

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Programa doctorado “Educación y Sociedad”

Departamento de Teoría e Historia
de la Educación y Pedagogía Social

TESIS DOCTORAL

“Educación para la salud en el mundo laboral, los servicios de prevención como motor de cambio para alcanzar un modelo óptimo de salud en el trabajo”

Autor:

Juan Carlos Mejías Martínez

Directores:

Dr. D. Antonio Camacho Herrera

Dr. D. Pedro Gallardo Vázquez

Dr. D. Antonio Ranchal Vázquez

Sevilla
2015

A mis hijos, por el tiempo que les he “robado”.

AGRADECIMIENTOS

Cuando las emociones aparecen, las palabras, muchas veces, no son suficientes para expresar nuestra gratitud.

Mis más sincero agradecimiento al Doctor Antonio Camacho Herrera, que es mi maestro y guía, por incitarme e iniciarme en mi experiencia investigadora, por su impagable dedicación, por su asesoramiento, por su infinita paciencia, que junto a su inmensa calidad humana, han hecho posible este trabajo. Por todo ello. Eternamente agradecido Antonio.

A los Doctores Pedro Gallardo y Antonio Ranchal, por su inestimable ayuda por su ánimo continuado, por poseer el don para utilizar la palabra adecuada en el momento justo para dar ánimos, por su tiempo empleado, por su capacidad para generar soluciones, por su colaboración y orientación en el proceso de desarrollo del presente trabajo. Muchas gracias Pedro y Antonio.

A mis compañeros del Servicio de Prevención de Fremap, por su inestimable colaboración e interés demostrado así como por los continuos ánimos en los momentos de desesperación.

A todos aquellos trabajadores que de forma altruista y voluntaria han participado en este estudio.

Por último, quisiera hacer un agradecimiento especial a mis padres Juan y Victoria por sus ánimos, aliento y apoyo continuo, a mi mujer Aurora por su comprensión y paciencia y a mis hijos Juan Carlos, Aurora, Alfonso y Víctor por soportarme en los momentos más difíciles de mi carácter y por haberles quitado tiempo a su tiempo.

“Aprender es como remar contra corriente: en cuanto se deja, se retrocede”.

Edward Benjamín Britten

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN GENERAL	10
A modo de introducción	11
Justificación	14
Estructura de la investigación.....	16
Objetivos	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	20
Capítulo 1. Procesos formativos y educación para la salud.....	21
1.1 Educación en personas adultas.....	22
1.2 La formación en el marco de la educación para la salud.....	29
1.2.1 Los procesos informativos en educación para la salud.....	33
1.2.2 Educación para la salud dialógica y participativa.....	37
1.2.3. El modelo de conocimiento: esfuerzo-logro en educación para la salud.....	40
1.2.4. La responsabilidad individual y la cooperación colectiva en educación para la salud.....	42
Capítulo 2. Definiciones y conceptos	44
2.1. Orientaciones de formación.....	45
2.1.1. El examen de las necesidades.....	46
2.1.2 Dónde y a quién formar.....	49
2.2. La salud y la educación desde distintos enfoques.....	50
2.2.1. Enfoque antropológico.....	51
2.2.2. Enfoque educativo.....	53
2.2.3. Enfoque desde la educación para la salud.....	57
2.2.4. Enfoque social.....	59
2.3. Qué pretendemos con la formación y la educación.....	60
2.4. Promoción de la Salud.....	63
2.4.1. Algunas Declaraciones internacionales sobre salud.....	64
2.5. Marco legal y políticas de promoción de la salud.....	65
Capítulo 3. Salud laboral	68
3.1. Promoción y protección de la salud laboral.....	68

3.1.1. Niveles de actuación.....	69
3.1.2. Los inicios de la formación para la promoción y protección de la salud	70
3.1.3. Formación en el puesto de trabajo	71
3.1.4. Promoción de la salud en la empresa	72
3.2 La actividad preventiva	74
3.2.1 Antecedentes y definición	74
3.2.2 La prevención y sus fases	77
3.2.3 Tipos de Prevención	78
3.2.3.1 Prevención Primaria	78
3.2.3.2 Prevención Secundaria.....	80
3.2.3.3 Prevención Terciaria	81
3.2.3.4 Prevención cuaternaria	82
3.3. La promoción de la salud en el trabajo	83
3.3.1. Programas de Promoción de la Salud	85
3.3.2. Participación de los trabajadores.....	90
3.3.3. Medicina del trabajo	93
3.3.3.1. Funciones y objetivos de la medicina del trabajo	95
II FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA	100
Capítulo 4. Modelos de investigación	101
4.1. Evolución de los modelos de análisis de la realidad, como se originan	101
4.2. Los enfoques	104
4.3. Conceptos de investigación.....	107
4.4 Normas para encuadrar las tradiciones de investigación	109
4.5. Perspectiva cualitativa frente a perspectiva cuantitativa.....	112
4.6. Diferentes posiciones del investigador	120
4.7. Diferentes tradiciones de investigación.....	122
4.7.1. La tradición empírico-analítica o racionalista-cuantitativa	122
4.7.2. La tradición hermenéutica o naturalista-cualitativa	126
4.7.3. La tradición crítica o modelo sociocrítico.....	131
Capítulo 5. Modelo de investigación cualitativo.....	140
5.1. Metodología cualitativa	140
5.2. Tipología de métodos.....	144
5.3. Fases del proceso cualitativo	159

5.4. Diferentes métodos de análisis de la realidad según la finalidad de la investigación.....	172
5.4.1. Métodos cualitativos de investigación para el cambio social	173
5.4.2. Métodos cualitativos de investigación desde una orientación interpretativa	179
Capítulo 6. Método de investigación: Estudio de casos	182
6.1. Los estudios de casos	182
6.2. Diseño del estudio de casos	189
6.2.1. Interrogantes previos	190
6.2.2. Fase preactiva.....	194
6.2.3. Fase interactiva	195
6.2.4. Fase postactiva	195
6.3. Población y muestra.....	196
6.4. Instrumentos utilizados en la investigación.....	198
6.4.1. Análisis de documentos.....	199
6.4.2. Observación participante	201
6.4.2.1. Diseño del instrumento: Tabla de Observación	203
6.4.2.2. Proceso de validación del instrumento: Tabla de Observación	211
6.4.2.3. Elaboración definitiva del instrumento: Tabla de Observación	215
6.4.3. Cuestionario	216
6.4.3.1. Diseño del instrumento: Cuestionario	220
6.4.3.2. Proceso de validación del instrumento: Cuestionario	224
6.4.3.3. Elaboración definitiva del instrumento: Cuestionario	229
6.4.4. Entrevistas	231
6.4.4.1. Diseño del instrumento: Entrevistas.....	239
6.4.4.2. Proceso de validación del instrumento: Entrevistas	240
6.4.4.3. Elaboración definitiva del instrumento: Entrevistas.....	242
III TRABAJO DE CAMPO	244
Capítulo 7. Estudio del caso SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP. Descripción del escenario	245
7.1. Antecedentes	245
7.2. Breve reseña histórica de La Sociedad de Prevención de Fremap	248
7.3. La nueva empresa	251
7.3.1. Los orígenes de la nueva empresa	251
7.3.2. Presencia territorial y capital humano	252
7.3.3. Servicios proporcionados a las empresas.....	254

7.3.4. Internacionalización de los servicios	256
7.3.5. Algunas cifras sobre la Sociedad de Prevención de Fremap	257
7.4. Catálogo de servicios.....	261
7.4.1. El ámbito de la calidad	261
7.4.2. El ámbito de los recursos humanos.....	262
7.4.3. El ámbito de los recursos materiales.....	263
7.4.4. El ámbito de los productos y servicios	264
7.4.5. El ámbito de la prevención	265
7.4.6. El ámbito de la comunicación.....	265
7.4.7. El ámbito de la prestación de servicios a empresas y trabajadores.....	266
7.5. Objetivos:	268
7.6. Organización empresarial	270
7.6.1. Red de Centros	272
7.6.1.1. Organización territorial	273
7.6.1.1.1. Andalucía	273
7.6.1.1.2. Aragón.....	274
7.6.1.1.3. Asturias	274
7.6.1.1.4. Baleares.....	275
7.6.1.1.5. Canarias.....	275
7.6.1.1.6. Cantabria.....	276
7.6.1.1.7. Castilla La Mancha	276
7.6.1.1.8. Castilla y León	277
7.6.1.1.9. Cataluña	277
7.6.1.1.10. Ceuta	278
7.6.1.1.11. Comunidad valenciana.....	279
7.6.1.1.12. Extremadura	279
7.6.1.1.13. Galicia.....	280
7.6.1.1.14. La Rioja	280
7.6.1.1.15. Madrid.....	281
7.6.1.1.16. Melilla	282
7.6.1.1.17. Murcia	282
7.6.1.1.18. Navarra	283
7.6.1.1.19. País Vasco.....	283
7.7. Organigrama.....	284
7.7.1. Dirección de la entidad.....	284
7.7.2. Servicios centrales	284
7.7.3. Organización territorial	287

7.8. Localización.....	288
7.9. Datos de formación impartida	289
7.9.1. Resumen de las acciones formativas en 2010.....	290
7.9.2. Resumen de las acciones formativas en 2011.....	291
7.9.3. Resumen de las acciones formativas en 2012.....	292
7.9.4. Resumen de las acciones formativas en 2013.....	293
7.9.5. Resumen de las acciones formativas en 2014.....	294
Capítulo 9. Análisis de los resultados de la investigación.....	297
8.1. Análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios	297
8.1.1. Bloque 1. Información general de los encuestados	297
8.1.2. Bloque 2. Educación.	302
8.1.3. Bloque 3. Salud.....	311
8.2. Observación participante.....	321
8.2.1. Datos obtenidos de las observaciones	321
8.2.1.1. Bloque A. Personas que acuden a la sociedad de Prevención de FREMAP.....	321
8.2.1.2. Bloque B. Organización y coordinación interna de la Sociedad de Prevención de FREMAP.....	324
8.3.1.3. Bloque C. Colaboración externa de la SPF	328
Capítulo 9. Conclusiones y futuras líneas de investigación	331
9.1. Conclusiones generales	331
9.2. Futuras líneas de investigación	338
IV BIBLIOGRAFÍA	341
1. Referencias bibliográficas	342
2. Fuentes documentales	358
3. Fuentes legislativas	359
4. Fuentes telemáticas	361
ANEXOS	362
ANEXO 1. Tabla de observación.....	363
ANEXO 2. Cuestionario.....	368
ANEXO 3. Guion de las entrevistas	371
ANEXO 4. Cuestionario de validación de los instrumentos para el grupo de expertos	373
ANEXO 5. Tabla de observación inicial.....	376

ANEXO 6. Aportaciones del grupo de expertos para la validación de los instrumentos	383
---	------------

INTRODUCCIÓN GENERAL

A modo de introducción

Los enfoques sociopedagógicos contemporáneos relacionados con la educación para la salud, abarcan un amplio abanico de posibilidades desde donde enfocar nuestra investigación. Actualmente, desde los postulados de la educación para la salud y como consecuencia del auge que ha adquirido el mundo laboral y la prevención de riesgos, debido al aumento de la siniestralidad en el mundo del trabajo, se avanza con intensidad en los procesos de formación y capacitación de esta materia, en el mundo laboral, lo cual, constituye un reto sociopedagógico y una oportunidad para poner en marcha nuevos enfoques de la educación para la salud. Igualmente, la posibilidad que nos ofrecía nuestro trabajo profesional como médico especialista en la materia, con todas las posibilidades que esto nos brindaba y, unido a nuestro interés en el fomento de hábitos saludables y concienciación de la población trabajadora en el uso de medidas para la disminución de la siniestralidad, nos impulsó a enfocar nuestra investigación dentro de la salud laboral.

Una de las inquietudes presentes en nuestra sociedad actual, es el fomento de lo que podemos llamar “la cultura preventiva” y, para ello, es la formación el máximo exponente para alcanzar que la prevención cale en nuestro quehacer diario, como algo innato y natural. El hecho de desarrollar una labor profesional no debe producir prejuicios en la salud de la persona que la lleva a cabo.

Esta aparentemente fácil tarea teórica es refutada día a día en una sociedad, no ya abocada, sino imbuida en el sedentarismo, el consumismo y en el aumento de patologías que van desde las cardiovasculares, a las degenerativas y a un aumento desproporcionado de los accidentes tanto domésticos, laborales como de ocio.

Para evitar esto, la mejor manera de implantar esta cultura preventiva en nuestra sociedad actual es fomentándola desde la infancia y la juventud, ya que ellos serán los adultos del mañana y los trabajadores del futuro. Así, sus vidas dispondrán desde el principio de un bagaje sólido en prevención y salud, para hacer frente, de una manera adecuada, a los peligros que les depare el futuro tanto profesional como social.

Según la Declaración de Ottawa (1986), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Es por lo que creemos muy importante, la inclusión de aspectos preventivos y de salud en los contenidos curriculares de la enseñanza obligatoria dentro de las asignaturas transversales y a todos los niveles con el objetivo de concienciar y adquirir estas destrezas de salud y prevención.

El primer paso fue dado ya por la Unión Europea en el año 2003, en la Declaración de Roma, donde a través de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo se estudió esta situación y se dieron los primeros esbozos para desarrollar una estrategia de integración de la seguridad y la salud en el trabajo dentro del sistema educativo.

Abordando la educación de los hábitos y formando en actitudes y valores, es cómo podemos lograr que los niños y los jóvenes aborden la edad adulta con una efectiva cultura basada en la prevención y la salud. La escuela tiene un papel primordial en este sentido.

Debemos ser conscientes de la gran importancia de este proceso integrador y, por ello, de la necesidad de implicación de los diferentes profesionales, agentes sociales, así como, de las distintas Administraciones públicas.

Como comenta Mejías Martínez (1995: 326-328), *“hemos comprobado la repercusión de los equipos multidisciplinares que pueden hacer frente a cualquier actividad de toda índole que se presente, así como, la importancia de la colaboración de todo tipo de instituciones”*.

En los últimos años, hemos sido testigos de un incremento de actividades relacionadas con lo ya expuesto, pero, a pesar de ello, el número de accidentes y enfermedades relacionadas con los hábitos saludables, así como, más de un millar de muertes anuales relacionadas con los accidentes laborales, sitúan a nuestro país a la cabeza de los socios europeos, por lo que, a pesar de su auge, existen muchos fallos en la puesta en práctica y la ejecución diaria de la prevención y de los hábitos de salud. Podemos señalar que se ha puesto todo el interés en el explícito cumplimiento formal y burocrático de las actividades preventivas, como indica la ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El desarrollo de la formación preventiva en los jóvenes deberá tener en cuenta su especificidad en los diferentes desarrollos cognitivos, personales y de entorno social donde se va a desarrollar.

Está claro que las diversas políticas y prácticas de los diferentes países en educación y formación varían, en función de las condiciones económicas, políticas, sociales, culturales y tecnológicas de cada país. Normalmente, los países industrializados poseen proporcionalmente más profesionales especializados en la seguridad y la salud en el trabajo que los países en vías de desarrollo y estos trabajadores formados cuentan, además, con programas de educación y formación más avanzados y desarrollados. Es evidente que las necesidades de formación y los recursos disponibles varían mucho en estas situaciones. No obstante, todas tienen en común la necesidad de profesionales formados.

Justificación

La pedagogía y las ciencias de la educación, tiene ante sí un amplio abanico de realidades a las que no se puede dar la espalda. Su objeto de estudio cada vez es más complejo. Son muchos los contenidos, de muy diversa naturaleza, a los que se ha de enfrentar, y más en una sociedad con continuos y rápidos cambios. Uno de los campos que cada día gana mayor importancia es el de la Educación para la Salud y demás conceptos relacionados: hábitos saludables, promoción de la salud, las cuestiones relacionadas con las drogodependencias, etc.

La demanda se produce por diversas vías, tanto desde la docencia en los distintos niveles, como desde diversas instituciones públicas y privadas, asociaciones, etc., e incluso, a veces, desde ámbitos no formales..., por lo que, el profesional de la educación y la pedagogía debe estar preparado para responder adecuadamente.

Para Morón Marchena (2000: 169), “los nuevos planes de estudio, han supuesto, un significativo cambio, posibilitando que los estudiantes universitarios “construyan” su propia formación, dando respuesta a las nuevas demandas y valores emergentes en la sociedad actual...”.

Nuestro trabajo, basado en la educación para la salud en el medio laboral estará relacionado con uno de los ámbitos educativos más importantes en nuestros días, como es la educación en personas adultas, específicamente en la formación de trabajadores, ya que es a partir de la mayoría de edad, cuando se puede acceder en el mercado laboral español a un puesto de trabajo cualificado o no y hasta no hace mucho tiempo de calidad, según el grado de instrucción, formación o de conocimientos del individuo. Dentro de este nivel de preparación, podemos incluir un apartado de la educación para la salud, como puede ser el correspondiente al del

ámbito laboral, a la hora de adquirir medidas tanto saludables como preventivas que beneficien tanto al individuo en sí, como a la comunidad.

A lo largo de los años hemos venido trabajando en diversos sectores relacionados con la salud laboral y hemos detectado que los niveles de conocimiento y formación de los trabajadores en el ámbito de la salud laboral, prevención de riesgos laborales y hábitos saludables son muy escasos, la mayoría de las veces nulo y, en contadas ocasiones, anecdótico. Muestra de ello es el elevado índice de siniestralidad laboral, o enfermedades comunes relacionadas con hábitos no saludables, como por ejemplo el consumo de determinadas sustancias tóxicas: tabaco, alcohol, etc., que soporta nuestro país y el elevado coste humano, social y económico que esto implica.

Para poder abordar con rigor los criterios orientativos sobre formación de los trabajadores, se hace necesario partir de evidencias científicas existentes y su valoración por importancia y aplicabilidad. Es fundamental proporcionar fundamentos teóricos y prácticos sobre las actividades en materia de prevención, salud y calidad de vida, desde los aspectos más materiales de los mismos, hasta los más didácticos, pasando por las peculiaridades del proceso comunicativo en lo tocante a esta formación. Es más que evidente la necesidad de formar a todos y cada uno de los trabajadores de los diferentes sectores y estamentos de nuestro mercado laboral, haciéndoles conscientes y partícipes de su formación, porque de ella puede depender su bienestar laboral, su calidad de vida e incluso su propia integridad física, sin olvidar la de aquellos que les rodean, tanto en los planos laboral, social y, también, familiar.

Nuestro trabajo a lo largo de los años de educación para la salud en los sectores y estamentos laborales, nos ha proporcionado la certidumbre de que nos encontramos ante una gran escasez de evidencias científicas, sobre la eficacia de las

intervenciones en la prevención de riesgos laborales, pero ello no nos debe hacer caer en el conformismo, sino que más bien esta situación plantea el reto de tratar de elaborar marcos conceptuales coherentes de intervención y diseñar, de acuerdo con estos, estrategias capaces de verificar la eficacia de las actuaciones preventivas. Las buenas prácticas deben basarse en la investigación científica, en la experiencia colectiva y el buen juicio de los destinatarios en sentido amplio, así como, en una visión de futuro sobre necesidades. La implicación de los profesionales en todo el proceso de definición de buenas prácticas es una garantía, en todo caso, de su posterior aplicabilidad.

Estructura de la investigación

Nuestra investigación está estructurada en diferentes apartados. Debido a ello, el trabajo es iniciado con una introducción general en la que son expuestas las grandes líneas de nuestra investigación, indicando las motivaciones que nos llevaron a trabajar sobre este tema.

Nuestro fundamento teórico se basa en la exposición, en primer lugar, de los conceptos relacionados con la salud, su promoción, la educación, los procesos formativos, la relación entre salud, formación y trabajo y, por tanto, salud laboral, prevención de riesgos, etc. Con todo ello, pretendemos centrarnos en un marco conceptual inicial, que nos sirva de orientación para el desarrollo de nuestro trabajo.

La metodología que se va a llevar a cabo en esta investigación, se va a centrar esencialmente en el modelo interpretativo, ya que consideramos, que este enfoque es el más adecuado para el estudio de las materias tratadas en el presente trabajo. Este modelo nos permite una gran versatilidad en cuanto a métodos e instrumentos de investigación y nos proporciona, además, los elementos necesarios para acceder a este vasto, y escasamente analizado, campo de la educación para la salud en el marco laboral.

Utilizaremos el método de estudio de casos por considerarlo el más adecuado a nuestros intereses y necesidades, ya que es un método que se adapta a nuestro trabajo, debido a sus características y peculiaridades.

Los instrumentos de investigación utilizados para el desarrollo de nuestro trabajo tienen un marcado carácter social y están basados en la relación interpersonal entre el investigador y las personas participantes en este estudio. De ahí que hayamos utilizado la observación participante, debido a la estrecha relación establecida entre todos los actores del estudio. Además, hemos utilizado la entrevista, porque nos permite obtener una información más amplia sobre determinados elementos que se escapan a la observación, proporcionando información relevante sobre los estilos de vida, las prácticas preventivas de riesgos laborales y su relación con la salud y con el bienestar. El cuestionario nos ha permitido recabar datos que, de otro modo, nos hubiera sido muy difícil de obtener. Finalmente, el análisis de documentos nos ha proporcionado una información muy valiosa sobre aspectos personales, sociales, demográficos y de hábitos de salud que no hubieran sido posible conseguir de otro modo.

El trabajo de campo se ha desarrollado en un centro de la Sociedad de Prevención de Fremap, localizado en Sevilla. Se ha tenido la oportunidad de poder investigar un amplio abanico de trabajadores de diferentes sectores laborales, así como, sus diferentes categorías profesionales, niveles académicos, edades y sexos. Los resultados obtenidos se mostrarán mediante diferentes gráficos con sus aclaraciones pertinentes.

Finalmente, terminaremos nuestra investigación con un apartado de conclusiones donde haremos una valoración general de nuestra investigación, una validación de los objetivos formulados y propondremos nuevas líneas de investigación en este campo.

El trabajo se cerrará con una bibliografía que responde a la revisión de la literatura científica relacionada con estos temas. Se incluirá un apartado de anexos, donde se presentan las diferentes pruebas realizadas a lo largo de nuestra investigación.

Objetivos

Los objetivos que pretendemos alcanzar en el desarrollo de nuestra investigación, son los siguientes:

Objetivo general

Desarrollar una mentalidad y actitud activa y participativa de las personas potenciando los niveles de salud y seguridad laboral, siendo conscientes de su repercusión positiva a nivel de la propia salud, la de su entorno de trabajo y la de su comunidad.

Objetivos específicos

1. Hacer ver la necesidad de trabajar de manera globalizada y por áreas, la formación del individuo desde la escuela hasta su puesto laboral específico.
2. Introducir la temática de la Salud Laboral, la adquisición y consolidación de hábitos saludables, basándose en contenidos conocidos por el individuo sin necesidad de crear nuevos conceptos.
3. Consolidar hábitos, actitudes y valores que refuercen la cultura de la salud y la prevención desde su inicio, haciendo de la educación para la salud un instrumento de cambio.
4. Proponer recomendaciones para desarrollar estrategias de formación en promoción de salud en los diferentes niveles de la formación que faciliten la orientación de los servicios sociosanitarios, educativos y entidades sociales hacia la promoción de salud.

I FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Capítulo 1. Procesos formativos y educación para la salud

La educación para la salud integra conceptualmente los términos *educación* y *salud*; pero este hecho no implica la suma aritmética de los dos conceptos, cada uno nos habla por sí solo de instituciones ligadas a la estructura política y social de un país, sin que uno prevalezca sobre el otro. Si analizamos por separado la historia de la educación y la historia de la salud, encontraremos lógicamente un origen paralelo al de la humanidad misma.

La educación es un fenómeno característico de la vida del ser humano, es una realidad social permanente, una función vital de la sociedad que ha acompañado al ser humano en el transcurso de su historia. De igual manera la salud y la enfermedad constituyen un proceso vital humano de carácter histórico, determinado social y económicamente y condicionado por los procesos de trabajo y consumo, traducido esto en las diferentes formas de inserción y participación en el funcionamiento general de la sociedad, en la apropiación del espacio, del tiempo, de los bienes y servicios que la sociedad produce (Valadez, 1995: 23-28). Como disciplinas particulares, la educación y la salud tienen en común que ambas son el resultado de una profunda revolución filosófica y social.

1.1 Educación en personas adultas

Desde nuestro ámbito, se deben crear estrategias y planes de promoción para la salud, pretendiendo llegar a dar tanto calidad de vida, como calidad y salud en los ambientes de trabajo, únicamente de esta manera, podremos hacer realidad la famosa máxima de no sólo añadir “años a la vida”, sino “vida a los años”. Como comenta Mejías Martínez (1998a: 147-149), *“debemos tener en cuenta que, aunque la modificación de la conducta influya sobre la salud, no es nada fácil cambiar hábitos de comportamiento y muchos menos, si éstos se han realizado durante años”*.

Como nos comentan Moscoso y Moyano (2009: 122), “la salud tiene una gran relevancia entre la población adulta, al ser entendida como la condición necesaria para disfrutar de una buena calidad de vida... Este hecho conlleva que la salud, su cuidado, la promoción y la práctica de hábitos de vida saludables, tengan un peso central en esta población”. Para llevar a cabo esto, es necesario que dicha población se consciente de la necesidad e importancia de conocer y asimilar estos hábitos saludables, así como la relevancia que adquiere la educación para la consecución de estos objetivos.

La Unesco, y dentro de ella más concretamente la Comisión Internacional para el Desarrollo de la Educación, nos refiere una primera aproximación a nuestro objeto de estudio, indicándonos que se puede considerar la educación de adultos, como el sustituto de la educación primaria en un elevado número de personas adultas, constituyendo además el complemento de la educación elemental o profesional, para aquellos individuos que recibieron una educación incompleta o deficiente. Igualmente, amplía la educación de aquellos que necesitan hacer frente a nuevos retos surgidos en los nuevos tiempos e incluso perfecciona la educación de otros que poseen una formación de alto nivel. En palabras de Faure (1983: 289) podemos indicar que supone un modelo de expresión individual para todos.

Ander-Egg (1988: 108) nos la describe como la modalidad de educación ofertada a las personas que han sobrepasado el límite de la edad escolar y donde está, ha sido insuficiente, o que manifiestan deseos de mejorar la que han recibido.

Monclús (1990: 14-15) considera que no debe ser entendida como el exclusivo cometido de suministrar conocimientos de cultura general o técnica que no fueron recibidos durante la infancia o en la adolescencia porque sería solamente instrucción. La educación de adultos va más allá del simple conocimiento, pretendiendo crear en el sujeto la capacidad de obrar en función de ese conocimiento. Así, entiende a este tipo de educación, como aquella donde se emplean todas las modalidades y medios de formación de la personalidad de las personas adultas, independientemente de sus grados de enseñanza cursados.

Para el profesor Collado es un proceso donde las personas adultas, aprenden a través de una metodología adecuada, a dar respuestas personales a las situaciones que se les plantean. La define como un proceso donde: *“intervienen las personas adultas con su experiencia, su cultura, su individualidad y su pertenencia a una comunidad, por decisión propia, en cualquier lugar, sea escuela o no, o por los propios adultos, bien en presencia, a distancia o por materiales especiales organizados dentro de un paradigma metodológico que debe ser decidido y asumido por los adultos para conseguir un perfeccionamiento general o sectorial, que les capacite para dar respuestas personales, bien desde las respuestas que ha adquirido o / y desde su propia personalidad”* (Collado, 1992: 5).

Peiró (1989: 118-119) nos refiere que la educación de adultos no sólo es una acción compensatoria de personas con deficiencias en su instrucción durante su infancia, sino que es un tipo de educación que hace referencia a la totalidad de los procesos educativos, independiente de su nivel, contenido o métodos, y de carácter formal, informal o no formal. Igualmente, no importa que reemplace o alargue la educación recibida en la infancia o adolescencia, aquí lo importante es que las personas adultas desarrollen sus aptitudes, habilidades, conocimientos..., y se

enriquezcan para ser capaces de afrontar en óptimas condiciones las exigencias de su propia vida, ya sea en sus aspectos individuales como en los sociales.

En 1976 en la Conferencia de Nairobi, la UNESCO supera el concepto estricto de compensador de la educación de adultos y se da una nueva definición. *“La expresión educativa de adultos designa la totalidad de procesos organizadores de educación, sea cual sea el contenido, el nivel y el método, sean formales o no formales, ya sea que prolonguen o reemplacen la educación inicial dispensada en las escuelas y universidades, y en forma de aprendizaje profesional, gracias a las cuales, las personas consideradas como adultos por la sociedad a la que pertenecen, desarrollan aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran sus competencias técnicas o profesionales o les dan una nueva orientación, y hacen evolucionar sus actitudes o su comportamiento en la doble perspectiva de un enriquecimiento integral del hombre y una participación en el desarrollo socioeconómico y cultural equilibrado e independiente... La educación de adultos no puede ser considerada intrínsecamente: sino como un subconjunto integrado en un proyecto global de educación permanente”* (UNESCO, 1977: 124).

La UNESCO propone un esfuerzo por incluir en los acuerdos internacionales sobre cooperación en los campos de la educación, la ciencia y la cultura, cláusulas específicas relativas a la educación de adultos y promover la creación y el fortalecimiento, dentro del marco de actuación de esta, de la educación de adultos, con el objetivo de promover el desarrollo de la educación de adultos, mejorar su contenido y sus métodos e investigar nuevas estrategias educativas. (UNESCO, 1977:135).

Con todo ello, debemos considerar que la educación de adultos debe capacitar al individuo a dar respuestas personales y originales. Es importante que estas respuestas originales las puedan desarrollar personas adultas que participan, libremente elegidos, en los procesos educativos. Es muy importante además en nuestro objeto de estudio no confundir la educación de adultos con el adiestramiento, que es la adquisición de una serie de respuestas prefijadas de

antemano por otros, con lo cual, se pierde la esencia de este tipo de educación en el sentido de la originalidad.

En el marco social actual es muy difícil realizar una propuesta de educación de adultos de carácter liberador, debiéndonos plantear cómo uno de los primeros retos a los que debemos hacer frente es el diseño y elaboración de un modelo de educación autónomo y original, con el obstáculo de realizarlo en una sociedad en la que se establecen numerosos dispositivos para hacer dependientes a las personas, donde se pretende que puedan ser dominadas mejor y donde su libertad está mermada. El proceso de autonomía al que hacemos referencia se refiere a una propiedad global de los individuos, pero estos se encuentran actualmente imbuidos en una sociedad donde la división del trabajo origina una dinámica de pobreza y riqueza enfrentada con la dinámica de lo global, de la solidaridad de los seres humanos. Frente a todo esto debemos construir una educación que posibilite la autonomía, a la vez en tareas muy concretas y en procesos muy globales.

Este tipo de educación que tratamos, tiene una faceta internacional muy significativa como comenta Federighi (1992: 1), que va más allá de las pequeñas comunidades, grupos o colectivos. Hasta hace poco las referencias a situaciones exteriores eran normalmente utilizadas para apuntar objetivos inalcanzables, pero esto ha ido cambiando y está afectando a las aportaciones teóricas, políticas, estilos de trabajo e incluso a las propias estructuras de la educación de adultos.

Actualmente, el modelo vigente pasa por la escuela como principal oportunidad formativa, continua una formación profesional, entendida como un continuo reciclaje respecto a los cambios en la producción y paralela a una educación de adultos vista como una segunda ruta a la instrucción, convirtiendo lo que era un modelo prospectivo irreal en una necesidad general.

Los actuales sistemas económicos y productivos tienen una alta necesidad de trabajadores bien formados y de personas intelectualmente competentes para vivir en nuestra nueva y cada vez más tecnológica sociedad. Con ello, la demanda

educativa no está restringida solo al campo educativo escolar, sino que atañe al todo el conjunto de oportunidades formativas.

Con la abertura internacional de las economías nacionales y de las fronteras con relación al mercado laboral, principalmente a nivel europeo, la Unión Europea toma competencias con respecto a la educación y a la formación profesional (Tratado de Maastricht, arts. 126, 127).

