que, en todos los países, generalmente, se encuentra incluido en los diferentes programas de atención a esos grupos vulnerables de la población.

También llama la atención que, todas las acciones llevadas a cabo o que deben realizarse para lograr el bienestar, se relacionan con la comunicación, información y educación, pero no con las transformaciones necesarias porque les resultan difíciles. En general, ven pocas posibilidades de cambiar el medio y privilegiar la salud y el bienestar, esto coincide con los enfoques tradicionales que han ofrecido escasos resultados y constituyen un reto importante para la salud pública, pues solo de esta forma se puede producir salud.

Aunque no coinciden plenamente las valoraciones de hombres y mujeres, se le otorga la responsabilidad de promover salud y bienestar a todas las profesiones menos a los estomatólogos u odontólogos, esta situación se debe modificar. Tampoco se observan diferencias en los conceptos de salud y bienestar entre los profesionales de salud de los países estudiados; en la percepción sobre las actividades que los promueven y en las demás variables estudiadas, esto revela la similitud en los comportamientos en la región, debido a la globalización, entre otras razones.

Es muy importante que se logre afianzar y por tanto incluir en la representación social de los prestadores, que la producción social de la salud solo se logra acercando la salud pública y sus instituciones, a la realidad que viven las personas. En este momento, en el nivel mundial y en cada uno de los países estudiados, se ha logrado la interacción entre las disciplinas médicas, económicas, técnicas para el tratamiento de la COVID-19 y las sociales para la prevención y control de la pandemia, lo que se torna en una oportunidad para lograr la

sostenibilidad de un enfoque holístico e intersectorial en la producción de la salud.

En la investigación realizada<sup>4</sup>, si bien se consideró a los centros educacionales como el lugar en el que se aprende el concepto de salud y bienestar, son los profesionales sanitarios las personas por las que se aprende y el comunicador más confiable resultó la institución sanitaria y sus profesionales, esto constituye 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 y dar solidez acerca de las prácticas adecuadas, ancladas en los canales de comunicación y contribuyan a que el imaginario popular transmita de generación en generación los conocimientos necesarios para darles a las familias, las herramientas requeridas para que puedan actuar desde su propio entorno.

Esta investigación coincide con estudios realizados<sup>16</sup>, que muestran la falta de claridad en el concepto de bienestar entre los profesionales de salud y derivado de ello no pueden actuar en consecuencia, tanto quienes se encuentran en la asistencia, como en la docencia o la administración. Esto muestra la necesidad de llevar a cabo acciones para formar las competencias de todos los profesionales sanitarios, que los preparen desde el pregrado, no solo para atender la enfermedad, sino resaltar la importancia de propiciar el bienestar, para engrandecer el proceder de todas las profesiones relacionadas con la salud. Excluir a alguna profesión puede llevar a limitar las acciones, por ejemplo, de los estomatólogos/odontólogos, quienes parecen no tener interés en este tipo de acciones.

Cuando en el imaginario de los profesionales de la salud no se percibe la perspectiva del bienestar para lograr la salud, implica no haber interiorizado que salud universal<sup>19</sup> y Objetivos de Desarrollo Sostenibles<sup>20</sup>, son los enfoques de la salud pública mundial, que deben permear en todos y cada uno de los países y solo se podrá alcanzar cuando las estrategias, programas y acciones de salud respondan a la perspectiva del bienestar y la formación de los profesionales de salud haga posible lograr ese enfoque.

El estudio de las representaciones sociales permitió interpretar el significado de la salud y el bienestar entre los profesionales sanitarios de países seleccionados de Latinoamérica, también permitió conocer la forma en la que otros autores los conceptualizan<sup>16</sup>, para comprender su forma de pensar y actuar, tomando como referente las imágenes y lenguaje organizado como símbolos en la mente de las personas, que han construido socialmente al apropiarse de conocimientos y experiencias que matizan su actuación cotidiana; poder contrastar los conceptos con los que plantea la OMS y OPS y valorar la coherencia con lo que hacen y deben hacer los profesionales de salud en función del bienestar.

A pesar de la complejidad de los instrumentos requeridos para la obtención del dato primario, la escasa experiencia de los investigadores en su aplicación y la dificultad de las personas para responderlos, se han alcanzado los objetivos planteados y se han obtenido temas de análisis para la salud pública. Situaciones similares han sido reportadas en investigaciones precedentes<sup>5,10</sup>.

El papel de los profesionales sanitarios es muy importante, por lo que es prioritario prepararlos para la forma actual en que se produce la salud y puedan accionar de forma adecuada en la transformación de los conocimientos de las personas en todo el ciclo de vida (individual y familiar), la relación con los grupos de referencia (escuela, amigos y otros grupos sociales), así como con los medios electrónicos (internet y redes sociales).

Las instituciones de salud al promover salud y bienestar se deben apegar al concepto que plantean los organismos internacionales y para lograrlo no sólo deben informar, sino actuar y enseñar a actuar sobre el medio que los rodea, porque en eso consiste la producción social de la salud.

El muestreo no aleatorio utilizado en los países limita los resultados obtenidos, acerca de las representaciones sociales de los profesionales sanitarios, a los contextos y características de la muestra estudiada, sin dejar de ser un indicativo útil en la elaboración de estrategias con enfoque de mercadotecnia social para modificar los aspectos no favorables a la salud y reforzar los factores positivos.

Si bien, la formación de los profesionales de salud acerca de su concepto de salud y bienestar, como representación social de los grupos estudiados, pueden constituir un referente para sustentar las propuestas en materia de programas de formación de recursos humanos<sup>21</sup> que faciliten el diseño de estrategias orientadas a lograr un mayor acercamiento a la promoción del bienestar.