Posteriormente, en la Declaración de Copenhague, en los días 29 y 30 de noviembre del 2002, se inicia la Estrategia Europea sobre el refuerzo en cooperación en asuntos de educación y de formación profesional, al que se llamó “el Proceso de Copenhague”, donde se pretende dar respuesta a la grave situación de crisis económica que recorre Europa en estos últimos tiempos, haciendo patente la necesidad de reformas a todos los niveles, ya sea tanto a nivel económico, como social y haciendo una Europa más inteligente, más integradora y más sostenible. Para alcanzar estos objetivos se necesitan unos sistemas de formación y educación de muy alta calidad, a la vez que flexibles, para que sean capaces de dar respuesta, tanto a las necesidades actuales, como a las venideras. El día 9 de junio del 2010 La Comisión Europea adopta la comunicación “Un nuevo impulso a la cooperación en educación y formación profesional para apoyar la estrategia europea 2020”, donde se formula el nuevo programa político, tanto en materia educacional, como de formación profesional.

Así, tanto la formación profesional, como la educación deben ayudar al crecimiento económico, a la posibilidad de encontrar empleo de calidad y al fomento de la cohesión social. Ofreciendo a todos sin distinción de géneros o de edades, la oportunidad de una carrera estimulante y atractiva, tanto para aquellos con riesgo de exclusión del mercado laboral, como para aquellos con suficientes aptitudes para su desarrollo. (Comunicado de Brujas sobre una cooperación europea reforzada en materia de educación y formación profesionales para el periodo 2011- 2020, versión 7 de diciembre del 2010).

Primordial es la función social donde se intentan abordar y sobrepasar problemas, como los de la convivencia mediante el refuerzo de la tolerancia y la

solidaridad, para equilibrar la balanza de oportunidades sociales. En el ámbito económico se fomenta la promoción de las competencias individuales a través de la capacitación profesional, en la calidad del trabajo, en el incremento de las expectativas de empleo y en la movilidad social y territorial.

En el mismo comunicado, igualmente, se reconoce que es una responsabilidad común invertir en educación y formación profesional, siendo una responsabilidad compartida, tanto por todos los gobiernos nacionales, por los interlocutores sociales, los proveedores de esta educación, el profesorado, los formadores y, cómo no, también por el alumnado.

El proceso de Copenhague tiene un rol fundamental para elevar la sensibilización acerca de la importancia de la educación y la formación profesional en los diferentes países y en el conjunto de Europa. La evidencia de estos progresos se puede ver en las diferentes directrices, principios e instrumentos europeos comunes. Desde el año 2002 hasta la actualidad, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de conseguir los objetivos descritos, así, podríamos destacar: Europass, el Marco Europeo de Cualificaciones (MEC), el Sistema Europeo de Créditos para la Educación y la Formación Profesionales (ECVET) y el Marco de Referencia Europeo de Garantía de la Calidad en la Educación y Formación Profesionales (EQAVET). Creados para el desarrollo de unas bases que lleven al progreso y al alcance de un verdadero ámbito europeo en educación y formación, y desarrolladas para conseguir unas cualificaciones cada vez más transparentes, comparables y con capacidad de ser transferibles, mejorando la calidad y la flexibilidad de este aprendizaje.

Se han producido cambios y reformas importantes en las políticas nacionales sobre educación y formación profesional, para que sea posible la aplicación de este Marco Europeo de Cualificaciones. Se pretende pasar de un aspecto centrado en el aprendizaje como proceso, a otro centrado en los resultados de dicho aprendizaje, para alcanzar sistemas de cualificaciones transparentes flexibles y permeables.

Pero, no sólo con las políticas de educación y formación profesional se solucionan los actuales problemas socioeconómicos y se hacen factibles la movilidad y el aprendizaje permanente, se necesitan propuestas globales que relacionen la

educación y la formación profesional con otras políticas, como las sociales y las laborales.

Observando la evolución del contexto político en la década 2011-2020 y con la guía de la Estrategia Europea 2020, se necesita un nuevo empuje a la Declaración de Copenhague del 2002, ya que este es parte integrante del marco estratégico “Educación y Formación 2020” y donde los objetivos a alcanzar por la educación y la formación profesional deben continuar siendo acordes con los generales de dicho marco.

A pesar de ello, y aunque se avanza e invierte en los ámbitos relacionados con la educación de adultos, aún los medios de los que se disponen son limitados, lo cual es perjudicial para el proceso de creación de un sistema común de este tipo de educación que goce de autonomía plena, así Federighi (1994: 82-83) refiere que los requerimientos de educación en adultos dentro de la Comunidad Europea, sobrepasan con creces las capacidades de respuesta de los actuales sistemas educativos, así, los únicos medios para disminuirla se basan en la insuficiente información, la imposibilidad de participación para grandes fracciones de la población y en el sinfín de barreras limitaciones y lagunas existentes aún en los diferentes sistemas educativos.

Las aportaciones de este tipo de educación además del nivel político, están en lo social y en lo económico. A nivel social, porque realiza una superación de los problemas derivados de la convivencia, realizando un refuerzo en la solidaridad y en la tolerancia, iguala la diversidad de oportunidades de tipo social disminuyendo al mismo tiempo los perjuicios. A nivel económico se produce una promoción del individuo, a través de competencias, gracias a la capacitación profesional, en el desarrollo de la calidad del trabajo proveniente de esta capacitación y en la multiplicación de posibilidades de encontrar empleo, de la movilidad socio-espacial, etc.

1.2 La formación en el marco de la educación para la salud

Los procesos de educación para la salud, se van extendiendo y abarcando múltiples parcelas que, tradicionalmente, no se estimaban, así podemos entrar, por ejemplo, en el campo de la antropología para intentar explicar cómo los procesos de salud, enfermedad y educación pueden ser interpretados de una forma diferente, incluso dentro de una misma sociedad.

La salud es definida por la antropología, como esa adaptación exitosa, tanto física como cultural, de un colectivo en relación a su medio. De tal forma que una alteración en este medio puede originar un cambio en las prácticas de adaptación de ese colectivo, provocando un desequilibrio al que podremos llamar “enfermedad”.

Pero, Iván Illich (1975), va más allá y nos refiere que la salud no sólo consiste en esa capacidad de adaptación al medio, sino que, a la vez, es la capacidad de este colectivo para manejar y gestionar realidades, tales como: el dolor, la angustia, el sufrimiento, la angustia...

Por ello, al ser definiciones de carácter holísticas, la salud tiene que ver con una gran cantidad de factores como pudieran ser; los tipos de relaciones sociales, alimentación, hábitos de consumo, el cuerpo, etc., con lo que un cambio en el medio provocaría un cambio en las prácticas de adaptación desencadenando la enfermedad, no ya como una patología, sino como un proceso mediante el cual se da significado de carácter social, a rasgos que se salen de la normas establecidas, tanto biológicamente como conductuales, convirtiéndose de esta forma en signos significativos dentro de la sociedad, clasificando así un grupo de hechos de caracteres significativos dentro de una cultura que son independientes de las condiciones objetivas.

Los paradigmas de salud - enfermedad son manejados por los sujetos de formas diferentes, desde una perspectiva teórica, en la antropología anglosajona

(Young, 1982), se distinguen tres dimensiones: “*disease, illness y sickness*” de la enfermedad:

“*Disease*” (la enfermedad propiamente dicha). Hace referencia a la dimensión biológica de la enfermedad, se refiere a las anormalidades en la estructura, en la función del órgano o en el sistema de órganos, pueden ser observadas directamente por síntomas y signos y está relacionado con la medicina clásica. Son los estados patológicos reconocidos en la biomedicina y que pueden ser o no culturalmente reconocidos.

“*Illness*” (el padecimiento). Hace referencia a la dimensión cultural de la enfermedad, a su dimensión simbólica, correspondiendo a las percepciones y experiencias de ciertos estados patológicos o de dolencias, así estos procesos patológicos o sensaciones individuales se convierten en experiencias biológicas con significado (sentimientos personales); siendo, por tanto, la dimensión más subjetiva. De este campo de estudio se encarga la etnomedicina...

Por último, el término “*Sickness*” hace referencia a la dimensión social de la enfermedad, articulando los tipos de relaciones sociales insertados en los procesos de salud-enfermedad, con los ámbitos políticos, económicos, ideológicos..., interaccionándose así la “*Disease*”, con el “*Illness*” dentro de un determinado contexto, en definitiva, a los signos conductuales y biológicos derivados de la enfermedad se les asignan significados sociales reconocidos por la comunidad (Young, 1982).

Podemos considerar que el término “*Sickness*” nos indica las condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales de los sujetos y de las del médico, educador..., cualquiera que sea la sociedad afectada. De este modo, se lo utiliza para designar el proceso de socialización de “*Disease*” e “*Illness*” (Laplantine, 1999).

Los sujetos organizan sus conocimientos y procesos de acuerdo a las condiciones de los diferentes tipos de capital que posean: sociales, culturales y económicos, influyendo en los recursos disponibles que son capaces de ser utilizados

consciente o inconscientemente por los diferentes grupos sociales, como instrumento para ordenar sus acciones y dar respuesta a situaciones determinadas en su práctica social (Bourdieu, 1991). Así, este capital sociocultural estará en correspondencia directa con la conformación de un determinado “*habitus*” o “*sistema de esquemas generadores de prácticas...*” (Bourdieu, 1991: 156).

Como consecuencia de la diversidad cultural y de los distintos estratos sociales existentes, podemos aplicar diferentes modelos para explicar la relación educación para la salud con los diversos modelos de capacitación, generándose prácticas diferentes delimitadas por los “*habitus*” del grupo social en el que se encuentran imbuidos los diferentes colectivos sociales. Las líneas de división entre las diferentes dimensiones son difusas, pero, en realidad, esta distinción guarda mayor relación con diferencias de tipo teórico-metodológico y, no tanto, con una distinción de la realidad. La posición biomédica ha privilegiado la primera de estas dimensiones. De todas formas, últimamente, puede detectarse una tendencia dentro de la biomedicina, aunque sea minoritaria, a comenzar a articular las tres dimensiones.

Tanto la salud como la enfermedad están determinadas por la sociedad donde se producen. La sociedad elige una serie de síntomas y al hacerlo los convierten en socialmente significativos. Una vez que define los síntomas como enfermedad, los interpreta, les da un significado. Cada grupo humano tiene, por tanto, su propia definición de enfermedad que no tiene que coincidir necesariamente con las de los otros grupos. Por ejemplo, la fibromialgia, la anorexia o la obesidad sólo se diagnostican en países desarrollados.

Posteriormente, cada sociedad clasificará y tratará culturalmente aquello que antes ha definido como enfermedad. Lo importante es que la cultura incide directamente en los procesos de salud-enfermedad, en contraposición al determinismo biológico.

En la medida en la que se transforma el medio también se transforman los sistemas salud-enfermedad. Aparecen nuevas enfermedades y nuevas respuestas a las mismas. La capacidad de un grupo de adaptarse al medio (lo que llamamos salud),

se convierte en un factor que dirige los pensamientos para intentar evitar lo que cada cultura designa como enfermedad.

La recuperación y el mantenimiento de la salud de un colectivo, en oposición a la enfermedad, se realiza en todas las sociedades a través de los llamados “sistemas médicos” definidos por Comelles y Martínez (1993: 172), como el “conjunto de concepciones sobre la salud/enfermedad y sus problemas asociados. También identifica al conjunto de prácticas específicas para el tratamiento de la enfermedad y su prevención. En este sentido es un sistema cultural y un sistema Social” y entendidos estos como el conjunto de conceptos y prácticas que se deben hacer ante la aparición de la enfermedad. Las estrategias que tiene nuestra sociedad de organizar el poder, de construir la identidad, de utilizar el espacio y el tiempo, etc., se están incorporando a la forma de tratar la salud - enfermedad. Por ejemplo, en nuestra sociedad occidental se ha creado un fuerte sistema sanitario que, en muchos casos, se ha convertido en el primer empleador del país. Es un invento social con el que la población se adapta a la enfermedad.

Los *Centros de Salud* han significado un incremento cualitativo y cuantitativo de dotación de medios y recursos con respecto a la situación previa. Se define el Centro de Salud como la estructura física y funcional que permite el adecuado desarrollo de la *Atención Primaria de salud*, que constituye el primer nivel de atención, y su cometido es ocuparse de la resolución de los problemas más frecuentes en la población y de las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Un cambio fundamental en la evolución de éste, es el ejercitado por los equipos de salud (personal sanitario y no sanitario) que constituyen una nueva forma de trabajar, tanto en la Atención Primaria, como especializada y hospitalaria (Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud).

Los sistemas de salud, para llevar a cabo su función, tienen especialistas en salud y enfermedad (médicos/as) que conocen las pautas preventivas y terapéuticas. Monopolizan la atención de la sociedad, aunque ésta variará de una a otra. En algunas sociedades el especialista lo es a tiempo completo y, además, el depositario del monopolio del saber.

Los estamentos implicados en su funcionamiento tienen un carácter multidisciplinar y multicultural, tanto en su macrogestión (políticas sanitarias), como en su microgestión (gestión sanitaria pública y privada).

Los sistemas médicos y sus especialistas se inscriben en el marco de nuestra sociedad, respetando siempre las reglas del juego, y actuando siempre a nivel individual y sin plantear actitudes terapéuticas que pongan en cuestión el funcionamiento del sistema. Como indica Vicente Navarro (1978: 74) *“la prevención (en medicina) supone un cambio en las finalidades sociales de la producción. El mercado capitalista marca a la medicina el camino obligado de una economía que propicia la enfermedad y la muerte”*.

Se reconoce la instrumentalización social y epistemológica de todos los poderosos conocimientos biológicos que se usan simplemente para curar o paliar las enfermedades infecciosas y en absoluto para prevenirlas.

No se puede olvidar que, a pesar de los conocimientos biológicos que hoy constituyen el soporte de la práctica médica, nuestra estructura social ha desarrollado en todos los terrenos, incluida la medicina, los condicionamientos para que los conocimientos fuesen congruentes con sus postulados fundamentales, la competencia y la productividad.

Por lo tanto, el concepto de salud - enfermedad es considerado como una construcción social, donde, y principalmente la biomedicina, es una de las grandes creadoras de representaciones colectivas sobre estos conceptos, pero, no es la única, también las etnomedicinas lo hacen.

1.2.1 Los procesos informativos en educación para la salud

En lo relativo a la “educación para la salud”, los expertos parecen haber olvidado que los mensajes son eficaces, no por sus emisores, sino por sus

destinatarios. Es, finalmente, el comportamiento de éstos el que cuenta. Sorprende que una trivial afirmación no encuentre triviales aplicaciones. Puede ser muy valioso recomendar ciertas medidas, y la mayoría de las personas estarían de acuerdo en estrictos controles..., siempre que, individualmente, no les afectaran. Puede recomendarse a la población adoptar medidas preventivas y paliativas muy acertadas en resguardo de su salud, cuya eficacia se verá radicalmente neutralizada al implementarlas sin convicción.

Si decimos que existe una educación para la salud debemos reclamar, como a toda educación, que no ignore su entorno, su contexto. La salud es un derecho universal, pero también la educación, la cultura, la vida, etc. Para Mejías Martínez (2000b: 307-310), *“es un derecho donde la participación comunitaria y los aspectos sociales juegan un papel importante”*. Por tanto, deberíamos incluir todos estos términos en un contexto social y global, considerándolas como un bien esencial y necesario tanto para el individuo como para la comunidad.

El recurso a la “educación”, frecuente en el ámbito de la salud, suele confundirse con la implantación del punto de vista del experto, que a menudo no considera las motivaciones y necesidades de los no expertos y puede terminar siendo autoritaria, sin legitimidad.

En una época que los discursos “técnicos” se masifican y en que, por consiguiente, el sentido y el fin de la educación sufren transformaciones, existe la creencia general que la ignorancia es un hueco que debe rellenarse, pues la gente no sabe y debe saber. La educación se entiende entonces como un proceso de transmisión de información, en el cual se pretende llenar un hueco. La ignorancia no es un hueco que debe ser llenado, sino un lleno que debe ser transformado.

Desde una perspectiva global se ha tendido a pensar en la educación sanitaria como propaganda sanitaria. En el caso de la propaganda sanitaria se presume que hay una transmisión de información de un lado lleno hacia otro vacío, porque se presume que en el otro, lo que existe es una carencia de información (Freire, 1970).

Este tipo de pensamiento considera igualmente que la acción de los individuos deriva de una ausencia de conocimientos, sosteniéndose que los conocimientos llevan a las actitudes y que las actitudes llevan a las prácticas. Según esto, al proporcionar la información, cambiarán las actitudes de las personas y, posteriormente, éstas actuarán de distinta forma. Pero, diariamente tenemos evidencias de que esto no es así, que la gente actúa por cosas mucho más complicadas que las simples informaciones.

Si se quiere un ejemplo bastante común y simple es el de los fumadores, no porque un fumador sepa que el cigarrillo hace daño va a cambiar de actitud y va a dejar de fumar. Ciertamente, es posible que esto suceda, pero la explicación del comportamiento es mucho más complicada y no existe una relación de causalidad necesaria entre la información y la conducta. Como ejemplo basta ver la conducta persistente de los médicos fumadores.

La ignorancia entonces no es un hueco que debe ser llenado. El individuo, presumiblemente ignorante, tiene muchos conocimientos, tiene creencias, tiene opiniones, que uno puede considerar como “malas”, “tradicionales” o “incorrectas”, pero que son las que el individuo tiene y las que guían normalmente su comportamiento.

Recordemos, además, que no estamos trabajando con niños, sino con adultos que tienen una perspectiva y una visión general del mundo. Se trata entonces de conocer cuáles son los conocimientos, las creencias y los hábitos que los individuos tienen para poder trabajar sobre ellos e intentar generar una transformación de los mismos en saberes nuevos, creencias modificadas y hábitos cambiados. El objetivo de la educación en esta perspectiva no es entonces el cubrir el vacío de la ignorancia, sino transformar los llenos cognitivos y conductuales previamente existentes en el individuo.

Por ello, es muy importante conocer los saberes y prácticas previas, para identificar con claridad la materia prima sobre la cual se debe desarrollar el trabajo educativo. Trabajar los saberes que en forma de ideas, de prácticas o de “*habitus*”

(Bourdieu, 1991) se encuentran en una población, implica una acción crítica, pero, al mismo tiempo, respetuosa y solidaria.

No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas. Si lo previamente dicho es cierto, hay que asumir entonces que tanto los trabajadores de escalafones más bajos, o los pobladores de una comunidad suburbana, como los técnicos de salud o los científicos investigadores, conocen algo sobre el mundo, todos conocen. Ciertamente, un campesino, no sabrá de entomología, pero conoce bastante sobre los insectos; no sabrá de arquitectura, pero sabe hacerse su casa; ni tampoco conocerá teorías sociológicas, pero sabe cómo organizarse para cumplir las faenas y roles de su comunidad. No sabe lo que cualquier profesor universitario puede conocer, pero ese campesino sabe muchas cosas acerca de la tierra, las semillas o las lluvias; o ese poblador urbano tiene saberes abundantes sobre construcción, la mecánica o los modos de organizarse para sobrevivir sin trabajo o defenderse unas veces de los ladrones y otras de la policía. Sabe mucho sobre otras miles de cosas más, de las cuales los universitarios somos completamente ignorantes. El proceso educativo entonces no debe ser unidireccional, puesto que si los dos saben, los dos deben decir algo. El proceso educativo es bidireccional y ambas partes generan un compromiso de transformación de sus propios saberes.

Cuando decimos transformación de ambos, lo hacemos en toda su significación. Cuando uno asume una experiencia de trabajo con una comunidad, una experiencia de trabajo con pobladores del campo o de la ciudad, resulta que, al final del proceso educativo, esa comunidad o ese grupo de personas se han transformado, pero uno mismo también ha cambiado mucho. Las visiones que uno tenía sobre el mundo, los conocimientos que uno tenía y la manera de entender la vida y las formas como uno entiende la sociedad, también se cambian, es decir, uno también se transforma. La educación es, entonces, un compromiso para transformar los saberes y el mundo. El educador, como agente externo, puede motivar, pero si la propia gente no quiere cambiar, no quiere educarse, no se va a lograr nada. Debemos hacer hincapié en que si alguien no quiere hacer algo por su propia salud, otro no puede hacerlo por él o ella.

El Estado puede elevar el gasto sanitario hasta lo inimaginable, generar unas verdaderas condiciones sanitarias, pero, si la gente no busca su propia salud, no alcanzará todo el dinero del mundo para lograrla, por eso, es importante la participación de las personas y aquí entramos, por tanto, en un puntotranscendental: la educación debe ser dialógica y participativa.

Para Mejías Martínez (1998b: 234-236), “un programa de educación para la salud no es bueno en sí mismo, si no llega a quién debe llegar, debemos tener en cuenta que existen diferentes “públicos” y no todos son iguales, cada uno tiene sus características propias, sus intereses, y particularidades. Para nosotros lo más importante es llegar a los estratos más necesitados, ya que son los que tienen menos recursos, pero tampoco debemos olvidar a otros niveles de la población. Por tanto nuestros programas deberían ser programas a la “carta”, con un trato personalizado, donde aplicaremos objetivos, estrategias, recursos..., diferentes para los distintos tipos de usuario y según las necesidades de los distintos grupos sociales”.

1.2.2 Educación para la salud dialógica y participativa

Los programas de educación para la salud que se quieran implantar en una comunidad, deben estar íntimamente relacionados con las personas que viven en ese contexto y los diseñadores de los mismos deben tener esto en cuenta. Si ambos saben, el proceso educativo es entonces un proceso de diálogo entre saberes. Un proceso de diálogo en el cual ambos se comprometen a escucharse y transformarse. Pero un proceso de diálogo es un proceso participativo y la educación debe ser participativa en sí misma; no es posible enseñar o inducir a la participación sin que el proceso mismo sea participativo, debe haber participación de la comunidad y de los pobladores en todo momento, incluso, desde el inicio o diseño mismo de los programas.

Un programa dialógico y participativo en salud implica que todos actúan por igual, aunque con roles diferenciados. No es que uno manda y otro obedece, que uno

diseña y el otro aplica. Un proceso participativo implica confrontación de perspectivas y prioridades, tan legítimas y válidas las del agente de salud, como las de la comunidad. Por lo tanto, la idea de la participación comunitaria como mano de obra gratis que ejecuta las decisiones de los ministerios de salud queda completamente excluida.

Pero, también, hay que cuidar que este espíritu dialógico y participativo no se confunda tampoco con un sometimiento por parte del educador. Una consecuencia no deseada de algunas perspectivas igualitaristas de la educación ha sido que, en muchas oportunidades, los educadores se sienten en una posición totalmente inversa a la que previamente se tenía. Si antes la tónica fue la del *magister dixit*, luego se ha ido al otro extremo, en el cual se dice que el educador es quien no sabe, y se asume una actitud sometida, de aceptación de todo lo que dice o hace el “pueblo”. “Porque la comunidad lo dice, es verdad”, piensan algunos. Y esto no debe ser así. Una comunicación participativa y dialógica no puede fundarse en el predominio de ninguno de los dos extremos. Todos participan, el educador sanitario, el médico y el campesino o el poblador urbano aportan sus saberes, sus sesgos y su voluntad. Lo que se ha de buscar entonces es dialogar e intercambiar, es intentar confrontar los saberes sin dominación y sin sometimiento.

No obstante, en esta perspectiva es muy importante la negociación entre las partes. Uno pudiera decir que hay tres tipos de participación de las personas en los programas de salud. Una primera que es la aceptación de los programas e instrucciones del personal del Ministerio de Salud, pudiéramos llamarla participación pasiva. Aunque si bien es muy difícil considerar la aceptación como participación propiamente dicha, debemos reconocer que hay una diferencia conductual importante entre el rechazo y la aceptación de una propuesta de acción sanitaria.

Aceptar, ya implica un trabajo de cooperación y diálogo. Sin embargo, hay otras dos modalidades que son las que pudiéramos considerar propiamente participación: la activa, que no solo acepta, sino que toma parte de las tareas, las ejecuta con o sin supervisión del personal de salud, pero que es en esencia reactiva, pues responde a la iniciativa de un agente externo, sea éste el ministerio de salud o una organización

no-gubernamental. En este caso, la comunidad no toma iniciativa, ni diseña los programas o, si lo hace, es en el modo y el momento que le asigna el agente externo. Como tercera y última modalidad, se encuentra la participación que se da cuando es la propia comunidad la que toma la iniciativa, cuando es la comunidad la que diseña el programa de acción y le asigna un rol al ministerio de salud o a cualquier otra agencia gubernamental o no.

Son escalas distintas de la participación con balances distintos de acción y decisión entre la comunidad y el Ministerio de Salud, entre la Sociedad Civil o las ONG y el Estado. Lo singular es que cada una de estas modalidades implica de alguna manera un proceso de negociación, es decir de diálogo y de compromiso entre las partes (Briceño-León, 1994).

La educación debe reforzar la confianza de la gente en sí misma. Hay educadores, al igual que muchos padres, líderes o jefes de familia, que crean con su acción y sus palabras confianza en la gente. Y hay otros que, a la inversa, generan desconfianza.

Esto es muy importante pues la confianza es un factor fundamental en el éxito de una acción. Si un individuo cree que va a lograr una meta cualquiera, hará un esfuerzo especial por obtenerla, pero, si, por el contrario, no cree que pueda lograrla, no hará nada. Estas creencias o expectativas pueden tener un origen infantil lejano o ser recientes en los individuos. Pero, siempre surgen de un aprendizaje social, es decir, de la acción y los mensajes verbales de los otros individuos (Seligman, 1975).

Las acciones que realizamos todos los individuos se fundan en una expectativa de futuro. Cuando iniciamos una acción, no podemos saber con certeza cuáles serán los resultados, pero siempre hacemos una previsión de lo que resultará de nuestro proceder. Y es esta previsión o expectativa de resultado, lo que nos lleva a comportarnos de una determinada manera.

Sólo si asumimos que los resultados serán de acuerdo con lo deseado, daremos inicio a nuestra actividad; si pensamos que no lo vamos a lograr, no lo haremos. Lo

particular del comportamiento radica en que, como no es posible saber con absoluta certeza cuál será el resultado real, pues es un evento de futuro, nuestras decisiones se fundan en las informaciones previas que manejamos y en la confianza que tengamos en los resultados esperados. Es decir, en un juicio interno sobre el mundo real. En muchas oportunidades, y quizá con muy buenas intenciones, las acciones que emprenden los ministerios de salud en su tarea cotidiana llevan el mensaje implícito que el individuo o la comunidad no puede hacer nada, porque sólo el ministerio puede controlar la epidemia.

El ministerio es quien puede hacer la inspección entomológica, es quien puede conocer de la enfermedad, administrar los medicamentos, aplicar los plaguicidas, etc. Cuando se actúa de esta manera, se está socavando la confianza que los individuos puedan tener en sí mismos y se está eliminando la posibilidad de su participación.

Si la participación de la comunidad en salud es, como indica la Declaración de Alma-Ata (1978), un deber y un derecho, la meta de la educación y la acción sanitaria emprendida por el Ministerio de Salud, o por los educadores, debe ser reforzar la confianza de los individuos en buscar y lograr una efectiva participación en los programas. Confianza en que cada individuo puede y debe hacer algo para mantener su salud. Sin embargo, es posible que el diseño que se tenga de la acción, por autoritaria o paternalista, pueda bien, y por el contrario, desestimular y obstaculizar la participación.

1.2.3.El modelo de conocimiento: esfuerzo-logro en educación para la salud

En el ámbito de la educación para la salud se debe procurar reforzar el modelo de conocimiento: esfuerzo-logro. Pero, la educación no puede ser sólo verbal. El logro de la confianza no puede ser sólo un acto de creencia individual, pues si así lo fuese y contra todas las evidencias externas se mantuviese la confianza, se estaría cercano a la psicosis.

Si se quiere que la población participe, y actúe, debe creer que su acción va a tener un resultado, si no ¿para qué lo va hacer? Ahora bien, lo que derivado de la tesis anterior sería un refuerzo de tipo verbal, se convierte ahora en un refuerzo de tipo práctico: las personas tienen que creer que su acción va a tener unos resultados, pero los resultados deben verdaderamente existir (Rotter, 1966).

Hay un ya clásico ejemplo de este tipo de conexión. Imaginemos una persona que llega a un edificio, toca el botón del ascensor porque presume que se va a abrir la puerta y aparece el ascensor, pero esto no sucede, espera cinco minutos, diez minutos más y, luego, como su acción de llamar al ascensor no tiene resultados, decide irse por la escalera. El segundo día repite la misma operación y el ascensor tampoco llega. El tercer día quizá todavía repite la misma operación. Pero, ya el cuarto día no presiona el botón para llamar al ascensor, sino que se va directamente por las escaleras. La relación que existía, en su conocimiento previo, que su acción sobre el botón iba a tener unos determinados resultados fue extinguiéndose; puesto que la reiteración de esa acción no se conectaba con el resultado esperado. Esta escisión entre esfuerzo y logro es muy común en todas las comunidades pobres rurales o urbanas

En general, ésta no-conexión tiene como origen el hecho histórico de que se desarrollan acciones que nunca se han convertido en logros, que nunca lograron lo propuesto. Es decir, que hubo esfuerzo, pero no logros, es éste quizás uno de los profundos orígenes del conformismo de estas sociedades. Pero, existe también una modalidad distinta, un tipo de separación diferente y que se ha dado en algunas sociedades que han tenido abundantes recursos, y es que la gente obtiene logros, sin esfuerzos, obtiene resultados sin haber emprendido acciones previas, los programas sociales o sanitarios, por razones populistas o corruptas, ofrecían beneficios que las poblaciones no habían solicitado, no esperaban y, muchas veces, tampoco valoraban. En ambos casos se rompe la relación causal esfuerzo y logro, aunque por medios muy distintos.

La acción educativa debe estar acompañada de logros y debe estar acompañada de logros que se obtengan a través de esfuerzos. Logros obtenidos a

partir de trazarse unas metas que el individuo pueda cumplir, metas retadoras que signifiquen un estímulo a la inteligencia, que no sean tan fáciles como para que sean consideradas bobaliconas, ni tan difíciles como para que puedan inducir al fracaso de antemano.

Si el individuo trabaja, participa y obtiene logros, se refuerza así su idea conectiva del esfuerzo y el logro. Él aprende que puede hacer algo por su propia salud, aprende con hechos. Aprende que el trabajo puede llevar a logros y que su acción puede llevarle satisfacción y salud (Romero García, 1985).

1.2.4. La responsabilidad individual y la cooperación colectiva en educación para la salud

La educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva, puesto que la participación comunitaria no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, una buena política de estímulo a la participación debe fomentar el interés y el compromiso de cada individuo como persona con las metas de salud.

Pero, la acción individual no es tan difícil de obtener, pues es posible relacionar lo que se hace con los beneficios obtenidos, difícil es lograr la acción colectiva, donde los beneficios se diluyen entre todo un conglomerado de personas, y quien participa y se esfuerza puede obtener las mismas ventajas del saneamiento ambiental que quien nada o muy poco ha hecho (Olson, 1965).

Hay, al menos, dos tipos posibles de participación comunitaria: una participación individual-familiar y una participación colectiva. Desde esta perspectiva, la participación comunitaria no significa *per se* acción colectiva, significa que es una acción llevada a cabo por la sociedad civil, como algo distinto de la acción llevada a cabo por el Estado, a través de los ministerios de salud o algún otro organismo que emplea personas para realizar tareas de salud. El hecho de ser individual o colectiva

es importante, como veremos, para otras dimensiones de la participación, pero no para su carácter comunitario.

La participación individual-familiar puede ser, como su nombre lo refiere, una acción llevada a cabo por una persona o por un grupo familiar que tiene intereses comunes. En este caso, la relación entre la actividad ejecutada y los beneficios obtenidos es directa y no se comparten inmediatamente con otros individuos o familias. En la participación colectiva la acción es llevada a cabo entre un conjunto de individuos, pero no existe una relación restrictiva entre la acción ejecutada y los beneficios logrados, puesto que éstos son de carácter público o colectivo y no es posible discriminar entre quienes participaron en su consecución y quienes no lo hicieron.

En el caso de la participación individual familiar se requiere de un aumento de la responsabilidad individual y, si así se desea ver, del individualismo. Cada quien debe sentirse más obligado en el logro de sus propias metas de bienestar y salud. Pero, aquí es evidente que si la persona no lo hace, no va a obtener ningún beneficio. Es posible calcular que a partir de su acción individual puede existir un beneficio marginal aportado a los otros, pero el grueso del beneficio es al individuo o la familia que ejecuta la acción. Por esto la educación sanitaria debe fomentar ese sentido de responsabilidad individual que lleve a obtener sus propios logros sanitarios. Pero, al mismo tiempo debe fomentar la solidaridad, pues si no se convierte en imposible la participación en obras que sean de carácter colectivo. Es necesario el fomento de la solidaridad y de la acción voluntaria y generosa, por un ideal de bienestar colectivo que no puede estar basado en el cálculo del actor racional. Y esto sucede, y mucho, entre las comunidades pobres; quizá, pudiéramos decir un tanto psicoanalíticamente, porque procuran dar lo que no tienen.

La acción educativa aquí tiene un doble propósito: enfatizar en el individuo y en su responsabilidad individual, hacer énfasis en la relación que existe entre lo que él o ella hagan y lo que pueden obtener para su propio beneficio. Pero, al mismo tiempo, desarrollar los mecanismos de cooperación y de construcción de solidaridad que

puedan hacer posible lo que, de acuerdo a las premisas del actor racional, no es factible: la acción colectiva (Glazer y Huberman, 1993).

Capítulo 2. Definiciones y conceptos

El mundo en que vivimos y la realidad que nos rodea es compleja y multifactorial, haciendo que el individuo sólo consolide su conducta tras complejos procesos, tanto psíquicos, cognitivos, como afectivos. Son varias las ciencias desde las cuales podemos enfocar las nociones de salud, cada una aportando un enfoque diferente y, a la vez, relacionado con otras ciencias sociales y de la salud. La conceptualización de la salud constituye un elemento dinámico y que tiene vocación transformadora constante, tal y como señala Polaino-Lorente (1987:13)

Existen diferentes perspectivas, como podrían ser visiones antropológicas, sanitarias... Muchas veces sus límites no están bien definidos ni limitados, llegándose incluso al solapamiento y a la consideración de intrusismo por mentalidades anquilosadas en el sectarismo. Igualmente, los factores que afectan a la salud son muy diversos, pero no son independientes unos de otros, si no que están interrelacionados y es por ello, por lo que se requiere un abordaje desde diferentes puntos de vista; el alcohol, las drogas, el trabajo, la realización de actividades deportivas, las relaciones sociales y familiares, la alimentación..., hacen que el proceso educativo no se limite sólo a una dimensión y, así, se permita al sujeto poder responder de forma integradora a los factores negativos que influyan en su salud.

Por tanto, es necesaria una interdisciplinariedad a la hora de abordar la educación para la salud.

2.1. Orientaciones de formación

No debemos de olvidar nunca que los sujetos debido a su experiencia, a su cultura o a las tradiciones disponen de un bagaje de conocimientos que bien podrían estar equivocados, ser erróneos e incluso contraproducentes, pero que van a incidir de forma activa en sus comportamientos, a la hora de toma de decisiones en temas relacionados con su salud. Para que la formación sea satisfactoria y se alcancen los objetivos pretendidos, se debe de centrar además de, en las necesidades específicas

y bien definidas que existan, en el modo de aprendizaje de los adultos y siempre dentro de un plan formativo integrador donde se recojan otros aspectos de cualificación profesional.

Una formación fuera de este ámbito, nos puede llevar a una falsa e inconsciente sensación de seguridad, haciendo que el riesgo aumente sobre el individuo. Si revisamos la definición de salud veremos que es un estado de tres factores, el físico, el psíquico y el social y, por tanto, existirá un modo diferente en cada individuo, no solo de enfrentarse a los problemas de salud, sino de enfrentarse a los procesos educativos. Es por ello, que la educación debe de huir de intentar sólo modificar por la manipulación el comportamiento y llegar a la asimilación consciente y razonada de los conocimientos adquiridos y, de una manera integradora, el sujeto sea capaz de elegir la opción más satisfactoria en cada momento, haciéndolo responsable de sus actos y de su salud. Esto produce no sólo cambios en los factores que afectan a la salud, sino incluso en los estilos de vida tanto psicosociales, como culturales de los individuos.

2.1.1. El examen de las necesidades

Debemos comenzar explicando que se entiende por el término necesidad.

Este concepto, puede tener diferentes significados según se enfoque desde un punto de vista político, educativo, económico, filosófico, etc. Por tanto, pueden existir tantas definiciones como corrientes científicas, dificultando la exposición de un concepto general. Zabalza (1986) intenta asociarla al concepto de utilidad, así, dependiendo de la utilización que le demos al término necesidad, tendremos:

Necesidad Normativa: aquella que el experto define atendiendo a un criterio tipo, o sea, la carencia de un sujeto en comparación con un determinado estándar o patrón tipo, al que se considera “normal”.

Necesidad Sentida: percepción subjetiva de lo que el sujeto cree que le hace falta.

Necesidad Expresada: cualquier aspecto se convertirá en necesario cuando sea muy utilizado o muy demandado por un gran número de personas.

Necesidad Comparativa: todo aquello que no tiene un grupo con características similares a otro que si lo posee.

Necesidad Prospectiva: aquella que, aunque actualmente no se perciba, exista una gran probabilidad de que se presente en un futuro.

Kaufman (1972), entiende el término como la discrepancia existente entre “dónde estamos actualmente” y “donde deberíamos estar”.

En nuestro caso, nosotros, vamos a definir el examen de las necesidades de formación como aquel proceso de valoración e identificación de los problemas que pueden ser solucionados de una forma parcial o total mediante un proceso formativo. Es decir, sería un planteamiento sistemático del análisis desde las necesidades detectadas de formación.

Para (Kaufman, (1972) “Una evaluación de necesidades no deberá “moldearse en concreto” sino que será necesario dedicarle constante atención para asegurarse de que se identifiquen las necesidades pertinentes y se incluyan en el diseño del sistema educacional y en el proceso de revisión”

Para iniciar el planteamiento y el proyecto de la formación sobre la salud y la seguridad en el trabajo, debemos identificar, en primer lugar, cuáles son los problemas a abordar, bien sea en un tema concreto y específico que implique a un grupo determinado, donde nos vamos a centrar, o, a un tema general, donde estén implicados todos los estamentos.

En nuestro caso, debemos de partir de los conocimientos previos en materia de PRL y saber hasta dónde queremos llegar, qué es lo que queremos aprender sobre ello. Así, todo lo que exista entre ese inicio y ese final pretendido, es lo que podemos considerar en nuestro caso como necesidad y, más específicamente considerarla como necesidad específica. En este sentido Suárez indica que *“la identificación o evaluación de necesidades es un proceso de recogida y análisis de información cuyo resultado es la identificación de las necesidades de individuos, grupos, instituciones, comunidades o sociedades”* (Suárez, 1990).

Al identificar estas necesidades a las que hacemos referencia, pretendemos:

- 1.- Recopilar información para poder llevar a cabo una planificación que nos permita cubrir esa necesidad.
- 2.- Si se estuviese realizando ya un programa de formación, nos ayudará a descubrir aquellos apartados con carencias, que están siendo ineficaces
- 3.- Ayudará a las instituciones formativas a ser conscientes de sus resultados así como a comprobar su efectividad.

Esto es una tarea que compete a todos, tanto a los formadores como a los destinatarios. Así, según el grado de satisfacción de los trabajadores como consecuencia de alcanzar sus necesidades de formación, el trabajo se realizará en unas buenas condiciones y conllevará unos resultados más favorables que repercutirán directa y positivamente en la empresa.

Como ya hemos indicado, el propósito del proceso identificación de necesidades, es recopilar la mayor cantidad de información con el fin de elaborar a posteriori, tanto una planificación como un programa de intervención, pudiendo ser llevado más tarde a la práctica para darle soluciones las necesidades expuestas.

Hay que tener presente que aunque ya exista una demanda de necesidad, es necesario realizar un estudio con más profundidad, para entre otras cosas, confirmar si existe relación entre la demanda y la necesidad real.

Para llegar a esto, no nos podemos basar sólo en detectar esas carencias, sino que se deben analizar también las posibilidades, determinando recursos y oportunidades de intervención. Esto, nos proporcionará una información vital para comprobar, aparte de la necesidad, la viabilidad de esa intervención, ayudándonos a seleccionar las estrategias y metodologías a aplicar.

Pero a pesar de este intento, no podemos solucionar todos los problemas existentes a través de la formación, por lo que tendríamos que realizar otro tipo de actuaciones complementarias. Ejemplo de esto, lo podríamos ver en el alto índice de incumplimiento del uso de los Equipos de Protección Individual (EPI,s). Por un lado,

podríamos tratarlo como un desconocimiento de su uso y de la necesidad de estos, por parte de los individuos, pero, también, deberíamos de tener en cuenta que podría ser debido a la mala calidad de estos, su falta de ergonomía o a la dificultad de reposición por daño o extravío.

Para Calvo Bruzos (1992), debemos recordar que la salud ha dejado de ser una responsabilidad absoluta de las instituciones sanitarias, para ser responsabilidad de los individuos que han de cuidar y defender su salud, apoyado por políticas que la favorezcan y la posibiliten.

2.1.2 Dónde y a quién formar

Un factor importante dentro de la formación y que muchas veces pasa desapercibido y para muchos carentes de interés, es el lugar donde se va a realizar la formación, según nuestra experiencia, muchas veces son pequeños cuartos o habitaciones con escasa ventilación, deficiente iluminación y con nulos medios didácticos como pudieran ser pizarras, proyectores, altavoces..., sin hablar de la carencia y deficiencia de materiales didácticos, muchas veces restringidos a “papel y lápiz”.

Debemos tener en cuenta que el lugar a elegir para la formación y dónde desarrollar nuestros programas educativos, van a depender de a quienes van dirigidos, o sea de los discentes, de los objetivos que se pretenden, del tipo de contenido, de los recursos de los que se disponen y del tiempo necesario para la correcta conclusión de nuestro programa.

Nuestros discentes en los programas de educación para la salud abarcarán desde escolares, grados medios y universitarios, alumnos en formación profesional y aprendices, trabajadores, hasta cuadros directivos, sin olvidar de incluir a los profesionales de la seguridad y la salud.

Podemos considerar que la escuela es un espacio adecuado para empezar a transmitir unos contenidos a través del currículo. Los ejes transversales son un buen instrumento. Evidentemente, y como señalan Roset y Viladot (2005), se ha de aplicar

a cada etapa evolutiva, el contenido, los programas y las actuaciones que el alumnado puede asumir. Además, se debe facilitar la organización, los recursos y las condiciones adecuadas para que cada alumno desarrolle al máximo sus propias capacidades.

Pero además, y en palabras de García Martínez (1998: 71), “la educación para la salud, debe aspirar a desbordar las aulas escolares para convertirse en un proyecto educativo social que, para ser operativo debe tener como referencia el plano comunitario de actuación y de promoción de la salud”. Así, la educación para la salud se coloca en el contexto de una educación social al servicio del desarrollo de la comunidad, en la que el proyecto educativo se reconoce a sí mismo, como una acción procesual intersubjetiva que opera como un factor de cambio social.

2.2. La salud y la educación desde distintos enfoques

Debemos empezar analizando algunos conceptos aclaratorios para la realización de nuestro trabajo. El término salud procede del latín *salus-utis* e implica un funcionamiento adecuado de los aspectos psicobiológicos de las personas. Por otro lado, el paso del tiempo ha hecho que se fuera modificando su significado, encontrándose en las últimas décadas con una conceptualización mucho más amplia que la que existía tradicionalmente y bastante más abierta y menos restrictiva que antaño. A pesar de estas diferentes definiciones más o menos aceptadas, es a partir de 1948 cuando, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organismo de referencia en la materia a nivel internacional, la salud es definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1948). Este concepto abarca un nuevo campo antes olvidado y donde se considera al sujeto no solamente un ser biológico, sino que se amplía como ser que se relaciona con otros iguales, no es solo la ausencia de enfermedad, ya sean mentales o físicas, ahora se incluye el ser social y como ser social el trabajo es un apartado importante dentro de su desarrollo como persona.

El poseer un mayor o menor nivel de salud depende de diversos factores. Algunos, como el sexo o la edad no modificables. Otros, como son los estilos de vida, si lo son. La importancia de estos últimos factores es que son modificables. Esto es, podemos actuar sobre ellos para favorecer el nivel de salud.

Históricamente se ha evolucionado desde un concepto en el que el individuo era un mero “receptor” del conocimiento “propiedad” de los expertos (generalmente sanitarios). Al actual en el que la persona es un agente activo, responsable y crítico. Decidiendo qué hacer o no, en función de los “asesores” de la salud. Asesores que pueden proceder del ámbito sanitario o de otros (como por ejemplo, las ciencias sociales. Es decir que se ha evolucionado del término “Educación Sanitaria” a la llamada “Educación para la Salud”.

En el contexto de la promoción de la salud, la misma es considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

2.2.1. Enfoque antropológico

Desde la antropología este tema, como indican Esteban, Comelles y Diez (2010), suele definirse como el estudio de las dimensiones sociales y culturales de la salud. Esta ciencia identifica la existencia de una problemática sociocultural en nuestro ámbito, a la hora de abordar los temas de salud y educación, de cómo ésta es interpretada, elaborada y clasificada por nuestra población en general. Las diferentes maneras en que estos dos procesos son abordados, como se conciben, y se experimentan, producen y son producto de una determinada construcción sociocultural, dando cuenta de una determinada respuesta social ante estos, recogiendo unos “saberes populares” de representaciones y prácticas que poseen los grupos sociales con sus propios significados, sentidos y racionalidades propias.

Estos saberes se producen y reproducen en contextos socioculturales históricamente determinados, son operacionalizados, instrumentalizados y, por último, transformados socialmente en cada caso y en cada estructura social. Así, nos

referimos a las distintas formas en que los grupos sociales crean socialmente los conceptos de educación, salud y calidad de vida, mediante un sistema de representaciones, conocimientos, creencias, valores, actitudes y aptitudes, compartidos socialmente que estructuran las relaciones de los diferentes sujetos con la realidad, a través de sus propias maneras de designación interpretación y asimilación, repercutiendo y orientándolas a sus modos de acción y adaptándolas a sus experiencias con dichos significados. Este sistema de representaciones está en una estrecha y permanente retroalimentación con la propia práctica de los sujetos, en tanto que lo orienta, organiza y moldea, pudiéndose a la vez modificarse a partir del aprendizaje y la experiencia.

Estas representaciones sociales son un conjunto de nociones, conocimientos, actitudes, valoraciones y creencias por las que el sujeto toma decisiones, realiza acciones con significado y sentidos que conllevan repercusiones concretas y específicas en la salud y en la calidad de vida de los sujetos.

El modelo biomédico es el dominante en el interior de nuestra sociedad occidental, a partir de un proceso de hegemonización de las diferentes prácticas y representaciones alopáticas, con la consecuente subordinación de los saberes médicos alternativos.

En la medicina alopática (del griego *allos* "otros" y *phatos* "enfermedad") donde se cura con drogas realizadas a base de productos químicos en dosis ponderales, se disgrega al hombre como ser total e integral, sin tener en cuenta su unidad bio-psico-espiritual e ignorando que se puede sufrir por igual en cualquiera de sus planos. La medicina alopática no tiene en cuenta la medicina tradicional. No intentamos equiparar el saber popular al saber médico, pues cada una tiene sus propias características, alcances y limitaciones.

No podemos aceptar la postura del modelo médico hegemónico que rechaza, cuestiona y desconoce estos saberes sin haberse preocupado por ellos. Además, tiende a su descalificación, resaltando sus errores defendiendo este ámbito como si fuese exclusivo del saber biomédico y considerando el saber popular como pseudointrusismo.

Existe una subordinación impuesta tanto económica como socioculturalmente, asumida por la sociedad en general, en cuanto que reconoce a los otros, los médicos, como los depositarios “legítimos” del saber. Según Osorio Carranza (2001: 245) se deben analizar las relaciones entre los diferentes modelos médicos, posicionándonos de una manera crítica en cuales tienen éxito o fracaso, saben o no, quién incide real, y no solo potencialmente, en los procesos de determinados conjuntos sociales.

Podemos pensar que el papel de los sujetos es un modelo de autoatención con una alta trascendencia en los procesos de salud y enfermedad, en sus términos de continuidad, eficacia y efectividad. Salvando las distancias estamos hablando de profesionales o ‘domésticos’, pero educadores al fin y al cabo.

En términos generales, existe una hegemonización creciente del modelo biomédico respecto a otros modelos, tanto en la representación como en la práctica. Esta hegemonía debe ser analizada, a la vez, desde el contexto económico, como social, de los diferentes grupos comunitarios. La hegemonía de la medicina alopática se legitima en términos técnicos e ideológicos, por su eficacia demostrada en la resolución de problemas de salud y a la subordinación que hace de otros saberes alternativos.

2.2.2. Enfoque educativo

En 1978 la Conferencia de Alma-Ata motivó el reconocimiento oficial de la OMS a la importancia, tanto de las estrategias sanitarias en el plano de la atención primaria, como la participación popular en salud, con el fin de alcanzar la resolución de los principales problemas que afectaban a la población y recomendando a los gobiernos la creación, el impulso y el mantenimiento de planes y programas de atención primaria que incorporasen de una forma más directa a la población. Esto contribuyó a estudiar a los conjuntos sociales, tanto desde puntos de vista de agentes sociales de cambio, como de objetivos directos de los planes de salud (Declaración de Alma-Ata, 1978).

El proceso educativo se convierte en un procedimiento de diálogo entre saberes, la educación entre individuos es dialógica y participativa. En este diálogo ambas partes adquieren el compromiso de escucharse, comprenderse y transformarse, existe un “*feedback*”, por lo que así este proceso se convierte, a la vez, en un proceso participativo. Pensamos que la educación debe ser un proceso participativo en sí mismo; es imposible enseñar si el proceso no es participativo, desde el mismo momento de inicio, e incluso yendo más allá, desde el propio diseño de la programación. Esto no implica una igualdad en las dos puntas de la enseñanza, no existe un ordeno y mando y el obedezco y aplico, sino que, aunque con papeles o roles distintos, todos actúan por igual. Esto nos lleva a una confrontación de diferentes prioridades y perspectivas, donde todas pueden ser validas y eficaces. Pretendemos que los individuos no sean sujetos alienados y amaestrados según las necesidades del momento, pero que tampoco el educador esté sometido a los educandos, debido a este espíritu de diálogo y participación. Por ello, una comunicación de carácter participativa y dialógica no puede fundarse en el predominio de ninguno de los elementos de la educación: los docentes y los discentes. Todos participan y todos aportan sus conocimientos, sus sesgos y su voluntad, abarcando desde los educadores en salud, los sanitarios y los educandos, intentando intercambiar, confrontar y dialogar sobre los diferentes saberes de educación para la salud.

Haciendo una división en la forma en que los discentes participan en el proceso formativo, podríamos indicar que existen tres formas diferentes de formarse.

Tendríamos un formación pasiva, donde el sujeto actúa de forma ‘estática’, aceptando las instrucciones del programa sin capacidad de interactuar con él, aunque es complicado considerar la aceptación como una participación en sí, hay que tener en cuenta que existe una diferencia en la conducta de rechazo y la de aceptación, ante una propuesta de una acción para la salud o de carácter sanitario. Por ello, el mero hecho de aceptar, ya implica un trabajo de cooperación y diálogo y, por tanto, no es una acción tan pasiva como se podría creer en un principio.

El segundo tipo de formación sería la activa, donde el sujeto no solo acepta, sino que también actúa, toma parte y ejecuta. Es una formación de carácter reactivo, ya que necesita el estímulo de un agente externo a él. No toma la iniciativa, ni diseña los programas, a no ser que se lo solicite la parte formadora.

Por último, tenemos la participación dada cuando son los propios individuos los que toman la iniciativa diseñando los programas formativos de acción y asignándoles papeles diferentes a cada individuo, inclusive al formador y a la entidad formadora.

A pesar de esta división, todas implican un proceso de negociación, de diálogo y de compromiso entre todos los implicados en el proceso formativo (Briceño-León, 1994).

La confianza es un factor importante y fundamental a la hora de que una acción o un programa tengan el éxito asegurado, así la educación para la salud debe crear y reforzar ese clima de confianza en sí misma y en la gente en sí. Los educadores tienen un papel fundamental en este aspecto, pues son ellos mismos los que van a transmitir esa confianza a sus discentes, le van a transferir esa utilidad de lo que están haciendo, pero para esto, deben ser ellos mismos los primeros que crean en su acción formativa, en su repercusión y en su intento de transformar a los discentes. Si un sujeto cree que va a lograr un objetivo que se ha propuesto, realizará todos los esfuerzos necesarios para alcanzarlo, pero si, por el contrario, no cree en lo que hace y piensa que es difícil de alcanzar, no hará nada para conseguirlo. Cuando realizamos una acción, la basamos en una expectativa de futuro sin saber cuáles serán los resultados, pero sí se hace con una intención o previsión, la obtendremos con nuestro correcto actuar. Al intuir que estos resultados coinciden con nuestras expectativas, es cuando realizaremos nuestra acción, si creemos que son inalcanzables, no llevaremos nada a cabo. Al no saber con certeza cuál será el resultado que conseguiremos realmente, nuestras acciones se basarán en las informaciones de las que disponemos previamente y en la confianza que depositemos en la obtención de los resultados deseados.

Si como indica la Declaración de Alma-Ata (1978), la participación de la comunidad en el ámbito de la salud, es un deber y un derecho. Los objetivos de la

educación para la salud y las acciones en este sentido, deben de reforzar la confianza de los individuos en buscar y alcanzar una eficaz implicación en los programas de promoción de la salud. Confianza que debe de llevar al individuo a que es él, el que debe y puede hacer algo para la promoción de su salud y la de su comunidad. Para ello, debemos huir, como hemos visto, de programas autoritarios o de carácter paternalista que interfieren en la participación de los sujetos y en su estimulación a la hora de intentar alcanzar los objetivos propuestos.

Llegar a esta confianza no es solo misión del sujeto en sí, sino que mediante la educación se debe intentar el refuerzo de esta, a través del conocimiento, del esfuerzo y, por último del logro, por tanto, la educación no es solo verbal. Para que logremos esta participación de los sujetos, como hemos dicho, debemos creer que su acción va a tener resultados positivos en el individuo y en su entorno, así partiendo del refuerzo de carácter verbal llegamos al refuerzo de carácter práctico, donde el individuo comprueba que existen unos resultados satisfactorios. La acción educativa debe ir asociada de logros y estos deben de provenir del esfuerzo. Si el sujeto trabaja, colabora y participa de una forma activa obtendrá esos logros, reforzándose de esta manera la relación esfuerzo-logro. Se da cuenta que puede y debe hacer algo por su propia salud y la de su entorno, tanto laboral, familiar o social y este aprendizaje lo realiza con hechos, con los que aumenta su confianza y su satisfacción personal.

Las metas impuestas deben ser alcanzables por los individuos, debiendo ser un desafío para el sujeto que estimulen y activen su inteligencia, así como su capacidad de acción.

Existe otra posibilidad distinta donde se rompe esa relación descrita de esfuerzo-logro, donde los individuos poseen gran cantidad de recursos y se obtienen las metas sin esfuerzos, obtiene resultados sin haber realizado acciones previas y donde, por parte de las instituciones, se actúa con un carácter paternalista y con un objetivo "populista", donde la comunidad no es capaz de valorar esos esfuerzos.

2.2.3. Enfoque desde la educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) es, según la United States Comittes on Health Terminology “un proceso de orden intelectual, psicológico y social que comprende actividades destinadas a incrementar la aptitud de los individuos para tomar decisiones –con conocimiento de causa- que afectan a su bienestar personal, familiar y social”. Facilitando, este proceso el aprendizaje y el cambio de comportamiento a nivel del personal trabajador como de los usuarios (Sainz, 1984).

La Doctora Sainz cita a la profesora Sarella Henriquez en su libro “Educación para la Salud”, explicando algunas de las razones de convergencia de intereses de las ciencias sociales con la salud:

- El papel de los factores sociales y del medio ambiente en la aparición y evolución de las enfermedades.
- Las relaciones entre los comportamientos humanos y la salud.
- Las relaciones entre los sistemas de salud y la economía.
- El desarrollo técnico y administrativo del sistema de salud y de la medicina.
- La dimensión psicológico-social que implica la relación médico-paciente.
- La necesidad de planificar el sector salud como parte de la planificación global de la economía.
- La necesidad creciente de humanizar la medicina.
- La influencia de las ciencias sociales que permite a las ciencias de la salud salir del mero campo de la biología, permitiendo un análisis científico del problema complejo de salud y enfermedad (San Martín, 1983).

San Martín (1985), la define como “la preparación sistemática del individuo a conocer su organismo, su fisiología, y su ambiente, desde el punto de vista ecológico y social, con el objetivo de saber vivir en salud y obtener una relativa independencia o autonomía (del individuo y de la población organizada) para la prevención de la enfermedad y la protección de la salud”.

Aunque hablemos contemporáneamente de EpS, dicho término procede del término “Educación Sanitaria” siendo clásico el libro homónimo de Luis Salleras (1985), adoleciendo este último término de la sensación de que dicha educación correspondiese solo al personal médico y demás sanitarios. Sin embargo, la información oportuna no debe ser necesariamente facilitada por personal sanitario.

Tampoco debe ser el individuo un ente pasivo, receptor de la información proporcionada por los “expertos” sanitarios. De ahí que se haya ampliado, en nuestra opinión de forma acertada, al término “Educación para la Salud”.

A través de la educación en general, y más concretamente en la educación para la salud, debemos fomentar tanto la responsabilidad del individuo, como la participación y cooperación de la comunidad. Esta participación de la comunidad no debe ser interpretada por el sujeto, como una disolución de su responsabilidad como individuo, sino que, muy al contrario, se debe promover el compromiso de cada una de las personas que configuran una sociedad, donde su actuación repercute tanto en ella, como en el sujeto, como miembro de esta, a la hora de lograr los objetivos de promoción de la salud. Esta acción de trabajo para la comunidad, como acción colectiva, es más complicada de obtener que la individual, donde el sujeto relaciona sus acciones con sus logros. En el trabajo para la comunidad los logros se disgregan entre una masa de personas, donde el individuo pasivo obtiene las mismas ventajas que el sujeto implicado y activo.

La educación para la salud debe de impulsar el sentido de responsabilidad del sujeto que le lleve al alcanzar sus logros, pero, a la vez, a inducir al fomento de la solidaridad para poder alcanzar de forma positiva programas de carácter colectivo. Se debe fomentar la solidaridad por un ideal de bienestar colectivo. Así, nuestra acción educativa hará hincapié en la responsabilidad del sujeto y el alcance de sus logros, como en la creación de mecanismos de participación colectiva y solidaria que repercutan en su comunidad.

Podemos afirmar que no existen actores privilegiados en la educación para la salud, simplemente existen individuos que saben más y otros que saben menos, hay algunos sujetos que tienen más responsabilidades y otros que tienen menos o son distintas, pero, al fin y al cabo, todos son parte integrante y responsable de la salud para todos. El papel que desempeña el educador, es el de utilizar las estrategias necesarias para que la educación para la salud sea efectiva, sería un rol de facilitador, de ayuda y apoyo. *“Es el grupo quién aprende y el educador quién ayuda, facilita, orienta y crea climas de comunicación en el proceso educativo, logrando así un*

aprendizaje significativo” (Garrote y del Cojo 2011: 9), es decir que los individuos aprendan desde sus experiencias, vivencias, preconcepciones y modelos cognitivos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo.

La educación como arte de usar los conocimientos, conlleva una labor que debe intentar alcanzar la participación de todos los sujetos implicados, para poder alcanzar los objetivos de la salud y mantenerlos en el tiempo. Aunque no podamos modificar las condiciones objetivas, si podemos replantear la forma en que los sujetos las afrontan.

La salud no se puede comprar con dinero, con este compraremos equipos, medicamentos..., pero no la salud. Cualquier programa sanitario requiere de una base económica, pero esto no garantiza la salud de la comunidad, ni su éxito. Este éxito se alcanza con la respuesta imaginativa más que con la económica, con la implicación, el compromiso y el esfuerzo de todos los sujetos implicados en ella, ya sean educadores, sanitarios, interventores sociales, trabajadores y de toda la comunidad para poder alcanzar los objetivos, así como su mantenimiento a lo largo del tiempo. Y es aquí donde la educación para la salud adquiere un papel insustituible, a la hora de la participación de la comunidad. Así será posible alcanzar el tan manido lema “salud para todos” (Briceño-León, 1993).

2.2.4. Enfoque social

Es claro que la salud de cada persona repercute en el nivel de salud de la propia comunidad. *“Esta comunidad tiene derecho a participar en su propia salud, pero además tiene el deber de hacerlo”*. (Escuela de Ciencias de la Salud, 2000).

La educación para la salud tiene un lugar muy importante en los movimientos sociales. Los movimientos sociales, según los concibe Lucio-Villegas (1994: 203-205), constituyen un elemento sustancial en la construcción de una sociedad democrática. Se fomenta una cultura participativa y se plantea una serie de valores definitorios de

su propio funcionamiento interno. Trabajan fomentando la cultura participativa y se plantean una serie de valores definitorios de su propio funcionamiento interno.

La educación para la salud permite desarrollar procesos participativos y de concienciación de la población, tornándose en algo fundamental, sobre todo a los grandes cambios que se producen en la actualidad, necesitándose una capacitación de los individuos para poder adecuarse debidamente a las transformaciones en este ámbito. En este sentido, indica Camacho (2000: 42), que *“esta perspectiva nos permite reflexionar sobre la necesidad de generar un ambiente que facilite la adopción de unos estilos de vida saludables”*.

Podemos, además, considerar que este tipo de educación puede desarrollarse no sólo desde el ámbito de la educación formal, sino que se puede actuar también desde la no formal e informal, pudiendo dar un papel importante en este aspecto a los movimientos sociales.

La aportación de la pedagogía social a la educación para la salud se traduce sobre todo y según García, Sáez y Escarbajal (2000), en la referencia a los dos contextos donde se realiza la intervención socioeducativa (el escolar y el social), a los postulados que orientan tal intervención y a las temáticas que son objeto de la misma.

2.3. Qué pretendemos con la formación y la educación

La tecnología, la aplicación y la formación (lo que en anglosajón se denomina la triple E: *“engineering, enforcement and education”*) son las herramientas fundamentales necesarias para alcanzar los objetivos de reducción del número de accidentes, de enfermedades profesionales y de fomento de la seguridad y la salud en el trabajo. Todas son interdependientes y alcanzan diferentes niveles de importancia dentro de los distintos sistemas nacionales.

El objetivo general de la formación y la educación es mejorar la sensibilización respecto de los peligros para la salud y la seguridad, aumentar el conocimiento de las causas de las enfermedades y lesiones profesionales, y fomentar la aplicación de medidas preventivas eficaces. Como hemos comentado antes, el fin específico y el fomento de la formación cambiarán según los destinatarios.

De un modo general, los objetivos de educación y formación en materia de salud, podemos abarcarlos desde diversas posiciones. La OMS junto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), constituyen un comité conjunto en 1981 para trabajar sobre la medicina del trabajo. En el mismo se presentaron diferentes objetivos pedagógicos, que se dirigen a todos los grupos sociales, de una u otra forma, dependiendo de sus características y situaciones.

Estos objetivos citados son:

- Cognitivos donde el individuo debe adquirir el conocimiento adecuado en la materia.
- Psicomotores que serían las cualificaciones profesionales.
- Afectivos donde se desarrollan las actitudes y los valores.

Igualmente, se desarrolla una constante ‘información – educación -formación’, que correspondería al ‘qué’, el ‘por qué’ y el ‘cómo’ de los peligros y su control.

En el modelo de “*educación capacitante*”, se diferencia entre la formación como la enseñanza de habilidades, con un asentamiento basado en la competencia, con resultados pronosticables en el comportamiento y la educación como desarrollo de un pensamiento crítico independiente, así como de la cualificación para la toma de decisiones que lleven a una actuación colectiva adecuada y efectiva (Wallerstein y Weinger, 1992).