## Conclusiones

Aunque la mayoría de los profesionales de salud que participaron en la investigación considera que sí conocen de manera suficiente los conceptos de salud y bienestar, sin diferencias notables con relación a su experiencia profesional, el sexo y los países, su representación social, al compararla con la que establece la OMS/OPS, no es correcta ni completa.

Los profesionales de salud no se perciben como entes activos y transformadores en las actividades que generan una vida saludable. Fue notoria la falta de reconocimiento de la importancia de la prevención por la falta de tiempo y de recursos, esto lleva a que prevalezca el enfoque tradicional orientado a proporcionar información y en el mejor de los casos educación, lo no se encuentra en consonancia con las transformaciones necesarias que privilegian la salud y el bienestar.

Los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales se circunscriben a los contextos y características de los prestadores de servicios de salud estudiados. Si bien, no permiten la generalización, se pueden emplear en los planes de estudio de las diferentes profesiones de salud y en su formación posgraduada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

## Contribución de los autores

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

## Agradecimientos

Al equipo de investigación que participó en el trabajo de campo, procesamiento de la información y remisión de la misma en sus respectivos países. Mtra. Niurka Hernández Labrada. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba, Mtra. Xiomara Martín Linares. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba, Dra. C. Teresa de Jesús Brito. Universidad Autónoma del Carmen. México, Dr. C. Ángel Esteban Torres Zapata. Universidad Autónoma del Carmen. México, Mtra. Sair Alejandra Martínez Hernández. Universidad Nacional Autónoma de México. México, Dr. Armando Tomé González. Universidad Nacional Autónoma de México. México, Dr. C. Heberto R. Priego Álvarez. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México, Mtra. Malvina Díaz de Ceballos. Universidad de Panamá. Panamá, Dra. C. Marina Caján Villanueva. Universidad César Vallejo. Perú.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Resolución W.H.A. Presentada en: Asamblea Mundial de la Salud. OMS. 1977; Ginebra, Suiza; p. 30-43.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. [Internet]. [citado 03 julio de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
3. Herrero Jaén Sara. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. Ene. [Internet]. 2016 Ago [citado 05 de abril de 2019]; 10(2). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2016000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006)



4. Hernández Garnica Clotilde, Suárez Lugo Nery. Salud y bienestar en el tiempo de la pandemia del COVID-19. HS [Internet]. 3 de julio de 2021 [citado 08 de agosto de 2021]; 20(3): 395-406. Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/articulo/view/4229>
5. Vergara Quintero, María del Carmen. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud [Internet]. 2009;7(1):105-133. [citado 08 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77307105>
6. Tosoli Gomes Antonio, de Oliveira Denize Cristina, Pereira de Sá Celso. Representaciones sociales del sistema único de salud en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, según el enfoque estructural. Revista Latino-americana de Enfermagem [Internet]. 2008; 16(1). [citado 22 de agosto de 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100019>
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias. Salud Para todos en el año 2000. Documento Oficial, 173. 1980. Washington, Estados Unidos de América.
8. Organización Mundial de la Salud. Who. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Forty-fifth edition Supplement [Internet]. octubre 2006. 1-18. [citado 08 de abril de 2019] Disponible en: [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
9. Moscovici, Serge. Pensamiento y vida social, psicología social y problemas sociales. En: Moscovici, Serge. Psicología social II: Pensamiento y vida social. Barcelona: Paidós. 1986.
10. Jodelet, Denise. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. Cultura representaciones soc [Internet]. 2008; 3(5): 32-63. [citado 09 de abril de 2019] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-81102008000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-81102008000200002&script=sci_abstract)
11. Moral Jiménez, María de la Villa. Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana [Internet]. Boletín de Psicología. 2008; 94, 85-104. [citado 03 de julio 2019]. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N94-6.pdf>
12. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Testimonio Notarial. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Tabasco, México. Noviembre de 2011.
13. Suárez Lugo, Nery, Hernández Garnica, Clotilde, Caján Villanueva, Marina, Remoaldo, Paula Cristina, Torres Serna, Camilo, Priego Álvarez, Heberto Romeo, Grupo de Investigaciones Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2016;42(1):115-128. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21444931012>
14. Suarez Lugo, Nery. Actitud hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014/2015. HS [Internet]. 3 de marzo de 2016 [citado 5 de abril de 2021];15(1):8-18. Disponible en: [https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1051/pdf\\_1](https://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/1051/pdf_1)
15. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para la investigación con seres humanos [Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial; 2013 [citado 02 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
16. Moreno Cinde, Jhony Alberto. Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. rev. psicol. univ. Antioquia [Internet]. 22 de agosto de 2016 [citado 05 de abril de 2021];7(2):47-62. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/psicologia/articulo/view/325204>
17. 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.
18. Rangel Esquivel, José Manuel, Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana [Internet]. 2011; VI (11):28-56. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211019068003>
19. Castell-Florit Serrate, Pastor, Gispert Abreu, Estela de los Ángeles, Lozano Lefrán, Anabel. Cobertura universal de salud y conciliación de criterios en base a la experiencia cubana. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2015;41():48-56. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21445714007>
20. Cardona, Álvaro. Los Objetivos del Milenio en salud: ¿avance o retroceso? Rev. Fac.Nac. Salud Pública [Internet]. 2016; [citado 22 de febrero de 2019] 24:132-139. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26489>

21. Salas-Perea R, Quintana-Galende M, Pérez-Hoz G. Formación basada en competencias en ciencias de la salud. Medisur [Internet]. 2016 [citado 05 abril de 2021]; 14(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3363>