Los individuos tienen que comprender y utilizar procedimientos de salud, así como, el material adecuado y los medios y equipo de protección para desarrollar sus tareas concretas, como una parte fundamental de la formación para la adquisición de la cualificación propia de su trabajo. Igualmente, necesitan una formación para corregir y evitar los peligros que se puedan detectar, así, habituarse a los procedimientos

internos de su empresa, según a la ley de Prevención de Riesgos Laborales (PRL) y a los diferentes reglamentos específicos de aplicación en su lugar y tipo de trabajo.

Uno de los objetivos necesarios en la materia de educación y formación, es la mejora y el progreso en los conocimientos y cualificaciones técnicas, resolución de problemas, comunicativas y de organización. El desarrollo en las teorías de la educación actuales, y más concretamente en la educación de adultos, ha hecho mella en la educación para la salud, esto se comprueba en el aprendizaje cooperativo, el participativo y en la educación capacitante donde el individuo aprende más y mejor, cuando participa de una manera activa en ejercicios de resolución de problemas.

Una educación efectiva y competente requiere, aparte de la evidente transmisión de conocimientos y cualificaciones específicas, del progreso y necesidad de un pensamiento crítico y de la necesaria comprensión del contexto de los comportamientos, así como, de las diferentes formas de relacionar la realidad del lugar de trabajo con lo aprendido en clase. Todo ello muy adecuado en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, donde las causas de accidentes, patologías y de condiciones peligrosas suelen ser una mezcla de factores físicos y ambientales así como del comportamiento humano y del contexto social donde se desarrolla.

Cuatro son los tipos de objetivos que deberíamos tener en cuenta, a la hora de extrapolar estos principios a un programa de educación para la salud:

Los primeros harían referencia a objetivos de información: serían aquellos conocimientos de carácter específico que los individuos en su periodo de formación deben adquirir. Podríamos poner como ejemplo, el conocer como determinados vapores tóxicos pueden alterar de una forma perjudicial la salud del trabajador a nivel del sistema nervioso, respiratorio, digestivo...

Los segundos objetivos serían de comportamiento: en ellos, recogeríamos las aptitudes y las cualificaciones que los individuos alcanzan. Destacaríamos como ejemplo la habilidad del trabajador para saber interpretar cualquier ficha de datos de los productos químicos con los que trabaja.

Los terceros, de actitud: en estos objetivos debemos acometer las falsas suposiciones que influyen sobre una acción correcta y segura, o sobre la actuación incorrecta a la formación recibida. Un ejemplo claro es creer que los accidentes son imprevisibles.

Y, los últimos, serían objetivos de acción social: donde los sujetos adquieren la capacidad suficiente para objetivizar un problema específico, siendo capaces de identificarlo, tanto el problema, como a sus causas y siendo competentes para proponer soluciones adecuadas y correctas, así como prever y aplicar las medidas pertinentes para la solución del problema. Ejemplo de ello sería un cambio en el modelo de organización del trabajo tras detectar alguna carencia.

2.4. Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso por el cual los sujetos pueden aumentar el control sobre su propia salud mejorándola y manteniéndola. Igualmente, pretende analizar los modos de desarrollar una mejor salud de la población, ya sea en general o específicamente. En el año 1986, la Carta de Ottawa indica que "*consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma*". En dicha carta se hace hincapié en los sectores de acción que deben ser tratados. Podemos destacar el desarrollo de habilidades personales para la mejora de la salud, creación y mantenimiento de ambientes que favorezcan la salud, reforzar los factores positivos de la acción comunitaria y desarbolar los negativos, fomentar políticas públicas saludables, reorganizar y orientar a los servicios encargados de la salud. La promoción de la salud debe ser y es multidisciplinar, abarcando a la pedagogía, la medicina, la sociología e incluso el derecho.

En la promoción de la salud adquiere un papel importante el ámbito público que deberá cooperar en la formación del tronco de conocimientos, así como, a su aplicación práctica con y para la población, o para grupos concretos o de riesgo, llegando en combinación con la educación para la salud, a alcanzar la modificación de conductas incorrectas, o no saludables, hacia otras más saludables, así como, a la capacidad de autocuidados de los individuos. Intentando alcanzar en la población un nivel de salud que le permita desarrollar sus capacidades, alcanzando una auténtica igualdad de oportunidades en el desarrollo personal y social de sus individuos.

Existe una necesidad de hacer ver a la población la necesidad de adquirir hábitos saludables, hacerles tomar conciencia, atender y rechazar los efectos de los estilos de vida poco saludables, así como de las conductas de riesgo en distintos ámbitos y como repercuten en aspectos de perjuicio al bienestar físico, psíquico, social e incluso económico. Así, patologías crónicas o con un alto grado de morbosidad se acaban

convirtiendo en un problema socio-sanitario de primer orden, pues existe una asociación de alteraciones, tanto físicas, psíquicas y déficits de salud estrechamente relacionados a patrones de vidas alterados con conductas de riesgo para la salud o considerados insaludables. Como parte del problema debemos destacar la escasez de información suficiente y adecuada para la detección prematura de estas alteraciones, la necesidad de prevenir las condiciones de riesgo, las malas prácticas individuales, así como, los hábitos colectivos con respecto al autocuidado de la salud.

Optimizando las estrategias de promoción, así como, las didácticas haremos frente a la necesidad de cambiar el bajo nivel de conocimiento y aumentar el nivel de concientización de la población, acerca de las medidas de prevención de las patologías, así como, de los mecanismos de detección precoz de estas, realzando la salud del individuo, la comunidad y el medio ambiente, como el valor capital para el bien de todos. Este proceso de concienciación efectivo debe ser impulsado durante todo el ciclo académico del individuo abarcando todos los ciclos.

2.4.1. Algunas Declaraciones internacionales sobre salud

La OMS ha desarrollado en diferentes actas o cartas, una serie de principios relacionados con la promoción de la salud. Así, para la Organización Mundial de la Salud los principios básicos serían:

- Capacidad para complementar diferentes planteamientos y métodos pertenecientes a distintas disciplinas como la medicina, la pedagogía, la psicología e incluso la economía.
- A pesar de considerar la promoción de la salud como una acción, tanto del ámbito de la salud, como de lo social y no exclusivamente una actividad médica, sí se le asigna un papel muy importante a los profesionales sanitarios, pues realizan un rol a destacar a la hora de apoyar y favorecer la promoción de la salud.
- Desea una participación efectiva y activa de la población, fomentando la ayuda y estimulando a los sujetos a encontrar la forma de promocionar la salud de su comunidad.
- Afianzar un ambiente favorable a la salud para todos los individuos más allá de su comunidad.

En la carta de Ottawa (1986), se recogen las siguientes áreas de acción:

- Una participación activa por parte de la comunidad es fundamental a la hora de definir prioridades, tomar decisiones o desarrollar diferentes programas. Por tanto, es esencial reforzar esta implicación.
- A través de los lugares de trabajo, la familia y la escuela se deben fomentar habilidades personales basadas en el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas favorecedoras de salud.
- Al influir el medio ambiente, tanto físico como social, en la salud de los individuos, se deben establecer ambientes que favorezcan esta salud.

- La salud debe estar incluida en todas las agendas políticas, fomentándose por parte de la administración, políticas públicas saludables. En este ámbito se considera al activismo social, como fundamental para alcanzar estas metas.
- Es necesario dar un enfoque nuevo a los sistemas de salud, donde deben priorizar la acción preventiva y promotora de salud.

Declaración de Jakarta (1997).

En ella se hace referencia a la manera de orientar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, y donde se hace hincapié en la importancia de enfoques globales y en la combinación de diferentes estrategias.

- La información y la educación sanitaria impulsan la participación efectiva y el empoderamiento de los individuos y de las comunidades.
- La participación activa es fundamental para mantener los esfuerzos y son los sujetos los centros de la acción en la promoción de la salud, así como, del desarrollo en la toma de decisiones para que estas sean realmente eficientes.
- Los diferentes contextos para la salud brindan oportunidades prácticas, para poder aplicar estrategias globales de promoción de la salud.

Así, las prioridades para la promoción de la salud en el presente siglo serán:

- Fomentar la responsabilidad social para la promoción de la salud.
- Acrecentar tanto el empoderamiento de los individuos como la capacidad de la comunidad.
- Extender la colaboración para la promoción de la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la promoción de la salud.
- Asegurar la infraestructura adecuada para la promoción de la salud.

2.5. Marco legal y políticas de promoción de la salud

En el contexto legislativo español son claras las referencias a la educación y promoción de la salud. La Constitución en el artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria.

La Ley 14/86 General de Sanidad en su artículo 6.0 declara que las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias estarán orientadas: *A la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*

La LOGSE, establece en el artículo 2.0 que la actividad educativa se dirige a la formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional.

La LOCE incluye objetivos de salud al determinar las capacidades que se desarrollarán en Educación Infantil, Educación Primaria y Secundaria Obligatoria (artículos 12.0, 15.0 y 22.0).

La Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, que traspone al Derecho español la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores, establece un marco de promoción de salud en el lugar de trabajo. En su artículo 20, define los objetivos de la política de prevención de riesgos laborales que están dirigidos a la mejora de las condiciones de trabajo, para mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, mediante las normas reglamentarias y la mejora de la educación en materia preventiva.

Se ha revisado la Cartera de Servicios de Atención Primaria de INSALUD del año 2001 y se han destacado aquellos servicios y normas técnicas que tienen relación con la educación para la salud. De los 38 servicios existentes, hay 25 que incluyen aspectos de educación para la salud. Del conjunto de 183 normas, definidas en la Cartera de Servicios, hay 45 relacionadas con actuaciones de educación para la salud. Dichas Normas se corresponden con actuaciones de información, consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos.

En el marco de la atención primaria, el papel de la educación para la salud se considera importante. En la Cartera de Servicios de Atención Primaria del INSALUD, de los 38 servicios existentes, hay 25 que incluyen aspectos de educación para la salud. Del conjunto de 183 normas definidas en la Cartera de Servicios, hay 45 relacionadas con actuaciones de educación para la salud. Dichas normas se corresponden con actuaciones de información, consejo individual, educación a grupos y educación con centros educativos.

Las políticas de salud tratan de reorientar los servicios sanitarios para responder de forma efectiva a las nuevas necesidades de salud de la sociedad. El papel de la promoción y educación para la salud es fundamental en el desarrollo de dichas políticas.

Un elemento de referencia es la política de Salud XXI para la Región Europea de la OMS, que ha definido veintiún objetivos de Salud para todos, como marco de desarrollo de las políticas sanitarias de la Región Europea.

Capítulo 3. Salud laboral

3.1. Promoción y protección de la salud laboral

La Constitución española del año 1978 recoge en el artículo 40, los fundamentos de la salud laboral, indicando lo siguiente:

“Asimismo los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesional; velará por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

Estos fundamentos se recogen en el artículo 21 de la Ley 14/86 General de Sanidad con la obligación de la promoción de la salud del trabajador, con un carácter general y actuaciones en todos los ámbitos, pudiendo ir desde el sanitario a la información y formación de todos los sectores implicados.

Debemos recordar que, además, España adoptó las Recomendaciones 97 y 112 de la OIT de los años 1953 y 1956, donde se propugnan medidas médicas, técnicas, de higiene y la creación de servicios de medicina del trabajo, donde se recoge como una de sus misiones la educación sanitaria.

Con la creación de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, la famosa LPRL (BOE 1995), se ha producido una transformación, donde el enfoque se realiza hacia una actitud preferentemente preventiva. Así, al especialista en medicina del trabajo se le ha dotado de conocimientos necesarios para desarrollar funciones, tanto asistenciales, de prevención, de vigilancia de la salud, periciales, gestión de servicios de prevención, y más concretamente centrándonos en nuestro tema de trabajo, en la promoción y la formación para la salud.

Dentro de la función de promoción, es competencia suya, fomentar la participación activa de todos los trabajadores como protagonistas de su propia salud. Se deben

fomentar las conductas, hábitos, consumos y estilos de vida saludables. Fomentar la cultura preventiva en la empresa. Participar en los programas de salud sanitarios..., y fomentar la creación de entornos saludables en la empresa (Gil Hernández, 2005: 29).

En sus funciones de formación debe ser capaz de identificar las necesidades formativas de los trabajadores, así como, fomentar el aprendizaje permanente, tanto desde el punto de vista ajeno, como el suyo mismo. Deberá ser capaz de diseñar, realizar y evaluar actividades de formación. Debiendo saber seleccionar, y estando capacitado, para aplicar técnicas de comunicación interpersonal, así como, utilizar las nuevas tecnologías de comunicación e información. La formación debe ser suficientemente amplia y los conocimientos a adquirir deben tener un nivel adecuado para los trabajadores.

El formador debe estar capacitado para conocer y aplicar el método científico en sus áreas de competencia y colaborar con el Sistema Nacional de Salud, así como, con otras instancias educativas para la formación en materias relacionadas con la medicina del trabajo y la salud laboral, tanto en el ámbito de las especialidades médicas, como en otros niveles educativos.

3.1.1. Niveles de actuación

La educación para la Salud es una actividad que requiere un análisis de la realidad, qué objetivos se pretenden, cuál es su contenido, cómo llevarlo a cabo y cómo podemos evaluar su consecución. Como proceso educativo primordial, las acciones son las que hacen que el individuo se pueda relacionar con su entorno y lo modifique de forma positiva, beneficiando sus procesos de salud y los de su entorno. Educar exige una comunicación en esta transmisión de saberes, es necesario inventar nuevos procesos comunicacionales, así como, fomentar vías de comunicación adaptadas a los distintos niveles de trabajo, conocimientos e incluso generacionales donde se desarrollará la actividad.

Tener un nivel de salud conlleva, no solo la transmisión y la acumulación de conocimientos nociones..., sino que va más allá, requiere un cambio en el modo de organizar la vida, de vivirla y, por tanto, requiere de un protagonismo del individuo y, como tal, una acción sobre la base de esa información adquirida y asimilada permitiendo al sujeto una autonomía que le hace ser capaz de decidir conscientemente, y de una manera razonada, qué acciones favorecen su estado de salud y cuáles la perjudican.

3.1.2.Los inicios de la formación para la promoción y protección de la salud

La Educación para la Salud debe acompañar a los niños durante todo el desarrollo de su proceso educativo. En los últimos años, se ha incrementado de forma exponencial, la inclusión de una forma necesaria y acertada de la educación sobre salud y seguridad en las enseñanzas primarias y secundarias, así como, en los centros de formación profesional y técnicos. A pesar de todo, en el mundo universitario esta formación se tiene olvidada en la inmensa mayoría de los casos, dándose en lugares aislados, como pudiera ser, como ejemplo, en la Escuela de Ingenieros Técnicos Industriales de Sevilla y estando relegada a los programas de asignaturas optativas.

La capacidad de identificar y controlar los peligros como parte importante de la enseñanza de los profesionales, y más específicamente de oficios concretos, es muchísimo más eficaz al principio de la formación del individuo que la adquisición de estos conocimientos con posterioridad, cuando el trabajador lleva desarrollando su actividad durante un tiempo determinado y donde ha adquirido rutinas y hábitos viciados o erróneos, difíciles de modificar si el trabajador los considera equivocadamente adecuados y útiles.

Evidentemente, es necesario que los docentes encargados de la formación, estén formados para identificar los peligros concretos de los puestos y sean capaces de aplicar las medidas preventivas y correctoras adecuadas.

3.1.3. Formación en el puesto de trabajo

Dentro ya del mundo laboral, la formación en el puesto de trabajo es realizada por muchas empresas, con el fin de evitar costes, tanto económicos, como de tiempo perdido por los trabajadores en los desplazamientos. Este tipo de formación es muy apropiada para aquellos trabajos con riesgos específicos y peligrosos.

En estos casos, y si la formación tuviera una duración relevante, es importante la necesidad de aulas adecuadas y cómodas dentro de las mismas instalaciones del puesto de trabajo.

Es importante, si se pueden realizar diferentes sesiones, que se separen los diversos escalones de mando, con el fin de no influir en los comportamientos de los escalafones inferiores. Así mismo, en el caso de que este tipo de formación interna pudiera coartar la participación en clase de los trabajadores, se intentará realizar la docencia en instalaciones externas al centro, incluso en locales sindicales si estos tienen un papel importante en la creación y desarrollo de estos programas. A pesar de ello, la comprobación sobre el terreno en los centros de trabajo reales donde se esclarecen, se ilustran y se ponen de relieve los peligros reales, es un añadido muy importante a esta formación.

En definitiva, aunque la formación por sí sola, no puede dar solución a todos los problemas existentes en la salud y seguridad de los individuos, si permite la aplicación de técnicas y métodos que aprendidos de una forma adecuada son aplicables correctamente para la mejora de las carencias detectadas. Cuando son combinadas con soluciones técnicas, los programas de salud son elementos primordiales en la vida de todos los ciudadanos. Así, una formación de tipo continua, donde el individuo participe de forma interactiva y que sea recibida de forma acumulativa a lo largo de su vida, para todo tipo de trabajadores que requieren estar al día para el fomento, la seguridad y la protección de su salud, es fundamental para adaptar la incesante evolución de los actuales entornos de trabajo en nuestra

sociedad, a las necesidades específicas de los trabajadores relacionados con la salud y la prevención.

3.1.4. Promoción de la salud en la empresa

El artículo 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales recoge que es el empresario quien debe proporcionar a sus trabajadores una formación suficiente y adecuada, tanto a nivel práctico como teórico, en materia de prevención y relacionada con la salud y la seguridad. Nunca el coste de esta formación recaerá sobre los trabajadores. Para poder llevarlo a la práctica, debe partir de un estudio donde se pongan de manifiesto cuales son las carencias y las necesidades formativas que necesitan sus trabajadores.

Estas necesidades formativas, cambiarán según el momento en el que se encuentre el trabajador y variarán según:

Cuando es contratado.

Cuando existen cambios en el desempeño de su trabajo, de sus funciones o cuando se produzcan cambios en los equipos de trabajo o se adquieran nuevas tecnologías.

Dicha formación se realizara dentro de la jornada de trabajo (si no fuera posible se le remunerará con el mismo tiempo dentro de su jornada laboral. Debe estar enfocada al tipo de puesto o a la tarea que desempeña cada trabajador y debe de estar adaptada a los cambios evolutivos en los riesgos así como a la aparición de otros nuevos. Además, si fuera necesario, esta formación se debería de repetir con periodicidad.

Vamos a intentar describir cuáles son las diferentes actividades o actuaciones recogidas dentro del término de “prevención” y las distintas fases mediante las cuales se puede intervenir e influir sobre el estadio evolutivo de una enfermedad. Se hará hincapié en la importancia de los programas orientados a la promoción de la salud desde las empresas.

Este tipo de aprendizaje es básico desde el punto de vista de la integración de la promoción de la salud, en el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales. En este sentido, es importante tener presente el enfoque de multidisciplinariedad que emana de la actual legislación sobre prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995).

En los programas de promoción de la salud, abordados desde las empresas, han de participar el conjunto de profesionales de la prevención en sus distintas disciplinas: médicos del trabajo, técnicos en seguridad e higiene industrial, psicólogos y ergónomos, todos ellos con unas funciones delimitadas y enmarcadas en una planificación previa, bajo la coordinación de un responsable o director del programa.

En muchas organizaciones, fundamentalmente en las pequeñas, las actividades de promoción de la salud se llevan a efecto de una forma específica y puntual, por regla general para dar respuesta a una crisis sanitaria real o prevista en el lugar de trabajo o en la comunidad. No obstante, transcurrido un cierto periodo de tiempo, estas actividades se combinan en las grandes organizaciones en un marco más o menos coherente que recibe el nombre de “programa”.

La selección de actividades para la realización del programa, puede estar determinada por las respuestas obtenidas en encuestas de opinión entre los trabajadores, por la producción de episodios concretos, por razones de calendario o por la disponibilidad de recursos.

Siempre es necesario evaluar el programa para justificar que se le sigan asignando recursos, determinar las necesidades de mejora y apoyar las recomendaciones de expansión.

Cualquier programa específico de promoción de la salud debe contemplar una serie de factores o premisas comunes, como son: fijar unos objetivos específicos, facilitar el acceso al programa y a los servicios a todos los trabajadores, establecer los incentivos a la participación, el respeto y la confidencialidad, y el apoyo de la dirección de la organización.

Objetivos de la promoción de la salud en la empresa:

Definir el concepto de prevención y sus diferentes fases.

- Explicar la forma de planificar un programa de promoción de la salud desde la empresa.
- Caracterizar los elementos básicos que integran un programa de promoción de la salud en el trabajo.

3.2 La actividad preventiva

3.2.1 Antecedentes y definición

El término “prevención” hace referencia al conjunto de actividades y actuaciones dirigidas a evitar, o minimizar, las diferentes situaciones de riesgo y, por tanto, disminuir la probabilidad de daños. Así, la promoción de la salud se definiría como *“el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades llegan a estar en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, de mejorar su estado de salud”*. (Fielding, 1999: 115).

El alcance de la actividad preventiva varía según la población diana a la que se dirige y, sobre todo, según cómo se entienden y abordan los problemas; es decir, en función de que se actúe sobre la etiología de la enfermedad o sobre la promoción de aquellos factores que posibilitan un desarrollo saludable.

En la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) celebrada en Alma-Ata, se generó una nueva concepción de asistencia sanitaria a la que se bautizó como Atención Primaria de Salud (Declaración de Alma-Ata, 1978). La idea básica era que la salud se alcanzaba por la acción intersectorial de todos los agentes implicados y no exclusivamente por la acción sanitaria. El principal objetivo era la “promoción de la

salud”, es decir, que la población sea capaz de aumentar el control sobre su propia salud y la mejore. Así quedó puesto de manifiesto en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa en 1986 (Declaración de Ottawa, 1986).

La alimentación adecuada, el acceso a aguas potabilizadas, el tratamiento y gestión adecuada de los residuos y un trabajo satisfactorio, entre otros muchos factores, son los requisitos previos para la salud. Sin estas necesidades mínimas cubiertas no debería hablarse de actividades de prevención. Es más, la implantación de actividades preventivas “técnica o sanitariamente” hablando, no tiene posibilidades de eficacia real, si no se ha satisfecho este primer nivel de prevención.

La idea generalizada, de que el proceso de enfermar es una secuencia lineal, en la que la causa antecede al efecto o consecuencia y que cada causa implica un efecto específico, es la que sustenta la mayoría de las actividades preventivas. Esta visión reduccionista ha sido cuestionada, pues no siempre la supuesta causa conlleva el efecto previsto, proponiéndose modificaciones al modelo que superen sus incoherencias.

Actualmente, se prefiere hablar de multicausalidad, y de la interacción de múltiples causas que, a su vez, tienen rangos o diferente peso específico en la explicación causal (Fielding, 1999). Las causas de enfermar se sitúan en dos esferas que interactúan en el proceso: uno, la persona o huésped, otro el agente, en el ambiente que le rodea.

La susceptibilidad individual implica para cada persona un nivel diferencial de riesgo frente a un peligro determinado. Su interés preventivo radica en la existencia de peligros o factores de enfermar que no lo son para todos los individuos, sino, solo para aquellos que son susceptibles, porque son necesarios factores personales, a modo de predisposición o sensibilidad especial, sin los cuales no se completaría el fenómeno de enfermar.

El ambiente, físico y social, en el que se encuentran los agentes nocivos (tóxicos, contaminantes físicos, agentes biológicos, factores psicosociales, etc.), tiene que interactuar, con el individuo susceptible en cantidad o frecuencia suficiente, es decir, con un determinado nivel de exposición. Dicho nivel de exposición está en función del

agente causal (concentración, intensidad, etc.) y del tiempo de exposición al peligro, o bien, la frecuencia con la que se establece el contacto o se producen las circunstancias peligrosas (Ruiz, 1998).

Teniendo en cuenta estos conceptos podemos clasificar las poblaciones a las que se dirige la actividad preventiva en:

Población expuesta, constituida por un grupo de personas que entran en contacto o presentan un factor de riesgo con alta frecuencia o de alta intensidad.

Población susceptible, integrada por aquellas personas cuyas características personales nos indican que si entran en contacto con los agentes o determinantes de la enfermedad tendrán una alta probabilidad de enfermar.

Población de alto riesgo, formada por las personas en las que se produce la exposición frecuentemente y, a su vez, hay una alta proporción de personas susceptibles.

La actividad preventiva consistirá en favorecer y proporcionar a la población alternativas saludables. La promoción de la salud constituye, así, una novedosa estrategia dentro del campo de la salud, para conseguir que las opciones saludables sean las más fáciles de elegir. Para ello, es preciso motivar, educar y facilitar los recursos que favorecen las conductas saludables. Requiere, por tanto, dos formas de actuación complementarias y mutuamente dependientes: una, de carácter y responsabilidad individual, las conductas saludables, otra de índole y responsabilidad comunitaria, el fenómeno de oportunidades (Warshaw y Messite, 1999).

Uno de los métodos utilizados con este fin es la educación para la salud, que no significa educación médica para no sanitarios, sino promoción de habilidades personales y sociales. Estas habilidades habrán de servir para:

El reconocimiento de las situaciones de riesgo, con el objeto de poder evitarlas.

La detección precoz de los signos y síntomas de la enfermedad, de forma que faciliten el uso de los servicios sanitarios.

Favorecer la autonomía del enfermo en su propia atención, siempre que ello sea posible, o bien para fomentar su adaptación a las consecuencias de la enfermedad, cuando estas sean inevitables.

3.2.2 La prevención y sus fases

Basado en el enfoque social de la medicina, la prevención atiende a la incidencia en la población y no a la causa de la enfermedad en cada caso individual. Considera que la atención individualizada, por muy fructífera que sea, siempre tendrá una proyección restringida frente a la resonancia que puede derivarse de una acción generalizada o comunitaria. Por tanto, como indicó Fielding (1999), la prevención es el conjunto de actividades encaminadas a la eliminación o minimización de las situaciones de riesgo, es decir, con mayor probabilidad de producir daños.

La definición que aparece en el vocabulario de salud pública de la O.M.S., de las diferentes formas que adopta la prevención de daños desde la acción sanitaria, está íntimamente relacionadas con la noción de “historia natural de la enfermedad”.

Según el modelo propuesto por Leavell y Clark (1965) en el proceso de enfermar se pueden reconocer tres “fases o momentos diferentes”, en cada una de las cuales la prevención se plasma de una forma y con unos objetivos diferenciados.

El proceso comienza en el momento en que se produce la acción lesiva de los agentes o factores de la enfermedad sobre el individuo. Si logramos impedir dicha interacción habremos conseguido prevenir, evitando la más mínima lesión atribuible a estos agentes.

A continuación, se produce una segunda etapa, asintomática o prodrómica, en la que el daño ya se ha producido (al nivel de los tejidos o de los diferentes órganos) aunque la persona aún no percibe signos ni síntomas de enfermedad. Sin embargo, a veces,

es posible, ya en este momento, detectar la alteración producida mediante exploraciones y pruebas diagnósticas complementarias objetivas, y ello permite adelantar el diagnóstico (diagnóstico precoz) aumentando así, en algunos casos, las probabilidades de éxito en la aplicación del tratamiento.

Por último, una vez desencadenada la enfermedad, con todo su cortejo de síntomas, la intervención médica oportuna puede frenar la evolución de la misma y mejorar su pronóstico, con lo cual, se podrán evitar sus secuelas o lesiones crónicas secundarias al proceso. Este sería el tercer momento o fase de una enfermedad.

3.2.3 Tipos de Prevención

La OMS describe tres niveles de prevención dentro de la Medicina del Trabajo y todas con distintos objetivos, métodos y técnicas de trabajo, según se analice el binomio salud-enfermedad dentro de la comunidad o en el individuo como paciente. Actualmente, se habla de una cuarta relacionada con la buena praxis de los profesionales.

Todos estos niveles de prevención se complementan entre sí, sin ser contradictorios incrementando así, la calidad de vida de toda la comunidad y del individuo como tal.

3.2.3.1 Prevención Primaria

Haciendo referencia a la máxima “más vale prevenir que curar”, la prevención primaria es aquella cuyo objetivo es impedir la aparición de una patología y se realiza cuando se eliminan aquellos factores que pueden ocasionarla, por tanto, se interviene antes de provocarse el daño. Desde un punto de vista médico, son aquellas actuaciones que van dirigidas a prevenir una enfermedad antes de que aparezca (Martín Zurro y Cano Pérez, 2003). Por tanto son un conjunto de actividades sanitarias realizadas por el personal sanitario, por la comunidad o por los gobiernos

antes de que aparezca una determinada enfermedad (Rubinstein, 2003). Como ejemplo de ello podríamos indicar, en la educación para la salud bucodental, la enseñanza de la técnica del cepillado de dientes. En realidad es la verdadera prevención, la que tiene lugar y se realiza antes de que actúen los diferentes factores de riesgo o agentes peligrosos sobre las personas expuestas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), la educación para la salud es el principal instrumento en este tipo de prevención, así como la herramienta y elemento clave para la promoción de la salud. Gracias a ella los sujetos son capaces de adoptar las medidas más adecuadas para el mantenimiento de la salud, ya que posee los instrumentos, la información, la formación, así como, la motivación y las habilidades necesarias para ello.

Aparte de recoger la información relacionada con las circunstancias ambientales, económicas y sociales que intervienen en la salud, también recoge la relacionada con los factores de riesgo y la utilización de la red sanitaria.

La prevención primaria en salud laboral es realmente el objetivo que persiguen las técnicas o disciplinas preventivas en prevención de riesgos laborales: Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial, Medicina del Trabajo y Psicología y Ergonomía (Boix y Vogel, 1997).

Las acciones que pueden considerarse incluidas en esta forma de prevención son, entre otras, las siguientes:

- La educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables, en especial en materia de trabajo seguro, uso de equipos de protección personal, formación de los trabajadores, diseño adecuado de los puestos de trabajo, etc.
- Las campañas preventivas, en especial las de vacunaciones y/o profilaxis específica, sobre todo si en el ambiente de trabajo hay riesgo de exposición a agentes biológicos (tétanos en el sector de la agricultura, brucelosis en el sector ganadero, etc.). Con esta medida conseguiremos reducir la población susceptible de enfermar.
- En los lugares de trabajo es fundamental la limpieza y, en concreto, los programas de desinfección de las zonas de aseo, la desinsectación y desratización.

- El control de la calidad de los comedores colectivos de trabajo y del abastecimiento de agua potable, en especial, habilitando fuentes en las zonas de riesgo térmico.

3.2.3.2 Prevención Secundaria

La prevención secundaria es la encargada de descubrir con anticipación, y emplear, el conjunto de actuaciones adecuadas a la patología detectada en estadios muy precoces, teniendo como objetivo el intentar frenar o retardar su desarrollo (Martín Zurro y Cano Pérez, 2003). Incluye todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población determinada frenando la evolución, reduciendo la duración del proceso y favoreciendo la eficacia de las medidas terapéuticas necesarias. Normalmente, se realiza a través de dos tipos de actuaciones, como son la detección precoz y la *posposición* donde se intenta retardar la evolución de la patología (Piédrola, 2001), ante la imposibilidad de instaurar acciones curativas. Un ejemplo claro serían las mamografías de control en las mujeres, a partir de ciertas edades, para el cribaje del cáncer de mama o la autoexploración mamaria que también tendría elementos de prevención primaria, en el aprendizaje de la mecánica exploratoria y ya dentro de la educación para la salud (Rubinstein, 2003).

Se basa fundamentalmente en técnicas de diagnóstico precoz, en fase asintomática o previa a la percepción de la enfermedad (Boix y Vogel, 1997). Incluye, entre otras, las siguientes medidas:

“Screenings” o cribajes en poblaciones de alto riesgo, mediante reconocimientos médicos específicos o pruebas diagnósticas de alta sensibilidad. Es la que se lleva a cabo en los reconocimientos médicos laborales o en los estudios de control biológico de la exposición (índices biológicos de exposición), cuando se detecta algún problema en sus estadios iniciales. La O.M.S. (1998), ha definido la detección precoz de las enfermedades como *“el descubrimiento de las alteraciones de los mecanismos homeostáticos y compensadores cuando las variaciones son todavía reversibles”*.

Actividades que faciliten, en los trabajadores expuestos o susceptibles, el reconocimiento precoz de la enfermedad mediante programas de educación sanitaria.

Evaluación del riesgo en la población para mejorar el pronóstico poblacional y realizar el cribaje allí donde se concentren los factores de riesgo.

3.2.3.3 Prevención Terciaria

Una vez que se implanta la enfermedad, la prevención terciaria pretende mejorar la calidad de vida de los afectados, impidiendo que se agrave o se complique la patología, intentando si no anular, al menos, mermar las secuelas del progreso de la lesión o la enfermedad. Esto se realiza a través de un tratamiento acorde con la patología desarrollada (Piédrola, 2001). Este tipo de actuaciones se llevan a cabo de dos formas, o mediante un tratamiento de carácter farmacológico/quirúrgico, o a través de un tratamiento de carácter rehabilitador como pueden ser la logopedia y las terapias ocupacionales (Rubinstein, 2003). Por tanto, se extiende el concepto de prevención al ámbito de la rehabilitación, ya que la asistencia idónea a tiempo es la única alternativa válida que resta cuando la enfermedad ya se ha instaurado (Ruiz, 1998).

Cuando, como consecuencia de una enfermedad o accidente de trabajo, incluso con curación clínica, persisten secuelas que limitan la capacidad del trabajador, se impone una actitud preventiva terciaria procurando que la reincorporación al trabajo no agrave la situación deficitaria, ni empeore la patología anterior. En estos casos, ha de evaluarse la aptitud residual del trabajador y, por otro lado, se ha de procurar ubicar al mismo en un puesto de trabajo adecuado a dicha aptitud (Boix y Vogel, 1997).

Para hallar un puesto de trabajo idóneo a un trabajador discapacitado, la solución ha de buscarse en la misma empresa y han de colaborar tanto los directivos como los trabajadores y sus representantes y, sobre todo, el propio trabajador discapacitado, a quién habrá que estimular para que valore, más que su incapacidad, su capacidad

restante. Ante esta problemática, no siempre fácil de resolver, se pueden plantear varias posibilidades:

- La creación de talleres protegidos, con puestos de trabajo sin grandes exigencias de productividad; puede ser la solución en grandes empresas o del ámbito público.
- El acondicionamiento y adaptación del puesto de trabajo, para que el trabajador pueda seguir desempeñándolo; con frecuencia se obtienen buenos resultados con modificaciones sencillas y con bajo costo.
- Cuando las opciones anteriores no son factibles se puede recurrir al cambio de puesto de trabajo acorde con las limitaciones del trabajador.

Las dos primeras propuestas tropiezan, por regla general, con dificultades económicas y, la última, puede colisionar con los intereses de otros trabajadores. Sea cual fuese la posible solución, ha de ser consensuada con los representantes legales de los trabajadores (Boix y Vogel, 1997).

3.2.3.4 Prevención cuaternaria

En los últimos tiempos, y de una forma no académica, se hace referencia por parte de diversos autores, a una nueva forma de prevención, denominada 'Cuaternaria'. En este modelo de prevención se pretende con un grupo de medidas, identificar a aquellos enfermos con riesgo de sobremedicación, ya que, en muchas ocasiones, parte de esa medicación posee hondas motivaciones psicológicas, culturales o sociales, siendo ajenas a la praxis médica. Se intentan evitar actuaciones o tratamientos inútiles o exagerados y proponer aquellos otros más éticamente aceptables (Gervás, 2004). Este tipo de prevención es la que debería prevalecer sobre otras alternativas, ya sean de carácter preventiva, diagnóstica o terapéutica y hace referencia a la expresión latina atribuida al padre de la medicina Hipócrates "*primum non nocere*" o lo que es lo mismo 'primero es no hacer daño' (Gervás, 2007).

3.3. La promoción de la salud en el trabajo

Los servicios de prevención existen gracias a la Ley de Prevención y la normativa que la desarrolla. Normativa que puede consultarse, actualizada en la página web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)

En dicha normativa encontramos el Real Decreto 843/2011, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos, para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. Dicho Real Decreto cita, en su artículo 3.1 explícitamente, entre las actividades sanitarias de los Servicios de Prevención el “impulsar programas de promoción de la salud en el lugar del trabajo”, así como, el “desarrollar programas de formación, información e investigación en su ámbito de trabajo”.

Por otra parte, la Ley 33/2011 General de Salud Pública, menciona también la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Citando, asimismo, en su artículo 3.e, que “las actuaciones de salud pública deben evaluarse en su funcionamiento y resultados”.

En base a esta normativa, existen experiencias sobre la implementación de programas para la promoción de la salud en los lugares de trabajo. Algunas de ellas, referidas a actuaciones frente al tabaquismo, evaluando su impacto al medir la prevalencia aprovechando los recursos informáticos utilizados para realizar la vigilancia de la salud (Ranchal et al, 2015). Sin embargo, se echa en falta estudios que evalúen otras actuaciones realizadas en los Servicios de Prevención. Ello, pese a la existencia de “Redes” relacionadas. En este sentido existen, por ejemplo, la llamada “Red Andaluza de Servicios Sanitarios Libres de Humo”, red que está incluida en la Red Europea de Hospitales Sin Humo (ENSH) (Ranchal et al 2015). O la llamada “Red andaluza de Centros de trabajo promotores de la salud” (web).

Sin embargo, escasean los estudios sobre las actuaciones en EpS / promoción de la Salud en los Servicios de Prevención.

Se ha dicho con asiduidad que los trabajadores constituyen el elemento esencial del aparato productivo de una organización empresarial. En virtud de disposiciones legales o administrativas, se ha responsabilizado a las empresas del mantenimiento de la seguridad y salud en el lugar de trabajo y de las prácticas laborales, así como del tratamiento, rehabilitación e indemnización de los trabajadores que sufran lesiones y enfermedades profesionales. No obstante, en los últimos años, las empresas han comenzado a reconocer que las incapacidades y las ausencias al trabajo resultan caras, incluso cuando están originadas por causas ajenas al trabajo. En consecuencia, han empezado a adoptar un número cada vez mayor de programas de protección y promoción de la salud con un carácter más global, destinados no solo a los trabajadores, sino también a sus familias.

En la sesión inaugural de la Comisión de Expertos, de la Organización Mundial de la Salud, sobre promoción de la Salud en el lugar de Trabajo, celebrada en 1987, se reiteró por parte de este organismo que la promoción de la salud se consideraba un elemento esencial de los servicios de salud en el trabajo (OMS, 1988).

Los programas de promoción de la salud son interesantes para las empresas, porque previenen la pérdida de productividad y el absentismo laboral, mejoran el bienestar y estado de ánimo de los trabajadores y favorecen el control de los costes de los seguros de enfermedad abonados por éstas.

El lugar de trabajo presenta ventajas incomparables como escenario para la educación sanitaria y la promoción de la salud. Como lugar en que los trabajadores pasan muchas horas del día, constituye una localización adecuada para acceder a las plantillas. Además de la afinidad, el compañerismo y la coincidencia de intereses comunes facilitan el ejercicio de acciones homogéneas que estimulan la participación y la permanencia en las actividades de promoción de la salud.

El lugar de trabajo brinda oportunidades únicas para fomentar la mejora de la salud y el bienestar de los trabajadores, a través de las medidas siguientes:

- Integración de los programas de protección y promoción de la salud, en las iniciativas de las organizaciones encaminadas a controlar las enfermedades y accidentes profesionales.

- Modificación de la estructura de los puestos de trabajo y de su entorno, de forma que sean menos peligrosos y estresantes.
- Adopción de programas financiados por las empresas o los sindicatos y diseñados para que los trabajadores puedan afrontar con mayor eficacia las cargas personales o familiares que perjudican su bienestar o su actuación en el trabajo.

Warshaw y Messite (1999) definen el programa global de promoción de la salud en el trabajo, como el plan continuo e integrado de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que une los componentes individuales (abandono de tabaco, alcohol, gestión del estrés...) en un proyecto progresivo coherente, con los objetivos empresariales que prevé su evaluación.

Aunque es conveniente disponer de pruebas que confirmen la eficacia y el valor de los programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, son pocas las ocasiones en que se han exigido éstas para adoptar la decisión de emprender un programa.

Por experiencia podemos indicar que, en algunos casos, la mayoría de los programas se han basado en la convicción de que la prevención consigue resultados y, en otros, se ha estimulado la adopción de un programa debido al interés demostrado por los trabajadores.

3.3.1. Programas de Promoción de la Salud

Hemos comprobado que en muchas organizaciones, sobre todo en las pequeñas, el programa de promoción de la salud y de prevención de enfermedades se limita a una o varias actividades en gran parte específicas, relacionadas en su caso, informalmente entre sí, de escasa o nula continuidad y a menudo impulsadas por un episodio concreto y abandonadas cuando el recuerdo de éste se desvanece. Un programa auténticamente global debe contar con una estructura formal que comprenda varios elementos integrados, como los siguientes (Gil Hernández, 2005):

- Clara exposición de objetivos aprobados por la dirección y aceptables para los trabajadores.
- Apoyo explícito por parte de la dirección y, en su caso, de las organizaciones de trabajadores, a la continua asignación de recursos adecuada para lograr los objetivos previstos.
- Adecuada ubicación en la organización, coordinación eficaz con otras actividades referentes a la salud y comunicación de los planes incluidos en el programa a los mandos intermedios y a los trabajadores de los distintos departamentos.
- Designación de un “director de programa” dotado de las calificaciones administrativas requeridas, con formación y experiencia en materia de promoción de la salud o que pueda acceder a consultores que impartan los conocimientos prácticos necesarios.
- Adopción de un mecanismo de retroinformación generada por los participantes y, si es posible, también por los que no participan, para confirmar la validez del diseño del programa y comprobar la popularidad y utilidad de determinadas actividades del mismo.
- Adopción de procedimientos para mantener la confidencialidad de la información personal.
- Utilización de un registro sistemático que permita el seguimiento de las actividades, de la participación y de los resultados como base para su control y potencial evaluación.
- Recopilación y análisis de los datos pertinentes disponibles con el objeto de evaluar científicamente el programa o, cuando ésta no sea factible, presentación de un informe periódico a la dirección que justifique la continuación de la asignación de recursos y sirva como base para la adopción de posibles modificaciones del programa.

Con relación a todo esto, Martín Galán (2004), comenta: “En los programas de promoción de la salud abordados desde las empresas han de participar el conjunto de profesionales de la prevención en sus distintas disciplinas: médicos del trabajo, técnicos en seguridad e higiene industrial, psicólogos y ergónomos, todos ellos con unas funciones delimitadas y enmarcadas en una planificación previa bajo la coordinación de un responsable o director del programa”.

Los objetivos básicos que se deben alcanzar, son:

*La mejora y el mantenimiento de la salud y el bienestar de los trabajadores a todos los niveles.

*La prevención de la enfermedad y la incapacidad.

*La minimización de las consecuencias negativas que recaen sobre los individuos y las organizaciones cuando estas no pueden evitarse.

Los programas de salud y seguridad en el trabajo se centran en los factores que, en este entorno, pueden afectar a la salud de los trabajadores. En ellos se considera que las actividades referentes a la salud no pueden limitarse a los centros de trabajo, que los problemas que surgen en el entorno laboral repercuten inevitablemente en la salud y bienestar de los trabajadores y, por extensión, en sus familias y en la comunidad. Del mismo modo, los problemas generados fuera del entorno laboral repercuten en la asistencia y la actuación en el trabajo. El término bienestar puede considerarse equivalente a la expresión protección y promoción de la salud, que resume la definición positiva de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1988).

Por consiguiente, es conveniente que los programas de promoción de la salud aborden problemas que, en opinión de algunos, no deberían ser objeto de consideración por parte de la organización.

La necesidad de lograr el bienestar adquiere mayor importancia cuando se reconoce que los trabajadores con sus capacidades disminuidas, independientemente del modo en que hayan llegado a esa situación, representan un peligro potencial para sí mismos, para sus compañeros y, en ciertos puestos de trabajo, para el público en general.

Según Sánchez Iglesias, Villalobos y Cirujano (2007) un programa global de promoción de la salud y de prevención de enfermedades debe contener los siguientes elementos :

***Promoción del programa**

Un flujo constante de instrumentos promocionales, como folletos, carteles, memorándums, etc., atraerán la atención sobre la disponibilidad y la conveniencia de participar en el programa. Con el permiso de los interesados se podrá dar a conocer los éxitos alcanzados por determinados trabajadores.

***Evaluación de la salud**

Cuando sea posible, debe evaluarse el estado de salud de los trabajadores antes de iniciar el programa, con el objeto de tener una base para la “prescripción” de objetivos personales que deben alcanzar y las actividades específicas indicadas, y periódicamente, para valorar su evolución y sus cambios provisionales.

La evaluación de los riesgos para la salud puede utilizarse realizando una exploración médica previa tan global como las circunstancias lo permitan completada con pruebas diagnósticas complementarias o de laboratorio.

Los programas de cribado pueden permitir la identificación de las personas para las que estén indicadas actividades específicas.

Actividades

Hay un gran número de actividades que pueden desarrollarse como parte de un programa. Algunas son continuas, otras se llevan a cabo de forma periódica. Unas se destinan a individuos o determinadas [cohortes](#) de trabajadores, otras al conjunto de la plantilla. La prevención de la enfermedad y la incapacidad constituye el hilo conductor de todas ellas. Estas actividades pueden dividirse en las siguientes categorías:

+ Asistencia sanitaria. Requiere la intervención de profesionales de la salud e incluyen reconocimientos médicos, programas de cribado, procedimientos diagnósticos, etc. Comprende igualmente el consejo médico y la modificación del comportamiento en lo que respecta al estilo de vida (hábitos saludables).

+ Educación para la salud. Es necesaria para fomentar la sensibilización respecto a posibles enfermedades, la importancia del control de factores de riesgo y de mantener formas de vida sanas. La transmisión de esta cultura preventiva se lleva a cabo en la enseñanza, entendiéndola en el sentido amplio y no solo institucionalizada, su adquisición se corresponde en palabras de García Amilburu (2002: 95), *“con el aprendizaje, con la incorporación de la cultura a las facultades de la primera naturaleza en forma de hábitos...”* de carácter preventivo en riesgos o de fomentos de la calidad de vida y la salud.

+ Orientación para la gestión de la asistencia sanitaria. Debe ofrecerse asesoramiento respecto a las cuestiones siguientes: relaciones con el sistema de asistencia sanitaria y consecución de asistencia médica inmediata y de alta calidad, tratamiento de problemas de salud crónicos o recurrentes, rehabilitación y retorno al trabajo después de una enfermedad o accidente, tratamiento de toxicomanías, etc.

+ Capacidad para afrontar problemas personales. Entre las cualificaciones necesarias en este ámbito figuran la gestión del estrés y la planificación previa a la jubilación. Asimismo, puede prestarse ayuda a los trabajadores que deben resolver problemas familiares y laborales, como la planificación familiar, los cuidados prenatales, etc.

+ Servicios y políticas en el lugar de trabajo. Se refieren a la dotación de instalaciones para el aseo personal y taquillas, la prestación de servicios de lavandería en caso necesario, asesoramiento nutricional, prohibición del consumo de alcohol y tabaco en el trabajo, etc.

Mecanismos

Los mecanismos empleados para el desarrollo de las actividades de promoción de la salud, dependen de un gran número de factores, entre ellos: del tamaño y la localización de la organización, del grado de centralización geográfica de la plantilla, de los horarios de trabajo, de los recursos económicos, tecnológicos y de cualificación disponibles, de las características socio-educativas de la plantilla y de la cualificación y experiencia del director del programa. Son los siguientes (Sánchez Iglesias, Villalobos Cabrera y Cirujano González, 2007):

*Recogida de información: encuestas a trabajadores, grupos diana, etc.

- *Materiales impresos: libros, folletos, envíos de publicidad, carteles, etc.
- *Material audiovisual: cintas de audio, películas, cintas de vídeo, DVD, para su visionado individual y en grupo.
- *Asistencia sanitaria: reconocimientos médicos, diagnóstico mediante pruebas complementarias (por la imagen y de laboratorio), campañas de vacunación, asesoramiento individual, etc.
- *Formación: primeros auxilios, utilización de maquinaria y herramientas, etc.
- *Reuniones: conferencias, cursos, seminarios, mesas redondas, etc.
- *Grupos de autoayuda y apoyo: abuso de alcohol y drogas, cáncer de mama, paternidad, etc.
- *Creación de comités: para coordinar los programas referentes a la salud entre los diferentes departamentos.
- *Programas informáticos: disponibles en los ordenadores personales individuales o a través de la red de la organización, orientados a la promoción de la salud.
- *Información y consulta: programas de asistencia a los empleados, asesoramiento personal por teléfono, etc.
- *Prestaciones especiales: tiempo libre para actividades de promoción de la salud, reembolso de los gastos de formación, modificación de los horarios de trabajo, permisos para atender cuestiones personales y familiares.
- * Incentivos: premios a la participación y a la consecución de objetivos, reconocimientos en publicaciones empresariales y tableros de anuncios, concursos y premios.

3.3.2. Participación de los trabajadores

Los problemas de salud, no se caracterizan precisamente por ser unívocos. Suelen presentar tal grado de implicaciones económicas, políticas, sociales y culturales que solo parcialmente son susceptibles de ser resueltos por el progreso científico-técnico.

Una acción preventiva no puede ser llevada a efecto exclusivamente por expertos, sino que requiere planteamientos y estrategias de participación. Por consiguiente, habría que considerar a la participación como consustancial al derecho a la salud.

El ambiente de trabajo y las relaciones sociales que en él se generan son elementos fundamentales en la construcción cultural de la salud de las personas y las colectividades. El apoyo social, la solidaridad, la satisfacción profesional o la autonomía personal son algunas de las experiencias de salud ligadas al trabajo. La alineación, los riesgos laborales impuestos, la discriminación o la falta de control sobre las tareas forman parte de la percepción de malestar en el trabajo.

Un proceso de prevención que pretenda abordar de forma global la salud laboral, es decir, el conjunto de las condiciones de trabajo en relación con el bienestar de los trabajadores, necesita ir más allá del campo de las disciplinas tradicionales, como la seguridad, la higiene industrial o la medicina.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995), hace responsable al empresario en la prevención de este tipo de riesgos, pero también implica a los trabajadores, haciéndoles partícipes de todo aquello que tenga influencia en las condiciones de trabajo. Al haber responsabilidades también existen faltas por irresponsabilidad, para la cual, la ley estipula unas sanciones con el fin de garantizar su cumplimiento, e igualmente tipifica las infracciones y su correspondiente régimen sancionador.

Pero, como indica Mejías Martínez (2000b: 262-64), “¿Son conscientes de esto los empresarios, los fabricantes, los trabajadores, etc.?, ¿Conocen las medidas de seguridad que se deben tomar según las normas?, ¿Conocen los riesgos?, ¿y las sanciones? Estas y otras muchas preguntas relacionadas con la Prevención de Riesgos Laborales, hacen que sea necesario la difusión y la divulgación de las normas entre

quienes están implicados en la materia de prevención de accidentes. Por tanto para que una norma pueda ser aplicada, debe ser antes conocida”.

Con esta Ley, la salud laboral ha experimentado un importante cambio, ya que hace responsable al empresario o a la administración de la prevención de riesgos en el medio laboral y la convierte en un derecho para los trabajadores, haciendo a éstos, partícipes en todos los aspectos que puedan influir en las condiciones de trabajo y salud.

En general, la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales se fundamenta en tres argumentos (Boix y Vogel, 1997).

En primer lugar, la participación es un derecho. El derecho a la salud conlleva el derecho a conocer cómo inciden las condiciones de trabajo en la propia salud y a promover cambios y mejoras en dichas condiciones. Es decir, implica el derecho a participar en la política de prevención de la empresa y a la negociación colectiva de las condiciones de trabajo.

En segundo lugar, la participación es necesaria. Es imposible un conocimiento adecuado de la salud de las condiciones de trabajo sin contar con el trabajador que es, en definitiva, el mejor situado para testimoniar la fatiga que siente, la peligrosidad del puesto que ocupa, etc., y solo él puede hacer balance global de sus situaciones de trabajo. Se requiere una metodología para integrar la subjetividad de la percepción de la salud con el análisis objetivo de las condiciones de trabajo. La participación evita, además, determinados sesgos de unilateralidad derivados de las contradicciones de intereses siempre presentes en las relaciones laborales.

Un tercer argumento se basa en que la participación es eficaz. Los problemas de salud en el trabajo no siempre tienen referentes específicos de relación causa-efecto. Determinadas realidades desbordan claramente las posibilidades de intervenciones sanitarias tradicionales, como el envejecimiento y la mortalidad precoz en determinados colectivos laborales, la polipatología laboral o el impacto global en la salud de determinadas formas de organización del trabajo.

En la práctica la participación choca con una serie de dificultades. Las propias condiciones de trabajo de la mayoría de los asalariados no se caracterizan precisamente, por posibilitar el control sobre las tareas. La parcialización, la precariedad en el trabajo, la monotonía o la despersonalización no facilitan una actitud activa entre los trabajadores. *“El trabajador es visto como mera mano de obra e independiente de la comunidad social, no existiendo unión entre comunidad y empresa, aislándose también a la salud y a los factores que la relacionan, sin verse la conexión entre ambas, la complementariedad y los beneficios que esta unión conlleva”*. (Mejías Martínez, 1995: 255-259). A ello, se añaden otros obstáculos estructurales a la participación.

Así, la estructura de poder en la empresa está diseñada para asegurar el control jerárquico sobre qué y cómo se produce. La participación de los trabajadores en salud laboral implica, como mínimo, cuestionar este exclusivismo en la toma de decisiones.

Por otra parte, la propia estructura y orientación de los servicios de salud en el trabajo, en muchos casos, no permiten la participación. Su enfoque suele responder al principio de “proteger al trabajador, pero sin el trabajador”. La instrumentación de los servicios de salud, por parte de las empresas, con fines ajenos a la prevención como instrumento de discriminación o de intromisión en la vida privada, es otro gran obstáculo a la participación.

A todo esto podemos añadir lo que indican Boix y Vogel (1997), donde algunas actitudes de los profesionales generan también obstáculos a la participación (Boix y Vogel, 1997).

3.3.3. Medicina del trabajo

La especialidad de Medicina del Trabajo es quizás la rama más social de las especialidades médicas, siendo la encargada de mantener un bien social fundamental: la salud y seguridad de los trabajadores.

Su labor se realiza en el lugar del trabajo, para y con el trabajador, así como antes, durante y después del trabajo. Es una actividad completa, integral, integradora y compleja, incluyendo funciones que pueden ir desde lo meramente asistencial, a la prevención con la vigilancia de la salud, a la formación e incluso a la investigación.

Hay que destacar que el campo de acción del médico durante muchos años fue muy limitado y su trabajo se realizaba lejos de los lugares de trabajo. El médico reparaba el accidente sin conocer su origen, ni su mecanismo de producción. Trataba las intoxicaciones, sin analizar sus causas. En definitiva, desconocía ampliamente el "clima", y lo que conoce del trabajo son parcelas y no a los trabajadores a quienes se iban a aplicar sus conocimientos.

Para la defensa y vigilancia del derecho a la salud del trabajador nace la moderna medicina del trabajo con la presencia del médico en los lugares de empleo, como un obrero más, conviviendo con los problemas y riesgos en el lugar de su génesis. Este médico del trabajo es un obrero más, un tanto especial, dentro de la empresa, cuyo objetivo no es producir, sino mantener la salud de quienes producen.

El cambio de objetivo, de la producción a la salud como un bien necesario y verdadero, como el respeto a un derecho individual y colectivo, es un cambioconceptual que marca positivamente la figura contemporánea del actual médico del trabajo.

Este concepto aparece concretado en la Recomendación número 171 de 26 de junio de 1985 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y en el Convenio número 161, de la misma fecha, sobre los Servicios de Salud en el Trabajo. En ambos documentos se señala que su función es eminentemente preventiva y que debe ejercerse en la empresa.

Igualmente, se señala que los locales de los Servicios de Salud en el trabajo deben estar situados en el mismo lugar de trabajo o en sus inmediaciones. Hay un bien común muy evidente en la medicina del trabajo o servicios de salud en el trabajo. Los directos beneficiarios son los trabajadores individualmente, pero como seres

sociales, al multiplicarse los beneficios individuales, será la sociedad en su conjunto quién salga beneficiada y naturalmente la empresa.

En el año 1956, la OIT estableció la recomendación 112 sobre la creación de los Servicios Médicos del Trabajo. El reconocimiento formal de la especialidad de Medicina del Trabajo en nuestro país se produjo en el año 1955, con la aprobación de la primera Ley de Especialidades Médicas desarrollada por el Reglamento aprobado por Decreto en 1957, Orden Ministerial de 1 de abril y la de 10 de octubre del 1962.

3.3.3.1. Funciones y objetivos de la medicina del trabajo

A pesar de su composición estrictamente sanitaria, el reglamento (Ley 31/1995, Prevención de Riesgos Laborales), les atribuye funciones que abarcan amplios aspectos de la salud laboral, en un sentido completo e integrador de dicho concepto. De estas funciones desarrolladas reglamentariamente, cabe destacar como las más importantes, de acuerdo con la terminología de la propia legislación, las siguientes:

Higiene del trabajo y de los trabajadores, prestación de auxilio, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, rendimiento individual de los trabajadores, trabajos de mujeres, menores y disminuidos físicos y psíquicos, asesoramientos, colaboraciones y dejando para el final, no por tener poca importancia, sino para su desarrollo por pertenecer a nuestro objeto de estudio, tenemos la educación para la salud de los trabajadores. Aquí sus misiones serán:

- *Divulgación entre los trabajadores de los conocimientos necesarios para la prevención de enfermedades y accidentes de trabajo.
- *Organización de conferencias, reuniones, etc., destinadas a estimular e incrementar la formación preventiva de los trabajadores.
- *Colaboración con las autoridades sanitarias en las campañas de educación preventiva.

Así, La medicina del trabajo es una especialidad médica cuyo objetivo fundamental es conseguir el mayor grado posible de bienestar físico, psíquico y social del trabajador

con relación a sus capacidades y a las condiciones de trabajo en las que se desenvuelven (Gil Hernández, 2005).

Además de todo esto, debemos de tener en cuenta un factor importante, el compromiso y la implicación de sus profesionales. Según el decálogo de la medicina del trabajo desarrollado, entre otros, por la Sociedad Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2013), el profesional de este sector tiene una serie de compromisos que podríamos enunciar así:

- **Responsabilidad**

La responsabilidad de estos profesionales va más allá de las relacionadas con la praxis médica. Posee una responsabilidad ante el empresario, debiéndole dar una respuesta rápida y eficaz ante sus peticiones, pero, a la vez, responsabilidad social ante la salud de los trabajadores. Son solicitudes de mejora en las condiciones de trabajo, tanto, ya sean en general, como, cuando sean específicas de trabajadores especialmente sensibles, mujeres embarazadas, lactantes, minusválidos...

Responsabilidad ante la sociedad que nos exige, cada día más, un trabajo seguro en relación a las condiciones de trabajo (seguridad, higiene, ergonomía...) y un ambiente de trabajo seguro y saludable y unos trabajadores con las condiciones más adecuadas para desempeñarlos.

- **Independencia**

Por encima de cualquier tipo de presión, ya sea social o empresarial, debe existir total independencia a la hora de defenderse la salud de los trabajadores, así como las condiciones de trabajo de estos, adoptando siempre una posición ética ante cualquier decisión.

- **Formación del médico del trabajo**

Punto fundamental es la formación, la actualización y el reciclaje para favorecer la mejora en la calidad profesional, que afiance la responsabilidad en materia de salud de los trabajadores.

- **Investigación**

La investigación en materia de salud laboral, los estudios epidemiológicos, la vigilancia colectiva, etc., son la base en la que se asienta el descubrimiento de nuevas

relaciones causales entre las condiciones de trabajo y los daños para la salud y constituye una herramienta fundamental para la propuesta de medidas preventivas y control de su eficacia. Aparte de la labor principal, orientada al estudio de la enfermedad relacionada con el trabajo, incluidas las enfermedades profesionales, causadas por la exposición a riesgos laborales o por desarrollar un trabajo en un centro de trabajo, no podemos desdeñar una visión global, ya que en muchas ocasiones la proximidad y accesibilidad del Servicio de Medicina del Trabajo hace que sea con éste, en ocasiones, la única oportunidad para poder intervenir en la salud de una población, que habitualmente no acude a otros sistemas de salud, siendo un marco excepcional para aplicar políticas de salud pública.

- Información

El conocimiento del déficit de salud es preciso para analizar la causa-efecto. Diferentes documentos legales solicitan al médico de trabajo que disponga de estos datos y los analice, mientras en otros se limitan o ponen reparos para su consulta. Se debe fomentar la relación entre los profesionales médicos de los diferentes sistemas de atención sanitaria, ya que tienen como común denominador la salud del mismo trabajador/paciente común, implementando sistemas integrados de información clínico-laboral, en el respeto de los principios de confidencialidad del paciente-trabajador.

- Divulgación

La Medicina del Trabajo tiene como una de sus funciones la formación y la información a los trabajadores, en tanto que estos son partícipes y corresponsables de su seguridad y salud y, por extensión, de la propia sociedad. Un trabajador bien formado e informado es activo en la prevención del riesgo a que se somete y una sociedad bien informada sobre los riesgos laborales a que se somete al trabajador, madura en su conciencia preventiva. Los médicos del trabajo deben ser los interlocutores entre la sociedad y sus representantes en este ámbito, desarrollando cauces para esta labor, como las campañas divulgativas, los portales informáticos, los observatorios específicos de estudio o las revistas científicas.

- Organización y gestión

Los médicos del trabajo hemos expresado nuestra disconformidad con algunos aspectos de las recientes normativas aprobadas que regulan nuestro trabajo, sobrecargando nuestra labor al incrementar los trabajadores a nuestro cargo, o cuando se abre la posibilidad de que otros profesionales, no especialistas en Medicina del Trabajo, se hagan cargo de la salud laboral, creemos que, el trabajador y su trabajo siguen siendo el eje central de nuestra actuación y es el especialista en Medicina del Trabajo quien puede conseguir los adecuados niveles de protección de la salud y la seguridad en el trabajo.

- **Nuevas tecnologías**

La Medicina del Trabajo ha estado presente y ha actuado de manera eficiente en cada momento histórico, identificando, evaluando y previniendo cada riesgo a los que se exponían nuestros trabajadores. En el momento actual, se están desarrollando y utilizando nuevas sustancias, herramientas y técnicas, se presentan nuevos riesgos en la sociedad que tienen su origen en el trabajo y presenciamos cambios organizativos y de relación intralaboral, que generan también nuevos riesgos frente a los cuales hay que estar alerta.

- **Precariedad laboral y paro**

El trabajo no debe ser obligatoriamente un riesgo, pero el actual escenario laboral ha objetivado que la precariedad laboral, su inestabilidad, el riesgo a perder este trabajo o la situación de paro puede serlo y, desde esa perspectiva, los médicos del trabajo deben mostrar su disposición a analizar esta situación y colaborar en su tratamiento, mejorando en la interrelación entre el ámbito de la prevención, a través de sus servicios, y el ámbito asistencial, así como a través de Atención Primaria.

- **Colaboración**

El trabajador y su salud es el objetivo y razón de ser de la medicina del trabajo, pero esta no es una labor aislada ni privativa de él. Hay un compromiso con la sociedad para que disponga de hombres y mujeres en buenas condiciones de salud, para que el desempeño de su trabajo sea una fuente de desarrollo social. Debe existir una colaboración recíproca, con los organismos públicos, locales, autonómicos, estatales y comunitarios que tengan responsabilidad en el ámbito de la seguridad y salud

laboral, así como, con los profesionales sanitarios de la red de la asistencia primaria, médicos de las mutuas y del INSS mediante el intercambio de información de interés común, elaboración de protocolos, programas y líneas de investigación conjuntas, guardando en todo momento la confidencialidad de los datos personales de carácter sanitario.

A modo de resumen, podemos indicar que la sociedad demanda a los profesionales de la medicina del trabajo que se formen, que estudien y analicen los riesgos laborales y sus consecuencias, que propongan medidas preventivas, que lo hagan con responsabilidad, con rigor e independencia, que informen de ello a los trabajadores y que actúen de manera integrada con las demás organizaciones que velan por la seguridad en el trabajo y la salud.

II FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

Capítulo 4. Modelos de investigación

4.1. Evolución de los modelos de análisis de la realidad, como se originan

Para Pérez Serrano (2004:1), el análisis de una realidad es “acercarse a ella, desvelarla y conocerla, con el fin de mejorarla, pues la realidad es algo que nos *viene dado, lo que existe, el ámbito en el que se desarrolla la vida del hombre y todo aquello con lo que se relaciona*” (Pérez, 2004:1). Por ello, es importante para iniciar el estudio de nuestra disciplina, conocer cuál es objetivamente nuestro objeto de estudio, ya que el contexto donde las personas se desenvuelven en su día a día, es de suma importancia para nuestra investigación.

Existen diferentes términos, según diversos autores para conocer y estudiar esta realidad, así Schwartz y Jacobs identifican esta práctica como una reconstrucción de lo real, definiéndola como la actividad desordenada y tortuosa de aprender a ver desde dentro el mundo de un individuo o de un grupo (Schwartz y Jacobs, 1984). Pérez (2004: 265), comenta que es preciso conocer la realidad “*de la manera más fiable posible, las necesidades sentidas y latentes, los intereses de la población, los recursos con los que cuentan, y aquellos con los que se podría contar aunque ahora no estén al alcance; todo ello permitirá fijar el tipo de proyecto o programa que se debe realizar, la naturaleza del mismo y los objetivos que sea posible alcanzar*”.

Este análisis de la realidad necesita de un proceso metodológico que es necesario conocer y que va unido a un valor instrumental orientado hacia la acción social. El objeto de éste es dotar de primacía a la acción social por encima de la realidad que es el objeto de análisis.

Yuni y Urbano (1999:84) indican que “*el conocimiento científico de la realidad socioeducativa es producto de un proceso de investigación que regido por unos cánones metodológicos concretos permite construir conocimientos y validarlos*” (Yuni y Urbano, 1999:84). Enlazando con esto, Pozo Llorente (2002) refiere que ese análisis de la

realidad, su conocimiento junto con la evaluación de necesidades del contexto y de su grupo de referencia, son el encuadre previo desde donde se debe iniciar un proyecto de investigación (Pozo, citado por López y Pozo, 2002).

Así, debemos indicar que la premisa fundamental para una investigación es, sin duda alguna, el estudio en profundidad de la realidad donde se va a desarrollar dicho estudio.

Todos los proyectos de investigación usan aquellas estrategias que creen más convenientes, en referencia al modelo conceptual en el que se basan, pues desarrollar una estrategia de investigación sin un previo soporte conceptual, llevaría a una interpretación y análisis de los datos dudosa ambigua y posiblemente errónea.

No debemos olvidar que, aparte de lo indicado, a la hora de realizar una investigación es fundamental considerar unos métodos y unas técnicas para llevarlas a cabo, de tal manera Pérez Serrano (1994:4) define el método como: *“el conjunto de operaciones y actividades que, dentro de un proceso preestablecido, se realizan de una manera sistemática para conocer y actuar sobre la realidad”*. Y para las técnicas su definición: *“hace referencia al conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia y un arte”* (Pérez, 1994:4).

Una vez aclarado esto, podemos indicar que en ciencias sociales han predominado dos perspectivas teóricas, como son el positivismo abanderado por autores de la talla de Comte y Durkheim; y la fenomenológica apoyada entre otros, por Hegel y Husserl. Ambos proponen diversos tipos de problemas, intentando hallar por tanto diferentes tipos de respuestas, para ello, necesitan utilizar metodologías diferentes.

Así, el positivismo elige un modelo de investigación basado en las ciencias naturales, busca el conocimiento de las causas a través de métodos que le permitan el análisis estadístico. La fenomenología pretende entender los hechos mediante métodos cualitativos, que le aportan una cota más alta de comprensión personal de las

creencias y motivos que se encuentran detrás de las acciones realizadas por los sujetos.

Hoy en día, frente a la hegemonía del planteamiento positivista van surgiendo nuevas expectativas con novedosas metodologías de investigación, con el objetivo de conocer la verdad en un campo bastante complejo, con la necesidad de soluciones más en consonancia con la realidad de los problemas a investigar y con la necesidad de una aplicación práctica de los resultados. Este campo es el socioeducativo.

Actualmente, en base a estos supuestos, se está llevando a cabo una reconceptualización de los fenómenos educativos, que nos permite tratar de una forma práctica sus problemas de investigación. Para ello, es necesario encontrar y aplicar los procedimientos metodológicos que sean convenientes y adecuados con la concepción epistemológica y científica en la que se apoyan. Resumiendo, podemos decir que son dichos problemas los que tienen que subordinar a los métodos y no los métodos condicionar a los problemas.

La gran complejidad actual que existe en los fenómenos sociales, hace que la realidad no pueda percibirse en toda su profundidad y con toda su riqueza exclusivamente desde la perspectiva positivista, por ello, surge una nueva perspectiva que hace frente al positivismo. El nuevo enfoque, llamado cualitativo, propone una alternativa al positivista.

A pesar de ello, en nuestros días aún perdura el dilema de si ambas son compatibles entre sí o definitivamente no lo son. En este sentido, Bericat (1998) señala que el mantener una separación entre ambas lo que hace es empobrecer la investigación social y es limitante para la ciencia, a la hora de alcanzar sus objetivos.

En el campo de las ciencias sociales es una realidad la combinación de métodos que normalmente eran tachados de exclusivos de alguna perspectiva de investigación, ya que la utilización de los mismos de forma combinada, ayuda a profundizar con mayor intensidad en las distintas situaciones presentes en las actuales sociedades.

Maldonado y Rodríguez (2002) refieren que la intención de la estrategia denominada de complementación es simplemente aditiva, puesto que el mismo objeto de estudio es afrontado desde dos perspectivas distintas, permitiéndonos así, contar con dos representaciones que mejoran de una forma mucho más amplia nuestra comprensión de los hechos.

4.2. Los enfoques

Vamos ahora a acercarnos a la noción de investigación, así como, a las distintas opciones que podemos hallar en el campo de las ciencias sociales.

Para Kuhn (1986) existe un paradigma dominante que al no poder dar respuestas a los problemas prácticos y de concepto, que se van presentando en ciencias sociales, va siendo cambiado. Para nosotros es un equívoco esta forma de enfocar la secuencia paradigmática, puesto que según Laudan (1986) aunque en cualquier momento puede cobrar ventaja cualquiera de estas tradiciones de investigación, se sigue produciendo un permanente y constante enfrentamiento, donde los seguidores de uno u otro enfoque, indican las flaquezas conceptuales y empíricas de los niveles, señalando la evolución progresiva de su corriente en la resolución de los problemas. Hay que señalar que este enfrentamiento dialéctico es fundamental para el progreso y mejora del conocimiento científico.

La forma de entender la tradición de investigación dada por Laudan, hace que nosotros nos sintamos muy identificados con él como investigadores: *“Denomino <tradiciones de investigación> a los sistemas de creencias que constituyen dichas visiones fundamentales [acerca del mundo]. Por lo general, constan éstas de al menos dos componentes: (I) un conjunto de creencias acerca de qué tipo de entidades y procesos constituyen el dominio de la investigación, y (II) un conjunto de normas epistémicas y metodológicas acerca de cómo tiene que investigarse ese dominio, cómo han de someterse a prueba teorías, recogerse los datos, etc.”* (Laudan, 1986:18).

Es importante para nosotros aclarar el concepto de progresividad, el cual, por analogía de ideas, tomaremos para definirlo el de Laudan (1986). Él indica que la

progresividad es la capacidad de resolver los problemas científicos hallados en el entorno de una tradición de investigación, añadiendo también que solamente implantando objetivos alcanzables en un principio y de tal naturaleza que podamos establecer, si los estamos logrando o al menos nos acercamos a ello, podemos suponer estar capacitados de ratificar el carácter progresivo de la ciencia. Requerido esto a que: *“el objetivo de la ciencia consiste en obtener teorías con una elevada efectividad en la resolución de problemas. Desde esta perspectiva, la ciencia progresa sólo si las teorías sucesivas resuelven más problemas que sus predecesoras”* (Laudan, 1986:11).

Otro factor importante a aclarar, es señalar la línea divisoria entre corriente o escuela de pensamiento y tradición de investigación. Así, la característica primordial de la escuela de pensamiento es la disposición sobre un conjunto de soluciones y de proposiciones. La tradición de investigación intenta explicar lo que considera problemático encajado en un ámbito de la investigación y el pensamiento.

Con el deseo de determinar el concepto de tradición de investigación y el medio que comprende, Carr (1983) señala la necesidad de explicitar el propósito que guía la formulación de problemas y cómo esa formulación ayuda a la intención de resolverlos. Confirmando, así, que toda actividad científica pretende solucionar problemas y tiene el objetivo de generar cambios.

El conflicto surge cuando un dominio científico no tiene esa capacidad de enfrentarse y de resolverlos. Los problemas nos permiten adaptar nuestra concepción del mundo a como éste es en realidad. Así, las tradiciones son configuraciones alrededor de problemas y el papel de la investigación será no sólo el de identificar y definir los problemas a los que se enfrentan los individuos, sino también la comprensión propia que los prácticos tienen de cómo evolucionan y resuelven esos problemas.

No se pueden olvidar en la investigación la inserción de valores que constituye una concreta y específica interpretación de la configuración de los fenómenos sociales (Popkewitz, 1988).

Con todo ello, debemos indicar que la actividad científica, como resolución de problemas, forma un acto educativo en el cual se investiga una acción que posee un sentido intencional para aquellos sujetos que la realizan.

Lo que nos da la idea de problema en relación a las características de las tradiciones de investigación, son fundamentos para la valoración de las creencias científicas. Brown (1983) y Carr (1983) indican que los resultados de la investigación tendrían que valorarse según el contexto donde se encuentren incluidos, así como, de las situaciones y problemáticas que se estudien.

Aparte de identificar la necesidades y carencias de una teoría, las tradiciones de investigación poseen otras misiones como son la de decidir qué conocimientos deben ser considerados. Es de suma importancia señalar la necesidad de plantear un conjunto de reglas metodológicas concretas y el debate sobre qué teorías entran en pugna con los presupuestos en los que ya se encuentra fundamentada la tradición.

La idea de tradición de investigación explicita una noción diferente del desarrollo de la ciencia. Según Kuhn el progreso viene de la mano de los cambios de paradigma. Los cambios se crean cuando determinados conjuntos de *“realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”* (Kuhn, 1986:13), ya no responden a los problemas que son necesarios solventar. Gracias al concepto de tradición la ciencia avanza, no enterrando y olvidando lo tradicional y creando lo inédito o novedoso, sino a partir de enfrentamientos dialécticos que provocan nuevas síntesis y van creando y desarrollando líneas nuevas en el marco de la ciencia.

Concretando, podemos indicar como primordial la idea de tradición de investigación, la lógica de que las disciplinas científicas abarquen una heterogeneidad de orientaciones (tradiciones) de investigación copresentes (Laudan, 1986).

4.3. Conceptos de investigación

Con el término investigación se han desarrollado un sinnúmero de definiciones, según los diversos autores, así, destacamos lo que para nosotros tiene más relevancia para nuestro trabajo.

Ander-Egg (1980) indica que la investigación es un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico, cuyo fin es descubrir y/o interpretar los hechos o fenómenos, relaciones o leyes de un determinado entorno o contexto de la realidad.

Sierra Bravo (1992) refiere que la investigación es una actividad propia del ser humano, encaminada a descubrir algo desconocido. El origen de la investigación es la curiosidad innata de los individuos que los lleva a desear conocer cómo y por qué son las cosas y cuáles son sus razones y motivos.

Stenhouse (1987:28) la define como: *“una indagación sistemática y autocrítica. Como indagación, se halla basada en la curiosidad y en un deseo de comprender; pero se trata de una curiosidad estable, no fugaz, sistemática en el sentido de hallarse respaldada por una estrategia”*

López Noguero (2002) entiende por investigación, la actividad reflexiva y sistemática, controlada en cierta medida, cuyo fin es el de descubrir e interpretar hechos y fenómenos en un determinado contexto real, así como, la posibilidad de realizar relaciones y crear a partir de esto, leyes con una amplia vigencia.

Por tanto, estamos frente a una actitud sistemática encaminada a la resolución de problemas, considerándola como la actividad fundamental en el desarrollo de las ciencias. Debemos indicar que Pérez (2004:22) entiende que *“la investigación comienza a través de la curiosidad que el ser humano siente al preguntarse el por qué de las cosas; implica ansia de saber y de descubrir, elemento importante para generar entusiasmo y persistir en la actitud de búsqueda”*

Por todo ello, hay que indicar que no nos enfrentamos a un único modelo de proceder en el momento de investigar, sino que *“los métodos de investigación contienen supuestos sobre relaciones sociales vinculadas a la teoría, las intenciones humanas y los asuntos sociales”* (Popkewitz, 1988:34).

Esto nos da la capacidad de poder seleccionar entre diversas alternativas a la hora de analizar y representar esa realidad, pero, no siendo independiente de por quienes las asumen y las utilizan. Esta elección conlleva las distintas formas de comprender la realidad, así como, las diversas formas de actuar. Por tanto, se produce un cambio en el papel del investigador, ya que *“resulta más apropiado y más preciso denominar profesional al intelectual. Su tarea no es desarrollar conocimientos originales ni buscar una construcción social más propiamente humana. Como tecnólogo de la conducta, formula un programa ideológico en el que el conocimiento intelectual se convierte en el principio legitimador dominante del ejercicio del poder”* (Popkewitz, 1988:39).

Esta índole ideológica de las ciencias sociales, permite la concomitancia de diferentes formas de investigar y, debido a esto, existen diferentes maneras de resolución de problemas. Desde esta perspectiva, pensamos que es indispensable hablar de tradiciones de investigación.

Sin embargo, en la investigación como proceso de indagación, encontramos unas características generales desde donde podemos desarrollar diferentes soluciones a la cuestión dada de ¿qué es la investigación? Así, indicaremos que:

- La investigación conlleva una recogida de datos novedosos, o en su caso la utilización de los ya conocidos con una nueva intención, con el fin de dar respuestas a diferentes cuestiones o intentar dar soluciones a diferentes problemas.
- La investigación está enfocada a la resolución de cuestiones que aparecen en el desarrollo y progreso de las relaciones humanas y, por tanto, sociales.

- Una investigación se caracteriza, por un lado, por el empleo de métodos sistemáticos y, por otro, requiere de una actitud sosegada y prudente cuando tiene que mostrar interés por el hallazgo de un fenómeno.
- Toda investigación debe ser informada y registrada, presentándose sus conclusiones de una manera prudente y comedida, debiéndose hacerse una presentación del informe de una manera lo suficientemente clara, de tal manera que cualquier individuo pueda reemprender y reproducir los pasos seguidos en su desarrollo. Además, cualquier término que aparezca y se estime de interés debe tener una definición.

Todo esto no excluye que exista una relación con la forma de observar esa realidad, acorde con las inquietudes de quién investiga, ya que estas estrategias de investigación no surgen de la nada. Así, vamos a presentar diferentes pareceres de delimitación encaminados a distintas maneras de entender el proceso investigador.

4.4 Normas para encuadrar las tradiciones de investigación

Existen actualmente distintas normas o criterios para encuadrar las diferentes tradiciones de investigación o su elección, en el marco de las ciencias sociales. Pero, esto no es un componente innovador (Álvarez, 1986, citado por Cook y Reichardt, 2005). Además, Álvarez (1986) piensa que son reiterados los debates planteados en términos dicotómicos que, en ocasiones, se manifiestan de forma antagónicas.

Clarificar los diferentes criterios de delimitación, conlleva la admisión de una perspectiva de investigación y de una idea concreta de la realidad, en la que se encuentra el investigador.

Tras mostrar las distintas formas de investigación, debemos elegir una de ellas que sea capaz de dar respuesta a cuestiones como:

- ¿Cómo plantear la investigación?

- ¿Qué investigar?
- ¿Para qué creemos que es provechosa la investigación?

Debemos considerar que algunas de estas opciones de investigación son marcadamente metodológicas, donde entendemos por esto *“el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas”* (Taylor y Bogdan, 2009:15). En cambio, otras rebasan la simple discusión metodológica. Por tanto, no podemos separar la metodología de las diferentes formas de ver el mundo. La visión de esa realidad surge de la procede del plano investigador seleccionado.

Nosotros consideramos importante, como debate metodológico, el que enfrenta a la perspectiva cualitativa frente a la cuantitativa. Pero acabaremos con la idea de Habermas (1984), ya que desborda esa dicotomía presentada, para aportar un planteamiento distinto y nuevo que posibilita situar tres tradiciones presentes en la investigación de carácter social.

Tabla I. Tradiciones en la investigación social.

ESTILOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL		
Ciencias Histórico- Hermenéuticas	Ciencias Críticas	Ciencias Empírico-Analíticas

Fuente: Elaboración propia.

Evidentemente, no nos cabe duda que para nosotros, la implicación del investigador es un factor clave a la hora de elegir un método de investigar y es por eso, que partiremos de ahí para reseñar las distintas perspectivas existentes en investigación.

4.5. Perspectiva cualitativa frente a perspectiva cuantitativa

Vamos a comenzar este apartado con las contribuciones de diferentes autores que han tratado este debate.

Schwartz y Jacobs (1984) consideran que las exposiciones de la realidad pueden registrarse como datos. Éstos se crean al interpretar las observaciones en métodos de notación escrita. Las diferencias entre ambas perspectivas radica en que, desde la perspectiva cualitativa, se da valor a las contribuciones realizadas por los actores sociales que participan en los contextos donde ocurren los acontecimientos, e igualmente a sus percepciones e interpretaciones de esa su realidad. Desde la perspectiva cuantitativa, se designan números a las observaciones que se han realizado y se crean los datos a partir de medir y contar.

Reichardt y Cook (1986:39) entienden que estamos frente a dos paradigmas, ya que *“el conglomerado de atributos que integran el paradigma cuantitativo procede de las ciencias naturales y agronómicas, mientras que el paradigma cualitativo tuvo su origen en los trabajos de antropología social y de sociología, sobre todo de la Escuela de Chicago”*.

Anguera (1985), desde otro punto de vista, presenta el debate dentro de la disputa entre explicación y comprensión, indicando que comprensión versus explicación, y ciencias ideográficas frente a las nomotéticas, forman los dos extremos o ejes básicos, a los que hay que sumarles la percepción cualidad/cantidad, con su alusión a la medición y uso o no de métodos estadístico-matemáticos.

Con todo esto el debate sugiere girar entre el positivismo, el paradigma agrícola botánico relacionados con los métodos cuantitativos y la perspectiva fenomenológica, interpretativa, hermenéutica (Stenhouse, 1987), relacionado con los métodos cualitativos.

Entre las principales características del método cuantitativo destacamos la indagación de la objetividad a fin de crear construcciones de la realidad, usando para ello, sobre todo, el análisis estadístico que posibilite una generalización de los descubrimientos (Alvira, citado por Campo, 1988). Y, como indica Pérez Serrano (1994:6) esto requiere *“que sólo serán objeto de estudio los fenómenos observables, ya que éstos son los únicos susceptibles de medición, análisis y control experimental”* (Pérez, 1994:6).

Por otra parte, el método cuantitativo entiende a la realidad como única, pudiendo ser al mismo tiempo objeto de desunión y división en variables o conjunto de estas que se vinculan o que pueden hacerlo.

Cuando se restringe toda la realidad a algo meramente cuantificable, se estima el análisis de ella en sus fracciones integrantes desde un desarrollo analítico, que nos haga discriminar estas fracciones constitutivas que forman un sistema global. Así, nunca se mostraran representaciones holísticas de la realidad sólo parciales de ella.

Autores como Bunge (1980), interpretan la representación matemática y la cuantificación como principios innatos del conocimiento científico, entendiendo que las ciencias sociales no podrán tener esta categorización de ciencia, hasta que sus hallazgos no se puedan transcribir y representar en un lenguaje matemático.

De Landsheere (1986) indica un cierto desagrado frente al avance del progreso técnico y científico, pues no se dan soluciones a las cuestiones importantes de la investigación. Igualmente, Demo (1985) se desengaña al observar que la ciencia y, evidentemente, las ciencias sociales, no son útiles para solucionar los problemas comunes a los que deben hacer frente las personas en su día a día.

Una de las ciencias principales donde se basa la investigación cualitativa es la antropología, se presenta la capacidad de amoldarse a las particularidades de los

contextos que se investigan, recopilando información al mismo tiempo de diferentes elementos y circunstancias sumado a la capacidad de hacerlo a distintos niveles.

Pérez de Guzmán (2002:42) indica que dicho modelo de investigación *“pretende una comprensión holística, no traducible a términos matemáticos, que pone el énfasis en la profundidad”*.

Pero surge una duda, ¿el desarrollo moral va parejo al científico en las ciencias sociales? Y todo como consecuencia del avance material en abierta discordancia con lo que se entendía como primordial en el estado de bienestar, está aumentando las desigualdades entre los individuos. Con ello los valores como los éticos, los afectivos, los estéticos y los sociales están ocupando un lugar destacado y haciendo crecer una moderna y distinta perspectiva metodológica, en la cual prima todo aquello contrario a lo que hasta ahora había sido estimado como primordial, para realizar una investigación de corte cuantitativo.

Así, lo cualitativo se presenta como exploratorio, flexible, holístico, inductivo, fenomenológico, interpretativo, ideográfico, relativista y con fundamento en la realidad.

La postura principal de esta corriente está en que *“para comprender los fenómenos sociales, el investigador necesita descubrir la <definición de la situación> del actor, esto es, su percepción e interpretación de la realidad y la forma en que éstas se relacionan con su comportamiento. Además, la percepción de la realidad del actor gira sobre su interpretación actual de las interacciones sociales en que él y otros participan, lo cual, a su vez, se apoya en su uso de los símbolos en general y del lenguaje en particular”* (Schwartz y Jacobs, 1984:26).

El método cualitativo pretende crear referencias descriptivas basadas en el estudio inherente de las palabras de los individuos, de sus maneras de expresarse y relacionarse en el entorno donde se desarrollan sus vidas diarias. Sanchíz (2001:169), indica que *“la realidad está constituida no solamente por hechos observables y cuantificables, sino también y fundamentalmente por significados,*

símbolos e interpretaciones elaboradas por los sujetos en su interacción con los demás” (Sanchíz, 2001:169, citado por Pérez, 2004).

Veamos en la tabla las características del método cualitativo.

Tabla II. Características de la perspectiva metodológica cualitativa.

PRINCIPIOS QUE DETERMINAN ALA PERSPECTIVA CUALITATIVA
Se aplica un desarrollo inductivo. Los conceptos, las interrelaciones y las categorías se consiguen por el estudio de los datos. Estos no son tomados para evaluar o confirmar otras teorías ya existentes con antelación.
El contexto y las personas que se desarrollan en él, se estudia como un todo y no se estiman independientes una de otra, al contrario, todo toma validez y sentido cuando constituyen ese todo.
Una parte del estudio es la contemplación de la presencia del propio investigador dentro de ese contexto.
Se requiere una carga de trabajo extra para intentar entender y comprender a los individuos dentro de sus contextos donde se valen.
Cree que todas la orientaciones de investigación tiene un valor parecido y hay que tenerlo presente para cuando se vaya a interpretar el contexto. Se intenta descubrir de manera sistemática y gracias a los procesos más fiables y precisos, cómo se desarrollan los actores en su día a día, ya que “se debe procurar siempre que las investigaciones cualitativas sean también precisas y exactas en lo posible” (Sierra Bravo, 1992: 35).
Los métodos cualitativos influyen en la manera en la que los investigadores ven a las personas y en como las analizan. Taylor y Bogdan (1986: 21) indican que “ <i>cuando reducimos las palabras y actos de la gente a ecuaciones estadísticas perdemos de vista el aspecto humano de la vida social</i> ”. En resumen, pretendemos comprender a los sujetos como seres propios e individuales y además miembros de una comunidad en un contexto donde se desenvuelven y por tanto no son un número.
Se favorece la creatividad al apoyar la elección metodológica e instrumental, y esto, a su vez, facilita el desarrollo de dicha investigación haciendo de alguna forma, de la ciencia una actividad de carácter artístico (Stenhouse, 1987).

Fuente: Elaboración propia.

Frente al método cuantitativo, el cualitativo debe ser estimado como una habilidad de recopilación de datos que permite, no acotar su análisis a una secuencia de estados ya preconcebidos de antemano. Además, los datos de carácter cualitativo

“consisten en descripciones detalladas de situaciones, eventos, sujetos, interacciones y conductas observadas; y, si la observación es indirecta, se puede también obtener datos de documentos, correspondencia, historia de casos, etc.... emergen los datos de una descripción cuidadosa, y en cualquier caso dependerán del objetivo de cada estudio en particular” (Anguera, 1985: 137).

Los cuatro factores principales en la recogida de datos de tipo cualitativo son:

Tabla III. Factores básicos en la recogida de datos cualitativos.

FACTORES BÁSICOS EN LA RECOGIDA DE DATOS CUALITATIVOS
El estar presente o cercano al escenario y presentar empatía con los sujetos actores y como con la situación donde se desarrolla la acción observada.
Es fundamental dejar constancia detallada de todo lo observado. El optar por este enfoque hace que el investigador inicie su trabajo desde su propia observación, toma de datos, es capaz de la reconstrucción de situaciones y, por último, es capaz de desarrollar sus conclusiones.
Nunca se deben de indicar juicios de valor sobre lo observado en las notas de campo. Los datos son de tipo descriptivo. Debe de estar limitado a ser un registro de carácter sistemático, de lo que el investigador ha observado en el escenario donde se investiga. (Bogdan y Biklen, 1982; Taylor y Bogdan, 1986).
Se considera primordial el tener un registro detallado y ordenado de todo los datos obtenidos, siendo sistemático y exhaustivo para hacer frente a los ataques de otras corrientes de investigación, las cuales achacan a los datos de carácter cualitativo que están faltos de sistematicidad.

Fuente: Elaboración propia.

Una tabla clásica donde se indican las características de ambos modelos es la siguiente:

Tabla IV. Atributos de los paradigmas cualitativo y cuantitativo.

PARADIGMA CUALITATIVO	PARADIGMA CUANTITATIVO
<p>Aboga por el empleo de los métodos cualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fenomenologismo y verstehen (comprensión) “interesado en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa” ● Observación naturalista y sin control ● Subjetivo ● Próximo a los datos; perspectiva “desde dentro” ● Fundamentado en la realidad, orientado a los descubrimientos, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo 	<p>Aboga por el empleo de los métodos cuantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Positivismo lógico: “busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando escasa atención a los estados subjetivos de los individuos ● Medición penetrante y controlada ● Objetivo ● Al margen de los datos; perspectiva “desde fuera” ● No fundamentado en la realidad, orientado a la comprobación, confirmatorio, reduccionista, inferencial e hipotético deductivo
<p>Orientado al proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Válido: datos “reales”, “ricos” y “profundos” ● No generalizable: estudios de casos aislados ● Holista ● Asume una realidad dinámica 	<p>Orientado al resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fiable: datos “sólidos” y repetibles ● Generalizable. Estudios de casos múltiples ● Particularista ● Asume una realidad estable

Fuente: Reichardt, CH.S. y Cook, T.D. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En Cook, T.D. y Reichardt, CH. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, pp. 25-58.

A pesar de sus diferencias, existen autores que intentan llegar a una convergencia entre ambas corrientes. Así, destacar a Reichardt y Cook (1986) y a Anguera (1985), entre otros. Debemos tener en cuenta que los objetivos de validez de los principios científicos desbordan los entornos del desacuerdo metodológico que se presentan.

Podemos indicar que compartimos las ideas de Habermas (1982) cuando indica que se pueden hallar criterios de credibilidad científica en la investigación que no se corresponde con la validez y el rigor planteados en la perspectiva positivista.

Veamos las líneas que están de acuerdo con el uso de ambas metodologías de forma combinada. Debemos tener en consideración la capacidad de condensación de los autores citados, basada en el afán de salir del reduccionismo impuesto desde el método cuantitativo para la ciencia, considerándose fundamental una representación de la realidad mucho más amplia.

Reichardt y Cook plantean una maniobra muy interesante de unión entre las dos posiciones. Habermas (1982:27), se sobrepone al dilema existente entre los dos modelos que insta *“cismas entre los dos tipos de métodos, cuando debería tender puentes y poner en claro cuáles son los auténticos desacuerdos a los que merece la pena prestar atención”*.

El obstáculo más importante al que se hace frente, es la lucha contra la figura reduccionistas que presenta la perspectiva cuantitativa, representada en la declaración de Demo (1985:40): *“Cuando confeccionamos un cuestionario, el aspecto de la construcción interpretativa se presenta frecuentemente: en la selección de las preguntas, porque las mismas no existen ya dadas; en la exclusión de aspectos que no consideramos importantes; en el número de las preguntas, porque juzga que no podemos preguntar más, ni menos”*.

Hay científicos que señalan que la recopilación de información cualitativa es anterior a la investigación cuantitativa, facilitando así la recogida más concreta de

datos cuantitativos. En una descripción de carácter automatizado podríamos decir que la labor de descubrimiento estaría encomendada a los datos cualitativos y la verificación a los cuantitativos.

Así, Reichardt y Cook (1986) indican que a su parecer los métodos cuantitativos han prosperado más directamente, para la tarea de verificar o de confirmar teorías y que los métodos cualitativos fueron intencionadamente desarrollados para la función de descubrir o desarrollar teorías. En este sentido, Pérez (1994:10) afirma que *“la teoría hermenéutica se centrará en la identificación de las reglas que subyacen, siguen y gobiernan los fenómenos sociales”*.

Según el enfoque cualitativo, la perspectiva cuantitativa tiene carencias importantes relacionadas con la aproximación a los contextos en los que se desarrolla la acción y enfrenta la evolución de las acciones en estado natural, a las metodologías cuantitativas que se desenvuelven en ambientes artificiales “in vitro” (Guyot, Pujade y Zimerman, 1974). Con todo esto podemos indicar que, según la perspectiva cuantitativa, la metodología cualitativa está carente validez y de rigor, para poder expresar y verificar con exactitud los datos obtenidos.

Podemos concluir diciendo que nos encontramos ante una polémica de tipo principalmente metodológico. La superación de ésta, conllevaría *“combinar más bien los atributos naturalista y holista del paradigma cualitativo con otros atributos como el ser confirmatorio y el de hallarse orientado hacia el resultado, propios del paradigma cuantitativo* (Reichardt y Cook, citado por Cook y Reichardt, 1986:40).

Partiendo de rasgos que van más allá de los metodológicos y para poder vencer esta contraindicación, creemos que debemos tener en consideración, como criterio de delimitación, el interés del investigador, así como, las tradiciones de investigación que provienen de ellas.

4.6. Diferentes posiciones del investigador

Consideramos fundamental en el desarrollo de la investigación como criterio de delimitación, el tener en cuenta la posición del investigador. Así, podemos diferenciar al investigador que desarrolla su trabajo alejado del proceso vital de los hechos que investiga, el cual desea ahondar en los fenómenos de análisis, con la idea de contrastar o refutar sus ideas, analiza sobre el valor experimental de su investigación, pero considerando a las personas estudiadas como objetos de investigación y, por tanto, sin un compromiso de cercanía. Con ello, vemos que lo que pretende el investigador es hallar la causa de los fenómenos y acontecimientos que se reproducen en el mundo social, creando pautas y reglas generales de los procesos que han sido observados. Es por esto que la observación, la medición y el tratamiento estadístico de estos fenómenos irán revelando regularidades básicas, que el investigador expondrá a modo de relaciones empíricas o de leyes.

Con esta manera de razonar y de proceder, el investigador intenta hallar la regularidad que le permita generalizar, por lo que esto le aparta tanto de hechos aislados, como de circunstancias y realidades concretas e irrepetibles, sólo se estudia lo objetivo y medible. Sus leyes buscarán la validez y la fiabilidad de los fenómenos empíricos investigados y, por tanto, en que sean replicables y reproducibles cada vez que lo desee, ya que los hechos objetivos y observables son los que exclusivamente pueden estar sujetos a todas las pruebas obligatorias, para que sean tenidas en cuenta como conocimientos científicos.

En el lado contrario, tenemos al investigador comprometido con los individuos a los que investiga, intentando comprenderlos, tanto a ellos, como al contexto y al escenario donde se desarrolla la acción. Este investigador no profundiza en regularidades, a él le interesa más amoldarse con el escenario y, así, llegar a ser competente a la hora de reconstruirlo, gracias a las aportaciones dadas por los sujetos implicados.

Evidentemente, debido a esta exclusividad, la regla variará según los contextos donde se reproduce la práctica de interacción y según el acuerdo que los individuos hayan realizado entre ellos. Se intenta desarrollar una teoría práctica, creada desde esa misma práctica pues *“la teoría es una reflexión en y desde la práctica”* (Sáez, 1988:27).

El investigador se empapa de los valores del contexto social y cultural. Así, el conocimiento generado no es ni neutro ni aséptico, sino relativo en función de los significados de los sujetos en interacción, teniendo exclusivamente sentido en el contexto de la cultura y de la vida cotidiana de estos. Esta vida cotidiana es el lugar donde aparecen y se generan las situaciones donde los sujetos interactúan entre ellos definiendo sus actos, por tanto, es fundamental que el investigador esté muy concentrado y atento a estas interacciones que le van surgiendo durante el desarrollo de su investigación.

Por nuestra formación, nuestro tipo de investigación se basa en este segundo planteamiento, haciendo hincapié en que tiene un componente clarificador dentro de las diferentes alternativas de investigación. O sea, la implicación del investigador frente a los sujetos estudiados, a los hechos observados y a sus consecuencias, conlleva una opción definida y concreta por un modelo de investigación específico.

En el siguiente gráfico se aprecian las características más relevantes que definen este modelo de investigación.

Gráfico I. Modelo de investigador aplicado



Fuente: Elaboración propia.

4.7. Diferentes tradiciones de investigación

Vamos a indicar los rasgos más importantes que presentan las tradiciones de investigación, así como, la trascendencia de éstas en la evolución de la ciencia actual.

4.7.1. La tradición empírico-analítica o racionalista-cuantitativa

Esta corriente investigadora tiene como característica fundamental la consideración de los fenómenos sociales como algo objetivo, pudiéndose, por tanto, desarrollar un análisis matemático de estos. Por ello, entiende que una ciencia se puede considerar como tal, sólo si sus enunciados se pueden presentar de forma

matemática (Bunge, 1980). La finalidad estriba en la presencia de un interés técnico y manipulativo con una dirección nomotética, intentando encontrar regularidades con la intención de predecir acciones venideras.

Esta tradición se inicia en las ciencias naturales, es la que predomina en las ciencias sociales con el fundamento de que debe adoptarse el modelo físico-natural (Popkewitz, 1988). Su afán es encontrar categorías capaces de medir y operativizar los hechos mediante una metodología que sea rigurosa y precisa. Con una naturaleza cuantitativa, pretende asegurar tanto el rigor como la precisión que requiere la ciencia, arraigándose en la filosofía positivista (Pérez, 1994).

Vamos a desarrollar, a continuación, los principales principios desde donde se puede argumentar este modelo de investigación:

1. Las teorías teniendo la capacidad de englobar extensos campos, deben tener la capacidad de predecir comportamientos teniendo un carácter de universalidad.
2. La ciencia debería producir conocimientos sin ningún tipo de intereses ajenos a los científicos, lo que hace que sus enunciados no se relacionen, ni con los fines, ni con los valores del investigador avalando de esta forma, que el conocimiento se ciñe exclusivamente a los hechos, no estando adulterado por ningún tipo de opinión. Así, Pérez Serrano (1994:23) indica que: *“La teoría científica no se ocupa de las finalidades y objetivos de una acción social, ya que éstos llevan implícitos juicios de valor, ideales sociales y políticos (componentes no científicos) que no se pueden explicar o justificar mediante la aplicación del método científico”*.
3. El concepto de mundo social como objeto de estudio, forma un conjunto de variables que interaccionan entre sí.
4. Antes de empezar con la investigación, es necesario desarrollar “a priori” una definición acerca de las variables que componen el mundo social antes de empezar la investigación.

5. Más allá de ser un problema, los juicios de valor por el uso de las técnicas, las formas y los métodos de enfocar una investigación, son simplemente una discusión exclusivamente técnica y deformada.

6. Es calificado como el método científico de forma unitaria. Esto hace factible el atribuir los procedimientos metodológicos de las ciencias naturales a las ciencias sociales.

7. Cuando se manifiestan leyes generales que permiten realizar pronósticos acerca de determinados comportamientos en circunstancias dadas, se concretan los objetivos de la investigación.

Continuando con las ideas de Carr y Kemmis (1988), este tipo de investigación propone que el entendimiento y el saber, en vez de fundarse en la meditación filosófica, debería hacerlo en la experimentación científica, o dicho de otra forma los fenómenos cuantificables, medibles y observables son los únicos que pueden ser objeto de estudio. A esto se le llama reduccionismo metodológico, ya que adapta el objeto de estudio al método y no al contrario.

El propósito técnico, pretende que las ciencias sean competentes para explicar los fenómenos que suceden en la naturaleza. En esta línea de explicar los fenómenos, indicamos las reglas propuestas por Durkheim (1974) para la investigación sociológica. Son estas:

1. Regla de lo concreto. Se debe comenzar desde situaciones observables y concretas.
2. Regla de la ignorancia consciente. Sólo tras las conclusiones de la investigación, es cuando el investigador puede tener los juicios la realidad estudiada.
3. Regla de la objetividad. Debemos sólo ceñirnos a los acontecimientos reales de los que somos testigos.

4. Regla de la determinación del hecho. Se debe delimitar el hecho objeto de estudio y definir detalladamente aquellos conceptos a utilizar.

5. Regla de la totalidad ligada. No se puede olvidar que los fenómenos sociales están relacionados y no son independientes entre sí. No por ello sus partes no pueden ser estudiadas independientemente, lo que hay que tener en cuenta es que forman parte de un sistema mayor.

Mediante esta propuesta explicativa, vemos que exclusivamente podemos conocer los hechos que podemos observar de forma objetiva. Por ello, tanto la teoría y la práctica son planteados de forma concreta, así, los fenómenos sólo pueden ser desarrollados desde las categorías y presupuestos positivistas de: observación, medición, cuantificación, regulación y control.

Orientado por la teoría, la práctica es guiada para la realización de determinadas solicitudes de funcionamiento en los hechos, en que se ocasionaran alteraciones bajo algún condicionante para la realización de éstos. Partimos de la certeza de que podemos modificar y actuar sobre algunas variables, al igual que también de la intención de investigar esa regularidad promotora y generadora de las variables, propósito de nuestra investigación. Debemos indicar que la teoría intenta pronosticar, aclarar y explicar para así guiar a la práctica.

Con ello, se evita la conflictividad entre posiciones científicas alteradas, como consecuencia de la subjetividad o de los planteamientos ideológicos precedentes. Gracias a esto, el método científico es capaz de elegir las determinaciones correctas y anteponerse a las alteraciones indicadas imprimiendo eficacia, como indica Travers (1986) a la racionalidad de la investigación.

En esta activa y profunda relación entre teoría y práctica la toma de decisiones se organiza: *“Así como sería inconcebible que los médicos permitiesen que los pacientes, ni siquiera las enfermeras, decidieran cómo tratar un problema médico,*

tampoco será necesario que los teóricos de la educación colaboren con los enseñantes para decidir cómo deben resolverse los problemas educacionales” (Carr y Kemmis, 1988:86).

Viéndose así una distinción clara entre ambas, entre la teoría y la práctica. Durante las actividades prácticas se toman determinaciones que tienen una naturaleza política y no científica, aunque se produzcan desde una investigación científica. Popkewitz(1988:60) indica que la teoría no tiene como objetivo un ámbito legal global donde se determinan los objetivos sociales, pues ésta, la teoría, sólo se vincula con procesos encargados de examinar, verificar o de rechazar las hipótesis vinculadas a los hechos sociales que analiza, a través de métodos tecnológicos racionales y cognitivos.

A pesar de ello, encontramos autores que indican que existe un importante peso ideológico en esta línea de investigación. Así, Habermas (1982) señala que el positivismo no sólo ha restringido a teoría de la ciencia la teoría del conocimiento, sino que, además, indica su conversión a ideología. Sáez Carreras (1988) señala que las investigaciones se ajustan a los medios de los que puede hacer uso, para así tener una consideración de validez. Esto es debido al celo por la rigurosidad de la medida, así como, por el de la instrumentación a usar. Aquí se busca acentuar la comprobación científica del hecho en sí y, además, confirmar su validez. Esto ha llevado a plantear críticas desde la filosofía contemporánea a los principios en los que se basa este modelo, sobre todo a los relacionados con la presencia de un lenguaje científico de carácter universal, el realismo ingenuo y la relación entre teoría y verdad (Pérez, 1994).

4.7.2. La tradición hermenéutica o naturalista-cualitativa

Intentando hacer una diferenciación entre ciencias naturales y sociales se presenta este planteamiento científico muy diferente al anteriormente citado, el enfoque empírico-analítico. Para Habermas (1988), la hermenéutica, surge a partir de la interpretación de los textos. Podemos destacar autores importantes en esta línea

como a Dilthey, Baden y Husserl, sin olvidar a Mead, Lukman, Schutz y Berger como autores de renombre que fomentaron su expansión.

Este enfoque aparece más como línea de estudio de la lingüística y como forma elemental de existencia humana, que un modo de estudio de los fenómenos sociales. Con ello, la tradición interpretativa, indica que la causa y el origen del mantenimiento de la vida social proviene de las interacciones que se producen entre los individuos, siendo muchísima más compleja que la mera reducción a variables como pretendía la línea investigadora antes mencionada. Con esta idea, Max Weber (1984:11) promulga su propia definición de sociología: *“sociología designa la ciencia cuyo objeto es interpretar el significado de la acción así como dar, en su virtud, una explicación del modo en que procede esa acción y de los efectos que produce”*.

Para Pérez Serrano (1994) y en términos de Weber, la esencia de este paradigma de investigación está en la acción social. Esta acción social será aquella en donde el individuo que realiza una acción siempre tenga un sentido. Dicho acto puede realizarlo el sujeto con un carácter interno o externo, y de modo subjetivo como pudiera ser en una participación activa, pasiva o inhibición de la acción en situaciones específicas.

Existe una relación de tipo interactiva entre el objeto y el individuo y, evidentemente sin lugar a dudas, cuando es el individuo el objeto de estudio. Por ello la corriente cualitativa promueve esa correspondencia entre ambos, entre el objeto de estudio y el investigador donde incluso se puede llegar a la influencia mutua. Todo esto en contraposición a la línea racionalista donde predomina la independencia y autonomía entre ambos. Es por ello, que el comportamiento y forma de actuar social se expone mediante la forma de ser interpretadas por los individuos, las diferentes circunstancias y situaciones que se producen en sus interrelaciones. Se pretende mostrar una perspectiva de los individuos, de su mundo social producido tanto por las acciones como por las relaciones entre ellos mismos, así como con otros individuos, creándose un mundo particular.

La corriente antropológica de esta línea de investigación, se preocupa evidentemente no de la cantidad de los hechos, sino de los diferentes modelos de tipo sociocultural presentados por la conducta de los individuos y, sin duda, estos hechos culturales son los más aptos para poder ser descritos y analizados de forma cualitativa. Buendía Eisman (2002:49) nos indica que: *“la investigación cualitativa pretende comprender la situación de estudio”*. Viéndose así la importancia dada al intento de entender el entorno donde se desenvuelve el estudio, más que a la cuantificación de los datos de este. Mediante los símbolos y los significados, los individuos crean una habilidad social basada en la comunicación y en las relaciones entre individuos. Debido a esta maraña de factores que entran en juego es, diríamos que inviable, que la corriente empírico-analítica pueda aportar un estudio concreto, ya que la representación de su “mundo” está construido con variables que conlleven una disminución de esa compleja realidad presente. Así, Popkewitz (1988: 71), indica que: *“En lugar de entender los comportamientos como los <hechos> de la ciencia, el paradigma simbólico atiende a la interacción y a las negociaciones que tienen lugar en las situaciones sociales, y por cuyo medio los individuos se definen mutuamente sus expectativas sobre que comportamientos son adecuados”*.

Podemos ver como en esta corriente, la hegemonía radica en los conceptos relacionados con la descripción, la interpretación, el significado y con la acción, en detrimento de los de explicación, de predicción y los de control.

El elemento clave en esta corriente es sin lugar a dudas la interpretación. Con ella se pretende determinar aquellos significados de carácter subjetivo por el que los individuos, dan sentido a sus acciones, en relación con el contexto donde se realiza y pudiendo así hacer una distinción entre dos caracteres humanos, la conducta y la acción. Las acciones humanas que son incomprensibles cuando se halla su significado, se convierten en significativas cuando se estudian en el contexto social donde se desarrollan. Tanto la acción como la ejecución formaran parte de la idea de actividad, así ésta se presenta como un nexo de unión entre las acciones realizada por los sujetos, en correspondencia al mundo natural que le envuelve, por lo que tiene que ser entendida con el fin de revelar su representación y alcance, además de los que le

dan los individuos que la realizan. Mediante la interpretación se pretenden aclarar las normas sociales que dan sentido a esa actividad que vincula y conecta a los individuos con su entorno. La etnometodología y el interaccionismo son las dos líneas fundamentales, que distinguen autores como Taylor y Bogdan (2009), donde cobra suma importancia el sujeto que produce la acción convertido así en un actor social, dentro de un contexto definido y con vínculos en sus significados. Secord (en Ibáñez, 1989) presenta una evidente separación entre la visión del actor –agente y la del sujeto. El sentido que se le atribuye a las acciones de los individuos, viene dado por los vínculos entre los diferentes agentes sociales y por los significados que se otorgan a esas acciones.

Se puede ver la separación entre el modelo presentado y el explicativo aunque también podemos observar intentos de compenetración entre ambos, explicación y comprensión. Para potenciar la investigación, se intenta englobar mediante una “entente cordiale” a la observación de los hechos y la interpretación de estos. Desde la propuesta interpretativa, se explica que toda conducta social está condicionada por los sistemas interpretativos de los propios individuos que actúan y, es por ello, que el intento de percibir esa realidad concreta, nos lleva a un revés inevitable a pesar de la explicación que de ella dan los sujetos que participan.

No se pretende hallar regularidades, se tiene predilección por lo práctico, a lo que se aspira es a reconocer las pautas de comportamiento del grupo, entender el fin de los actos y de su realización, así como, reproducir esa praxis social por la que se fabrican los significados compartidos por los sujetos (Popkewitz, 1988). Siendo además componentes de la cultura (Geertz, 1987). Indicar que la teoría “no es una reflexión sobre la práctica...sino el resultado de considerar a la práctica como el presupuesto de la teoría” (Sáez, 1988:27). Con este interés práctico ya citado, esta corriente se destaca por estimar a la teoría como organizadora y esclarecedora, posibilitando la organización que desarrolle tanto la práctica como su entendimiento. Carr y Kemmis (1986: 106), señalan igualmente que “la teoría social interpretativa ofrece a los individuos la posibilidad de reconsiderar las creencias y actitudes inherentes a su manera de pensar actual, luego es capaz de ejercer una influencia práctica”.

Uno de los principios del interés práctico es que el individuo necesita vivir en una sociedad y, para ello, es fundamental dominar el lenguaje, entendiéndolo y comprendiéndolo dentro de ese contexto, esto se consigue gracias a la comunicación, por tanto, además de entender lo que está sucediendo, hay también que saber interpretar los códigos que dan forma a ese contexto, dándole una comprensión y un sentido adecuados. Para la hermenéutica, gracias a esa libertad de relación entre individuos y a la comunicación, se consigue desarrollar los hechos sociales que dan forma a la teoría. Pero, la realidad es otra, el mundo real no está exento de presiones e imposiciones, siendo por ello, que desde la validez de los procesos estudiados, se nos permite una idea, la tradición crítica, que resalta tanto a los antecedentes como a la contextualización de las prácticas que se producen, así como que estas se crean desde dentro de las relaciones sociales. Como señala Vega Moreno (2001), la investigación cualitativa quiere ser imparcial en sus dictámenes, examinar y manifestar adecuadamente la información y colaborar a la hora de resolver problemas.

Debemos señalar también que un apartado importante en esta corriente de investigación es la recogida de datos, siendo necesario recabar esta información de diferentes orígenes, incluyendo la introspección. Consideramos imprescindible averiguar en el contexto social como son las respectivas dimensiones, tanto temporales como reales, de esas realidades específicas que se estudian. Para conseguir esto, tenemos que usar técnicas específicas como son el estudio de casos, la observación participante, la entrevista, los perfiles, el análisis de contenidos y los grupos de discusión. Esta línea de investigación considera que la realidad no nos viene dada, que no es invariable, sino que, por el contrario, tiene una fluidez y abertura al cambio constante, siendo polifacética, global y con un carácter holístico en un proceso de re-creación continuo y permanente. Al desconocerse el significado de las diferentes acciones y su intencionalidad, no podemos basarnos únicamente en actuaciones de observación y medición de los sujetos a la hora de intentar descubrir la realidad sociocultural de ese grupo en estudio.

4.7.3. La tradición crítica o modelo sociocrítico

Con el fin de ser una nueva opción y aventajar a las tradiciones ya presentadas (Sáez, 1988), surge este modelo de tradición crítica. En diferentes ambientes, tanto sociales como históricos, es donde se erige la ciencia, estos ambientes o contextos son revelados mediante la autorreflexión, a los sujetos participantes dentro del desarrollo de la investigación dándole así su impronta y aspectos emancipatorios.

Debemos destacar pioneros en esta tradición a autores como Marcuse, Horkheimer y Adorno, pertenecientes a la Escuela Alemana. Actualmente, Habermas y Apel son los autores más destacados, ambos, intentan encontrar una opción que salga de la paradoja de las corrientes hermenéutica-interpretativa y la racional-crítica.

Según Pérez Serrano (1990) los seguidores de esta línea de investigación son aquellos relacionados con el trabajo, tanto con individuos como con los ambientes menos favorecidos, por lo que así destacan trabajos importantes en el campo de la investigación participativa, en los procedimientos para la mejora y el progreso de la comunidad, el ecologismo, el feminismo y en la etnografía crítica de origen neomarxista.

El objetivo último es ofrecer un avance en la calidad de vida de la comunidad desfavorecida y esto conlleva la necesidad de un compromiso por parte del investigador que le obliga a estar en una autorreflexión continua. Tiene como ideario la transformación social con diferentes grados de profundidad, haciendo que el científico se comprometa e implique en dichos procesos. Es una corriente que pretende crear una filosofía que pueda guiar a la acción, tanto desde la introspección en esa acción, como desde “el hacer” o la aplicación como confluencia crucial y decisiva. Se necesita, como indicamos, un alto grado de implicación por parte del investigador, a la hora de intentar mejorar las diversas realidades de los individuos y de las prácticas durante el proceso investigativo y de creación de teoría.

Nuestra investigación en concreto intenta ser un estímulo para el grupo social investigado y para la creación de procedimientos autorreflexivos que produzcan un cambio social de determinadas circunstancias, en relación a la formación en salud que repercute tanto en el contexto del trabajo como en el comunitario.

Escudero (1987) indica que este pacto con la realidad social, hace que este tipo de investigación crítica, se involucre profundamente además de con la exposición de la realidad y la percepción de ella que tienen los individuos, con el cambio de esa realidad desde una perspectiva resolutoria, creadora y activa orientada a liberar a los individuos de las situaciones en las que se encuentran imbuidos.

Fals Borda (2001:74), indica que este modelo crítico intenta *“de un lado capacitar a los grupos y clases oprimidas a adquirir la suficiente creatividad y fuerza transformadora, que se expresan a través de proyectos, acciones y luchas específicas; y de otro, producir y desarrollar un proceso de pensamiento socio-político con el cual las bases populares se puedan identificar”*.

Este modelo sociocritico, con un trasfondo interpretativo, cree imprescindible aplicar escalas que permitan a los sujetos intervinientes, percibir y considerar la realidad que les envuelve. Más que a intentar encontrar una explicación idiográfica de las repeticiones regulares, se incide con énfasis en la comprensión de los escenarios donde se produce la acción.

Primeramente, antes de nada, es fundamental comprender que ocurre en los diferentes contextos donde se lleva a cabo la acción, debido a que es aquí donde se desarrollan las cosmovisiones que utilizan los actores para interpretar sus prácticas (Coulon, 1988). Añadir que muchas veces las interpretaciones han producido algunas circunstancias de subdesarrollo y marginación, como indica Orefice (1986), muy penoso para la comunidad.

Al mismo tiempo, esa capacidad liberadora trae el deber de poseer elementos capaces de discernir las apreciaciones que ideológicamente están deformadas de las que no. Pretendemos descubrir el por qué de algunos hechos y diversas

configuraciones de conocimientos que se mantiene ocultos, pues estas erróneas interpretaciones incluso pueden *“legitimar un grupo social concreto otorgándole el papel de árbitro del conocimiento, de la responsabilidad y de las posibilidades del hombre”* (Popkewitz, 1988:39).

Hallar estos condicionantes ideológicos es ser capaz de señalar los componentes de una situación social concreta que imposibilita alcanzar los fines pretendidos. De ello, surge la capacidad de los sujetos para identificarlos y, así, modificar las circunstancias que imposibilitan llegar a sus objetivos.

Al crearse situaciones que presentan frustraciones en los sujetos que intervienen en las mismas, es imprescindible crear procesos de cambio de estas condiciones que producen esa frustración y desarrollar ese cometido, basándonos en el proceso de reflexión de los sujetos intervinientes. Este proceso de cambio, conlleva una reflexión profunda que es expuesta a los demás, usando el lenguaje como una herramienta para esa exposición.

Con todo ello, debemos reseñar que a partir de las prácticas realizadas por los individuos en las distintas situaciones sociales a las que se enfrentan y tras el tránsito por la autorreflexión, se crean los conocimientos. Ayudados por la idea de ilustración podemos indicar que los sujetos investigados se transforman en investigadores, librándose de los obstáculos y cortapisas que le imposibilitaban alcanzar el conocimiento. Con ello, se puede estimar a una ciencia social crítica como: *“un proceso social que combina la colaboración en el proceso de la crítica con la voluntad política de actuar para superar las contradicciones de la acción social y de las instituciones sociales en cuanto a su realidad y justicia. La ciencia social crítica, será, pues, aquella que yendo más allá de la crítica aborde la praxis crítica; esto es, una forma de práctica en la que la <ilustración> de los agentes tenga su consecuencia directa en una acción social transformadora”* (Carr y Kemmis, 1988:157).

Partiendo de la crítica ideológica, esta ciencia social pretende desarrollar críticas de la vida social. En esta línea, *“la crítica ideológica consiste en realizar*

investigaciones que tratan de <cartografiar> nuestras circunstancias históricas y sociales actuales..., y de usar el proceso de cartografiado no sólo para identificar los hitos y símbolos clave del territorio social <de afuera>..., sino también para identificar los correspondientes a nuestro modo de entender el mundo” (Kemmis y Mac Taggart, 1988:88).

Habermas (1982) nos refiere diferentes cualidades de dicha crítica, así indica que se encamina a objetivos basados en la experiencia y que deben ser hallados por el propio sujeto. Hace también referencia a la configuración de identidades bien sean individuales o colectivas. Por último, debemos indicar que asciende al estado de consciente, lo que permanecía en el estado de inconsciencia en el sujeto, como podrían ser consecuencias de carácter práctico, para así modificar las definiciones de una errónea conciencia.

El desarrollo de un trabajo de investigación dentro de la tradición crítica implica diferentes características:

1. Un procedimiento histórico de modificaciones de entendimientos, situaciones y prácticas. Así, siguiendo a Carr y Kemmis (1988:157), el objetivo final tanto de la investigación como de los investigadores son sus propias prácticas, su comprensión o entendimiento de las mismas, así como también el de las situaciones en las que se producen.
2. Un procedimiento que conlleva una relación de las prácticas, las situaciones y las comprensiones o entendimientos, pudiendo hallar o no la existencia de estas relaciones, para que el investigador pueda así, intentar mejorar tanto su propia práctica, sus comprensiones o entendimientos como las situaciones en las que se desenvuelve, lo que le llevará a una progresión más eficaz por la comprensión y el entendimiento de sus propias prácticas consideradas como transformaciones sociales vinculadas en la historia.

3. Es necesario considerar el carácter social que posee la investigación, lo que conlleva estimar que las ciencias sociales deben tener como objetivo principal el alcanzar en las personas un mayor desarrollo y una mejora de las condiciones de vida (Demo, 1988). Habermas afirma que este tipo de ciencia crítica enmarcada dentro del campo de la investigación social, intenta fundamentarse y dar un paso más en la creación de saberes y en la elaboración de instrucciones, reglas y principios. Por tanto, lo que persigue es: *“examinar cuando las proposiciones teóricas captan legalidades invariantes de la acción social y cuando captan de dependencia, ideológicamente fijadas, pero en principio susceptibles de cambio”* (Habermas, 1984:172).

Al mismo tiempo que esta teoría crítica establece un modelo de investigación social, también es un modelo de formación de esa sociedad estudiada, para así, ser guiada por una pretensión de desmarcarse: el individuo por sí, reflexiona sobre la sociedad, en la que al mismo tiempo está encuadrado y en los procesos de transformación generados por esa misma autorreflexión realizada. Gracias a esto, se evita que tanto la acción como el conocimiento se conviertan en lo mismo.

Señalar que, sin llegar a ser enmarcada exclusivamente como una ciencia empírico-analítica, esta teoría crítica de la sociedad usa el empirismo, también es filosofía pero desde el punto de vista de la crítica, igualmente es, sin ser historicista, historia y es, además, práctica desde el punto de vista de su tendencia a la formación y a la liberación, no desde el enfoque del dominio de una importante capacidad tecnológica.

El objetivo final de esta teoría es desarrollar y hacer progresar a la comunidad, ayudado por la liberación del ser humano, relacionándose así la teoría y la praxis. No se pretende crear una teoría para explicar el mundo, lo que se quiere es cambiarlo. Por ello, tiene una serie de peculiaridades como son:

A.- Aclarar las premisas en las que se basan los vínculos sociales que sirven para que el individuo sea capaz de conseguir mayor conciencia y perfeccionamiento como un ente global.

B.- Indicar el respaldo otorgado por las características propias de esa circunstancia histórica donde se desenvuelve la praxis.

C.- Existe un vínculo dialéctico que relaciona a la teoría y a la práctica, de manera que se va confrontando, verificando y enriqueciendo.

Sáez Carreras (1988) entiende que se puede afinar todavía más, indicando que aunque en el paradigma hermenéutico se presentan teorías desarrolladas desde la práctica y en el científico la teoría sobre la práctica, ninguno sirve para producir cambios en dicha práctica.

En la tradición crítica adquiere suma importancia la dialéctica, como ya indican Kemmis (Kemmis y Mac Taggart, 1988), al indicar que mediante los razonamientos dialécticos, la tradición crítica educativa intenta aclarar los procedimientos, mediante la presentación de cómo las diferencias presentadas en ambos sistemas nos conducen al desacuerdo, a lo contradictorio. Igualmente, se puede observar cómo interactúan los diferentes planteamientos, concepciones y reflexiones de ambas corrientes. Y, por último señalar como el dinamismo de los procesos que interactúan entre los planteamientos y concepciones distintas, forman las pautas y los resultados, tanto de la interacción citada como también de la acción, que se analizan en los contextos sociales, con el fin de una mejor comprensión y desarrollo para mejorarlos.

El pensamiento dialéctico intenta entender la estructura existente de relaciones sociales que se presentan entre los individuos y el contexto social, yendo más allá de estimar que las dificultades sociales pertenecen a un grupo determinado, o de entender que los problemas de los sujetos pueden ser achacables a la especificación de las vidas de esos individuos dentro de una comunidad.

Como fundamentación metodológica es de suma importancia el “qué hacer” de la investigación, su praxis, desarrollando como pieza clave la participación activa dentro de ella, basada en el desarrollo de teorías que produzcan un cambio en las

realidades donde están encajados los sujetos y desarrollándose siempre desde la práctica investigadora que se desarrolla.

Es imprescindible que el científico crítico sea un miembro más de ese grupo humano que investiga, facilitándose así que su trabajo genere los cambios en diferentes realidades y situaciones. A la vez que desarrolla una teoría de transformación que relaciona a todos, tanto a sujetos investigados como al científico en dicha labor, produciéndose, por tanto, consecuencias derivadas de la función tanto de la investigación en sí, como de la práctica generada. Por parte de esta ciencia social crítica se requiere un procedimiento apoyado en la crítica ideológica pues *“lo que se busca es un método que libere a los individuos de la eficacia causal de esos problemas sociales que distorsionan la comunicación y el entendimiento, permitiéndoles así dedicarse a la reconstrucción crítica de las posibilidades y de los deseos de emancipación suprimidos”* (Pérez, 1994:37).

Para esta adquisición es imprescindible la reflexividad, tanto en el proceso interno del individuo como en el ámbito de la interacción y reflexión con sus iguales.

Así, el sujeto intenta encontrar su identidad liberándose de su yo como sujeto y de los condicionantes que lo rodean y le influyen. La importancia de este método estriba en su capacidad de crear competencias capaces de liberar y emancipar a los sujetos.

En la tabla siguiente se presentan las particularidades de las tradiciones de investigación presentadas:

Tabla V. Particularidades de las tradiciones de investigación presentadas.

Paradigma	POSITIVO	INTERPRETATIVO	CRÍTICO
Interés	Explicar Controlar Predecir	Comprender Interpretar Compartir Comprender	Liberación, emancipación para criticar e identificar el potencial de cambio
Ontología (Naturaleza de la realidad)	Dada Singular Tangible Fragmentable Convergente	Constructivista Múltiple Holística Divergente	Constructivista Múltiple Holística Divergente
Relación Sujeto/Objeto	Independiente Neutral Libre de valores	Interrelacionada Relación influida por factores subjetivos	Interrelaciones influidas por la relación Influida por el compromiso de la liberación humana
Propósito Generalización	Generalizaciones no sometidas a tiempo Afirmaciones nomotéticas, leyes Deductiva Atención a los semejantes	Limitada por el contexto y el tiempo Afirmaciones ideográficas Inductiva Cualitativa Centrada en las diferencias	Limitada por el contexto y el tiempo Afirmaciones ideográficas Inductiva Cualitativa Centrada en las diferencias
Explicación Causalidad	Causas reales Temporalmente precedentes o simultáneas	Interactiva “Feedback” Prospectiva	Interactiva “Feedback” Prospectiva
Axiología: el rol de los valores	No sujeta a valores	Tiene en cuenta los valores Los valores influyen en la solución del problema, la teoría, el método y el análisis	Marcada por los valores Crítica de la ideología

Fuente: Bóveda (1993). *Investigación II*. En Sánchez, J. Medellín: FUNLAM (Módulo), p. 47.

Para terminar podemos indicar que la realidad puede ser investigada desde diferentes modelos o tradiciones e incluso hoy en día ha surgido un innovador modelo denominado modelo de la complejidad. Pero, para nuestro tipo de investigación, por sus particularidades concretas, vamos a utilizar el modelo cualitativo, ya que creemos como el más indicado a las características de nuestra investigación. Por ello, es necesario dedicar un capítulo a este tipo de modelo.

Capítulo 5. Modelo de investigación cualitativo

5.1. Metodología cualitativa

El modelo cualitativo es designado con diferentes nombres, como pudiera ser aparte del de paradigma cualitativo, el de paradigma naturalista, paradigma fenomenológico, paradigma interpretativo, hermenéutico, humanista o también etnográfico, recogiendo un grupo de corrientes de tipo humanista-interpretativo con el objetivo de estudiar los significados que poseen las distintas acciones humanas, así como las relaciones que se establecen en la vida social(Erickson, 1989).

Desde los primeros años de la década que se inicia en 1950 y aproximadamente hasta principios de los años setenta, toma fuerza en investigación el uso de los métodos cualitativos, reforzados por las ciencias antropológicas que extienden la investigación de la cultura desde los espacios educativos, apareciendo así la antropología educativa que pretende estudiar, cómo influye la cultura en la educación. Es la época de oro de este modelo de investigación, del análisis cualitativo estrictamente entendido. Aproximadamente a partir del 1970 y extendiéndose más allá de los ochenta, es cuando se amplían los campos de estudio de esta perspectiva antropológica y se abordan temas como el estudio de los diferentes sistemas de símbolos, por los que es transmitida la cultura u otros temas como el lenguaje (Becker y Wax, 1979).

Por primera vez se publica, en el año 1988, una revista destinada en exclusiva a este tipo de investigación de tipo cualitativo. El nombre de esta revista era: The International Journal for Qualitative Studies in Education.

La perspectiva cualitativa entra dentro del mundo interno, del mundo personal de los individuos, intentando estudiar y descubrir de qué manera interpretan las diferentes situaciones, qué significado tienen y cuáles son sus intenciones. Así, esta corriente cualitativa intenta cambiar los conceptos del paradigma positivista como pudieran ser el de predicción, el de explicación y el de control, por otros nuevos enfoques como serían el de comprensión, el de significado y el de acción.

Intenta ser objetiva en el mundo de los significados, teniendo como norma de demostración el concierto intersubjetivo existente dentro del contexto educativo (Bogdan y Biklen, 1982).

La corriente cualitativa duda de que las conductas y los comportamientos de los individuos estén dirigidos por leyes de carácter general y determinadas por regularidades ocultas. Sus científicos tienen su punto de mira más que en generalidades, en lo que es exclusivo y propio de ese sujeto, generando un conocimiento de tipo representativo y admitiendo que la realidad es de tipo holístico, dinámico y múltiple, al mismo tiempo que dudan de la presencia de una realidad externa que merezca la pena de ser estudiada.

Este paradigma presentado, se presenta como una opción a la teoría positivista. Como indica Hernández (1998), acentúa tanto la comprensión como la interpretación de esa realidad educativa a partir de los significados dados por los sujetos, se compromete con los contextos educativos y analiza las intenciones motivaciones y creencias que no pueden ser observadas de forma evidente y natural, como tampoco ser capaces de ser experimentadas.

Las características de este paradigma están indicadas por Pérez Serrano (2004) así:

1. *Naturaleza de la realidad*: Es de carácter dinámico, múltiple, holístico, construido y divergente.

2. *Finalidad de la investigación*: Tiene la intención de comprender e interpretar la realidad, los significados de las personas, sus percepciones, sus intenciones y la motivación de sus acciones.
3. *Relación sujeto-objeto*: Relación de dependencia. Ambos se afectan mutuamente. Implicación del investigador en el escenario. Interacción constante.
4. *Valores*: Son de carácter explícito. Tienen una Influencia determinada en la investigación.
5. *Teoría/Práctica*: Se encuentran permanentemente relacionadas. Se genera una retroalimentación mutua.
6. *Criterios de calidad*: Se tiende de forma expresa hacia la credibilidad y la confirmación, además, la transferibilidad constituye un eje fundamental.
7. *Técnicas, instrumentos, estrategias*: La tendencia es a utilizar los de carácter cualitativo y los descriptivos. Se considera que el instrumento más relevante es el propio investigador. Se trabaja desde la perspectiva de los participantes.
8. *Análisis de datos*: Es de carácter cualitativo. Se trabaja desde una perspectiva de inducción analítica y es esencial la triangulación.

Pérez de Guzmán (2002) refiere que el científico penetra dentro de las personas y, desde ahí, intenta comprenderlas, su intención es entender como los individuos investigados se percatan, examinan, construyen, cambian y representan esa realidad educativa que les rodea y en las que están sumergidos.

Al referirnos a esta forma de investigar, no hacemos referencia a la manera concreta en que son recogidos los datos, ni tampoco a un dato en concreto, no numérico: palabras o textuales, sino que hacemos referencia a señaladas formas de creación o desarrollo de saberes científicos, basadas éstas, al mismo tiempo, en pensamientos epistemológicos más trascendentes.

Es necesario por ello, adoptar nuevas concepciones tanto científicas como filosóficas, unos modos específicos de desarrollo científico y fórmulas concretas de recogida y de análisis de los datos, lo que conlleva adoptar un nuevo lenguaje metodológico (Colás, 1994).

Este tipo de investigación cualitativa puede presentar distintas formas de ver sus ideas, con distintos tipos de enfoques o formas de abordaje. Vamos a realizar de forma resumida un breve comentario de cada uno.

5.2. Tipología de métodos

Fenomenología:

Se considera a Husserl (1985) como padre de la fenomenología. Ésta es mostrada como filosofía, enfoque y método. Desde su postura epistemológica, esta fenomenología, destaca el regreso a la reflexión y a la intuición para poder así describir y clarificar las experiencias tal y como son vividas, configurándose como conciencia (Morse, 1971).

Tiene como característica filosófica el basarse en la descripción de vivencias, intentando ahondar en sus investigaciones sobre la cuestión de la representación del mundo. Lo que vale es la descripción de la existencia del individuo en el mundo y, al mismo tiempo, la del mundo en el individuo. Así, se investiga basándose en el lenguaje descriptivo con la intención de hacer obvia la experiencia del individuo mediante la reflexión, hallando así maneras exclusivas y verídicas de los propios pensamientos (Stenhouse, 1987).

La fenomenología pone todo su empeño y fuerza sobre los sujetos y sus experiencias subjetivas. Tiene como fin, comprender el mundo tal y como se expresa en el pensamiento de forma consciente. Su meta es estudiar el mundo tal como se manifiesta en el pensamiento consciente. Su temática y sus objetivos se enfocan tanto en el significado de la experiencia humana (la fenomenología), como en el entendimiento de las formas de actuar dentro del contexto (la hermenéutica).

Su objetivo científico es el hallar contenidos que se expresen como estampas de percepciones que poseen los individuos del mundo y que mediante éstas, instaurar modelos de interpretación. Estos tipos de investigación *“estudian las vivencias de la gente, se interesan por las formas en las que la gente experimenta su mundo, qué es lo significativo para ellos y cómo comprenderlo. Con objeto de tener acceso a otras experiencias, los fenomenólogos exploran antecedentes y recogen exhaustivas*

descripciones de sus interlocutores. Estas descripciones se someten a un proceso de cuestionamiento del que emergen nuevos temas. Los resultados comunes y únicos en los individuos estudiados permiten al investigador extraer la esencia del fenómeno. El resultado es una descripción de la estructura general del fenómeno estudiado” (Tesch, 1990:68).

Este tipo de filosofía se planea en métodos de investigación que son empleados en las ciencias sociales y más concretamente en los campos de la psicología y la educación. Para hallar la configuración y entramado de los significados y esclarecer la comprensión de las actuaciones, los investigadores harán uso de procedimientos como son las expresiones tanto orales como escritas. Debemos destacar como procedimientos importantes el estudio documental, la historia oral y las historia de vida.

Interaccionismo Simbólico:

Debemos indicar que esta perspectiva surge en los años 1920 y durante la década de los treinta en la Escuela de Chicago, teniendo como uno de sus más importantes miembros a Mead (1999).

Los fundamentos de ese Interaccionismo Simbólico son los siguientes:

1. Los sujetos intervienen en las cosas, sobre el principio que el significado de éstas tienen para los sujetos.
2. Mediante los símbolos se produce un desarrollo constante de la asignación del significado a las cosas.
3. Los símbolos son gestos, signos, lenguaje, etc. La asignación de este significado es consecuencia de las interacciones sociales. Interaccionando con su mundo, los sujetos están continuamente creando y desarrollando, así como adaptando los medios a los fines y, a la vez, los fines a los medios, todo ello influenciado y moderado por las configuraciones. Con relación a la dialéctica los sujetos

continuamente están generando transformaciones en la misma y desarrollando nuevas propuestas.

Ni los instintos o fuerzas internas de los individuos, ni los modelos socioculturales o fuerzas externas, producen conductas, éstas son consecuencias de la reflexión individual de tipo interpretativa, realizadas por los individuos acerca de los significados originados socialmente. En el intercambio individuo-comunidad, la interacción alcanza su momento culmen, ya que es donde los sujetos aprenden y asimilan los símbolos y los significados.

Esta perspectiva tiene como objetivo científico el explicar los procesos de la reinterpretación y de la conceptualización que guían y aclaran las formas de acción. Se intenta obtener dentro del desarrollo del trabajo científico, un saber de tipo científico que sea comprobable en el campo. Las formas de desarrollar sus teorías se producen mediante las correlaciones producidas entre las diferentes clases de datos que derivan del estudio de ese mundo social. Por ello, es necesario analizar a los sujetos en su ambiente natural, así, cualquier entorno se transforma en un laboratorio apto para explorar las motivaciones, tanto individuales como sociales, que no se apreciarían normalmente de otra forma.

En relación a su metodología, debemos señalar que se concentra en proyectos de tipo microanalíticos y en grupos de discusión. Es capaz de enfocarse en estudios fundamentales de índole pedagógico relacionados con el desarrollo y evolución de la organización del pensamiento, así como, también, con los cambios sociales, bien sea en espacios concretos como el aula o en otros más generales.

Los temas de índole educativa que puede tratar este interaccionismo simbólico, comprenden desde procedimientos de culturización de grupos o sociedades, hasta análisis de casos en profundidad, a través de microanálisis. Woods (1987) vincula

como campos elementales de estudio: estudios relacionados con la cultura mediante el análisis de la interacción contextualizada, el aprendizaje de símbolos, la investigación del propio sujeto, y el estudio de los procesos sociales mediante sus manifestaciones de carácter expresivas o comunicativas.

Etnometodología:

Surgida aproximadamente por los años sesenta del pasado siglo, esta corriente sociológica tiene como representante principal a Harold Garfinkel. Para Coulon (1988), esta corriente tiene sus fuentes en la fenomenología social representada por Weber (1960), en el interaccionismo simbólico y en las teorías de la acción. Para esta corriente, el nexo de unión entre actor y situación, no está fundada en los contenidos de tipo cultural, ni siquiera en las reglas, sino que se basará en los procesos de interpretación.

Coulon (1988) la define como un estudio acerca de las actividades prácticas, las circunstancias prácticas y el razonamiento sociológico práctico. La pretensión que presenta la etnometodología es acerca de las actividades experienciales y, más concretamente del razonamiento práctico, tanto de tipo profano como profesional. Pretende la exploración, de tipo empírica, de los métodos utilizados por los sujetos para dar sentido y al mismo tiempo desarrollar sus acciones.

Coulon (1988) también señala que esta corriente intenta entender cómo perciben los individuos, cómo describen y proponen juntos una determinada descripción de situación. Este método se fundamenta sobre las interacciones sociales, haciendo hincapié en el lenguaje y usando grabaciones para aprehender datos de ese lenguaje de tipo habitual o cotidiano, intentando hallar como los individuos dan sentido a esas interacciones que se producen en su lenguaje. Señala que los significados dependen del contexto, pues en ausencia de éste, el significado sería de tipo impreciso e indeterminado. Sólo mediante su uso dentro de un contexto y mediante la

interacción, los sucesos alcanzan un significado concreto. Las particularidades que dan al contexto sentido, son autogenerativas por sí mismas. La actividad interpretativa se coloca sobre, y en la situación, a la que hace referencia (Clarck y Yinger, 1977).

El fin es presentar los medios usados por los sujetos para establecer la vida social común, por este motivo existe una gran variedad de formas de recopilar datos: la observación directa y la participativa, grabaciones en vídeo, conversaciones, etc. En la etnometodología, uno de sus rasgos más importantes es el análisis conversacional.

En él se pretende presentar y explicar las diferentes prácticas de tipo colaborativas que los sujetos usan y escogen a la hora de entablar una interacción de carácter inteligente. Para Erickson (1989), Las diferentes formas y enfoques que presenta esta corriente, pueden ir desde las que se basan en el control del habla y las interacciones, hasta las que se centran en el discurso generado dentro del contexto. Al comprender los dispositivos producidos en las interacciones, éstos, pueden ser modificados. Las actividades interaccionales producen hechos de tipo social que son en fin de cuentas realizaciones de tipo prácticas.

Dentro del ámbito educativo, esta corriente analiza estas interacciones, anteriormente citadas, que se producen en el aula, estudiando los discursos generados en ella y, así, hallar las estructuras de tipo organizativas que se hallan implícitas. Podemos indicar dos de las aportaciones más destacadas de esta corriente a las investigaciones de tipo psicopedagógicas. Estas son:

1ª. Dotar de elementos conceptuales y teóricos que produzcan nuevos enunciados en la investigación.

2ª. Crear y desarrollar, sobre la base de estos conceptos, tanto nuevas formas de análisis (análisis conversacional), como nuevos métodos de investigación (grupos de discusión).

Etnografía:

Haciendo un repaso a la historia, debemos indicar que la etnografía surge de la antropología cultural, que se enfocaba a pequeños grupos sociales, como por ejemplo tribus. Históricamente, la etnografía surge de la antropología cultural, centrándose en grupos sociales pequeños, tribus, poblados de aborígenes..., y, por tanto, aplica el enfoque utilizado por los antropólogos. Partiendo de este enfoque antropológico, se llega a la realidad actual donde las metodologías y teorías etnográficas llegan a alcanzar a distintas disciplinas, incluso a algunas que parecían inalcanzables como pudiera ser la medicina.

Esta corriente, pretende hallar y estudiar comunidades y culturas para así, poder explicar las prácticas y creencias de ese grupo estudiado, con la intención de hallar las regularidades y patrones que brotan de esa complejidad.

Atkinson (1981) indica que la etnografía es una forma de investigación social que tiene las siguientes características:

1. Una gran relevancia en el análisis de la esencia de los fenómenos sociales.
2. Tendencia a trabajar inicialmente con datos no estructurados, es decir, datos que no han sido codificados en términos de un sistema de categorías analíticas cerradas.
3. Se trabaja con un número reducido de datos, frecuentemente con un solo caso, que se aborda con profundidad.
4. El análisis de datos implica una interpretación explícita de significados y funciones de las acciones humanas.

Normalmente, los científicos de esta corriente tienen una disposición a la exploración más que a la comprobación. Se explican tópicos admitidos como fundamentales para analizar las características culturales. En la fase exploratoria se puede proponer tanto la formulación de hipótesis, como la operacionalización de conceptos con su carácter de significado o, también, el fomento de instrumentos metodológicos apropiados. Para Guerrero (1991), esta metodología tiene como principal característica en su metodología, su forma contextual y holística de afrontar los acontecimientos, el uso del “*emic*” y del “*etic*”, así como su carácter eminentemente reflexivo. Al hablar de “*emic*” se está haciendo referencia a un factor fundamental de esta metodología, a esa visión interna que tienen los sujetos informantes. Al hacerlo de “*etic*” se hace referencia a la explicación científica de esa realidad, es la versión del investigador. Entre ambos enfoques se producen las interpretaciones conceptuales de tipo teórico por parte del investigador. El etnógrafo pretende entender el por qué de esa conducta observada, por qué se produce y debido a qué condicionantes. Aquí se estudia durante largos espacios temporales, estados y realidades naturales. Para un trabajo eficaz es fundamental en la etnografía la observación participante, factor característico en este tipo de investigaciones. Tiene la virtualidad de conjugar la capacidad de participar en la vida de los individuos estudiados, con la de distanciarse con un carácter profesional para la recogida de datos. Esta técnica es la base para otras también aplicadas, como pudieran ser: las historias de vida y las entrevistas, que también pueden ser complementadas con notas de campo, documentos, cuestionarios, etc. Una etnografía que se precie como tal, debe describir de una manera, lo más amplia posible, el grupo sociocultural que se investiga. Dentro de estas descripciones podemos incorporar historia, religión, política, ambiente y cómo el grupo aglutina a los miembros del mismo (Carr y Kemmis, 1988). Se intenta poseer más que una visión fraccionada, una holística y global.

Una etnografía debe ser una explicación teórica, más que una descripción ajustada. Taylor y Bodgan (2009) señalan las siguientes características relacionadas con la etnografía:

1. Para los etnógrafos es fundamental, agrupar de forma personal y directa, datos de carácter empíricos mediante los estudios de campo. Esto es avalado desde la ciencia por la intensa unión entre el contexto, la información y por la teoría explicativa de los datos, siendo solo factible si se dispone de una vasta formación de tipo científica. Por tanto, la recogida de datos no es una simple labor de tipo mecánico apta para sujetos no expertos, ni capacitadas científicamente.

2. Se documenta la visión del mundo de los nativos. Para ello, es primordial conseguir de los sujetos que participan, manifestaciones verbales de forma directa, con la intención de saber y descubrir sus percepciones.

3. gracias a utilizar un amplio abanico de métodos, se consigue un extenso rango de datos.

Su metodología indica que se debe comenzar con una exploración, donde el científico debe conseguir un dominio básico del lenguaje, a la vez que de la organización social, para, posteriormente, formular los objetivos específicos del estudio. El diseño se crea y desarrolla partiendo de la observación y del análisis. Los métodos de muestreo tienen un carácter intencional. Se admite que la cultura es común para todos los individuos y se usa una elección de carácter progresivo y secuencial. Como ya hemos indicado, entre las principales técnicas usadas en la recogida de datos, tenemos a la observación participante y a las entrevistas. Estas entrevistas pueden orientarse de diferentes formas, pudiendo ir desde entrevistas abiertas, a discusiones en profundidad con informantes claves, pasando por discusiones de tipo casual mientras se realiza una actividad. La entrevista informal tiene la finalidad de permitir que los participantes puedan hablar de las cosas o aspectos que les interesan y, así, poder sacar conocimientos sobre el modo que estos sujetos, usan sus propios términos y conceptos. Durante la observación los datos recogidos tienen una forma más detallada y concreta y se intenta extraer inferencias de bajo nivel.

Los investigadores determinan, especifican y detallan los patrones y los temas correspondientes a la organización sociocultural de los grupos, traduciendo y explicando esas conductas bajo los conceptos propios de los sujetos que participan,

así como también de diversas dimensiones de las que también son conscientes. Los científicos etnógrafos, en un paso posterior, tratan de entender, exponer y aclarar esos temas y patrones. Evidentemente, podemos indicar que no existe una forma concreta de hacer etnografía y que, por tanto, pueden existir diferentes maneras de obrar. Así, como ejemplo, podemos citar a De Vos (1981) que señala a la etnografía antropológica, etnografía clásica, etnografía sistemática y la etnografía crítica.

Podemos finalizar indicando que la etnografía puede ser empleada para entender las formas de vida de las sociedades o los grupos estudiados, así como, también su cultura y las características exclusivas de estas. A nivel educativo, este enfoque es de vital importancia para las investigaciones que se realizan sobre los diferentes grupos o culturas que coexisten y conviven dentro de los centros educativos.

Investigación–Acción:

Como autor fundamental de este enfoque hay que señalar a Kurt Lewin. Él fue quien señaló los principios que dan forma a este método. Sus fundamentos son: su carácter participativo, ser impulso democrático y contribuir al cambio social y al de las ciencias sociales. Al referirnos a la investigación-acción se pretende fomentar la participación de forma activa de los sujetos implicados en la realización de un programa que conlleve la elaboración de estudios, con la firme intención de producir cambios en su estado actual, y originar probabilidades de actuación aletargadas en esa población. En pocas palabras, consiste en ser activo y participativo, para, así, poder cambiar, siendo a la vez protagonista de ese cambio social.

Carr y Kemmis (1988) señalan que, la investigación es una manera de buscar autorreflexiva, comenzada por sujetos activos dentro de determinadas situaciones sociales, con el fin de acrecentar y optimizar, tanto la racionalidad, como la justicia de sus acciones sociales y/o educativas. Igualmente, se pretende un mayor

entendimiento de esas prácticas y de las circunstancias en las que se producen. Las características de esta investigación-acción son las siguientes:

- A partir de los intereses de un grupo se determina el objeto de estudio. Cuestiones que los individuos implicados creen relevantes para sus vidas.
- Como última finalidad, se pretende la modificación del problema que compromete a los individuos partícipes. La intencionalidad pretende incidir de manera eficaz en esa realidad para generarle un cambio.
- Entre la investigación y la práctica existe una íntima conexión e interacción.
- El agente fundamental para el cambio social es la comunidad. Existe un pacto fehaciente de responsabilidad entre el científico y el grupo.
- Al tener las mismas responsabilidades y objetivos, se parte de la imparcialidad, necesitándose una correspondencia entre iguales. Se exige una comunicación entre iguales, partiendo desde la equidad al existir los mismos objetivos y responsabilidades. Se trata, además, de ser una propuesta metodológica, de ser, también, una herramienta intelectual que está a la disposición del grupo.

Este enfoque sigue un patrón de desarrollo de espiral introspectiva: una progresión de ciclos de planificación, acción, observación sistemática, reflexión, para después, iniciar el proceso con una replanificación y, otra vez, un paso a la acción, a nuevas observaciones y reflexiones (Gary, 2000). Se forman grupos autocríticos de individuos que toman parte de forma activa en todas las etapas del desarrollo de la investigación. Los individuos participan de una forma consciente siendo un proceso de aprendizaje sistemático. Para Colás y Eisman (1992), la investigación-acción estimula a los sujetos a teorizar sobre las prácticas que realizan, haciendo hincapié en las condiciones de la acción y sus consecuencias e involucrando las conexiones entre los hechos sucedidos en sus vidas.

En la investigación-acción es imprescindible, y obligado, el poner a prueba tanto las ideas y las suposiciones, como las prácticas relacionadas con las instituciones. Goyette y Lessard-Herbert (1988), indican que todo lo que genere pruebas, de una forma amplia y flexible tiene su cabida en este método. Además de registrar de forma descriptiva lo que sucede con la mayor exactitud posible, también recoge, reúne y analiza, los

propios juicios de los sujetos, las reacciones y las impresiones acerca de lo que sucede. Katz (1979), le suma a lo indicado, que es además un proceso político que nos compromete en la producción de cambios que influyen a otros individuos. Por este motivo, pueden existir en ocasiones rechazo al cambio. La investigación-acción empieza con fases elementales de planificación, de acción, de observación y de reflexión que nos servirán para ir definiendo los problemas, las ideas y los supuestos. Este enfoque posibilita justificar de forma razonada nuestra labor educativa ante otros. (Pérez de Guzmán, 2002).

Podemos explicar el proceso de investigación-acción de la siguiente manera: Organizar el grupo es el primer paso a realizar, cuando queremos hacer frente a los problemas, o al problema, que se nos presenta. Para conseguir esto, es necesario fomentar todos los factores que influyan en la formación de dicho grupo. Carr y Kemmis (1988), señalan que sólo cuando hay cooperación en el grupo se consigue la investigación-acción. El paso que vendría ahora sería el del diagnóstico. Este empezaría con la determinación y descripción de las necesidades básicas para el grupo. Es fundamental conocer cuáles son las necesidades que aparecen, así como, instaurar prioridades entre estas. Debemos indicar que los problemas surgen de una necesidad sentida, concreta y específica de la vida de cada sujeto.

Para aclarar estas necesidades del grupo es necesario usar la revisión bibliográfica. Esto conlleva tener que leer y releer para así, hallar proposiciones con relación al problema. Por ello, se intenta encuadrar tanto el problema de estudio, como los procedimientos y los métodos más idóneos.

Se seguirá con identificar el problema de forma concreta, concisa y específica, o sea, se definiría el problema y se delimitaría tanto el campo de estudio, como cuáles son los factores o ámbitos más importantes que deben ser investigados.

Continuaríamos con la planificación, que se inicia destacando los objetivos del estudio (logros que deseamos llegar a obtener con la realización de una acción planificada). Estos objetivos los podemos clasificar en generales (serían grandes propósitos o metas que configuran el entorno de referencia de un proyecto) y objetivos específicos (más específicos y detallados que los primeros). Esta formulación de objetivos es fundamental para un buen desarrollo del proceso de investigación-acción (Yuni y Urbano, 1999).

El siguiente paso consistiría en el planteamiento de las hipótesis o la causa de los problemas planteados en la elección del tema. Posteriormente, se concretiza el tipo de procedimientos a seguir para llegar a probar la hipótesis, con la recopilación de datos, para ser analizados posteriormente.

A la hora de elegir los instrumentos, estos deben ser diversos y variados. Las técnicas de control usadas en la investigación-acción son: análisis de documentos; anotaciones de campo (interpretaciones subjetivas); diario (informes personales sobre un tema de interés o preocupación); registros anecdóticos (informes escritos); cuadernos (utilidad similar al de los diarios); descripciones ecológicas del comportamiento (registro de observaciones a diferentes niveles de observación); cuestionarios; entrevistas; tarjeta de muestra (una tarjeta de cada tema); archivos (recopilaciones de materiales); métodos sociométricos (relaciones grupales); inventario y listado de interacciones grupales; grabaciones en audio y vídeo, test, etc. (Sierra, 1992).

Con ello, se pasaría a la selección de la muestra y recogida de datos, a posteriori, se analizarán e interpretarán. Se desarrolla una búsqueda reflexiva y sistemática de la información conseguida mediante los instrumentos. Este tipo de estudios suelen ser de corte cualitativo, tiene la ventaja de la flexibilidad, respaldando todos y cada uno de los pasos de la investigación. Se pretende dar soluciones a las cuestiones planteadas. Se continúa con un resumen de los datos, para finalizar con la interpretación de los resultados obtenidos para así, poder plantear las actuaciones a llevar a cabo. Nos encontramos en la acción, cuando se finaliza la planificación, realizaremos el inicio de la acción. Fundamental ahora es tener bajo control lo que sucede. Hay que realizar un diario de proyectos donde asentar todas las ideas e impresiones que nos sirvan también a la hora de realizar el informe. Hay que tener presente si se consiguen los datos que se esperaban obtener para la reflexión y, con este propósito, vamos a usar registros en cintas magnetofónicas o en vídeo, con la intención de realizar un análisis detallado posterior (Pérez, 2004).

El siguiente paso es constatar los cambios en el uso del lenguaje. No se debe olvidar el analizar todo aquello que esté vinculado con las actividades, sus fines, los objetivos, etc. Destacar la importancia de la recopilación de la mayor cantidad de datos, acerca de lo ocurrido en el curso de la puesta en práctica. Cuando se han relacionado, acoplados, cotejados, cribados y organizados, se debe realizar un análisis y una interpretación para buscar una explicación a lo ocurrido. En este momento, se hará necesaria la redacción de un informe donde se narrará claramente de una manera estructurada y precisa, todo lo que hubiese sucedido, ya que dicho informe, debe ser fiable, por ser la base para la reflexión (Katz, 1979).

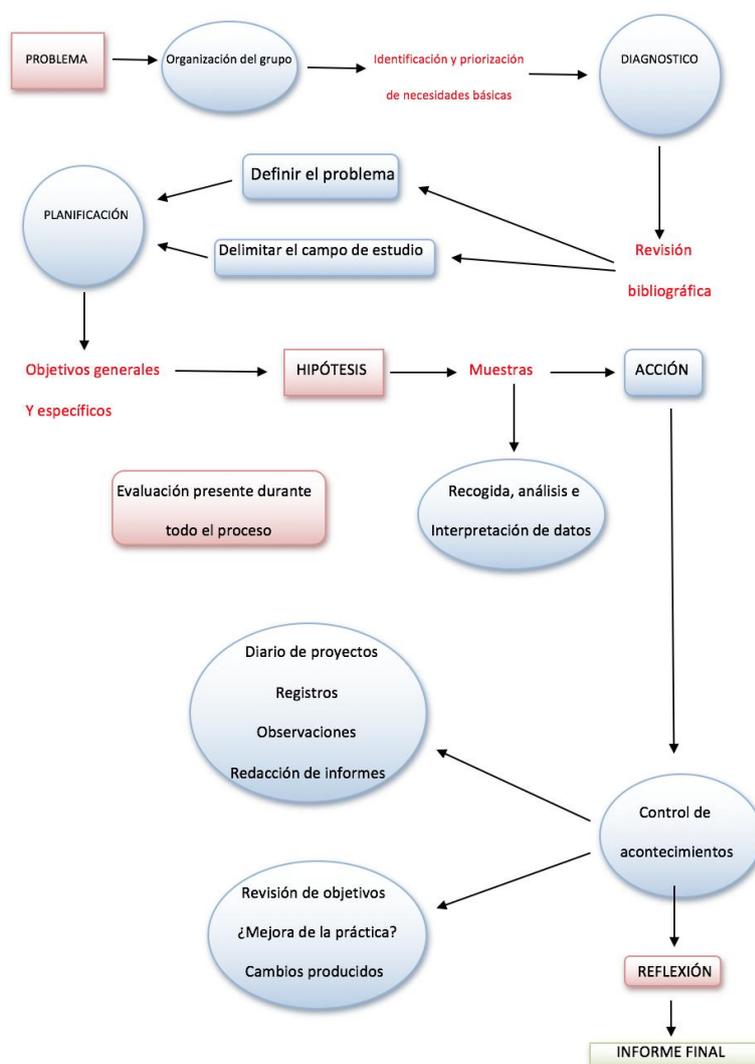
Ya en la reflexión, vamos a analizar, sintetizar, interpretar, explicar y sacar conclusiones. Es fundamental para esto retornar al plan inicial para, así, comparar este con el informe de lo acaecido, pudiéndose, de esta manera, ver cómo mejorar la situación. En este momento es cuando debemos comprobar si se han cumplido los objetivos que señalamos al principio, si ha mejorado la propia práctica, así como, los cambios ocurridos (Holt, 1984).

Con relación a la evaluación, indicar que debe mantenerse a lo largo de todo el proyecto, desde el comienzo hasta el final de este. Lo que debemos evaluar en la fase de diagnóstico es: cuáles son las causas del problema y cuáles las vías de solución, señalar cuál es la población que está afectada y sus consecuencias, la existencia de posibilidad de solución o no y definir el perfil de los sujetos beneficiarios (Ander Egg, 1990). Al mismo tiempo, a la vez que se va desarrollando el proyecto, se va evaluando este. Esta evaluación tiene que estar incorporada en dicho proyecto, debe ser sistemática, flexible y continua. En el informe de evaluación se debe indicar, de forma sistematizada, el proceso que se ha seguido, destacando los resultados y las conclusiones y haciendo referencia a las limitaciones, a las que se han hecho frente durante todo el proceso. Es importante que todos los individuos involucrados en el cambio tengan acceso a él. Se deberá indicar y detallar todo lo realizado, la forma de abordarlo y los resultados que se han conseguido. Su presentación será de una forma objetiva y comprensible tanto los objetivos como el problema, también se indicará

que se procurará realizar para llegar a mejorar esa situación, cómo se han recopilado los datos, cuáles son las conclusiones y cuáles las sugerencias. El redactar el informe, hace que fluya de manera positiva tanto la comunicación, como el intercambio de experiencias entre profesionales. La forma ha de ser clara y con un lenguaje apto, al grupo social al que va enfocado. Se resaltarán los resultados obtenidos así como, una interpretación reflexiva y, a la vez, crítica, las conclusiones obtenidas, sus aplicaciones en la práctica diaria, y las recomendaciones adecuadas para desarrollar en el futuro.

Vamos a representar un esquema-resumen del proceso de investigación-acción:

Gráfico II. El proceso de investigación-acción.



Fuente: Elaboración propia.

Resumiendo, podemos indicar que tres son las características específicas del desarrollo de la investigación-acción:

1ª. Tiene una evolución histórica de cambio de prácticas, situaciones y entendimientos.

2ª. Conlleva hallar la existencia o no de correspondencias entre las prácticas y los entendimientos, estos y las situaciones e igualmente las prácticas y las situaciones.

3ª. Partiendo de que es un proceso social, el científico intenta hallar la interacción entre las limitaciones, tanto objetivas como subjetivas, que participan en el conocimiento y en la acción, queriendo obtener una visión desde la que pueda entender el efecto limitado de ambos grupos de factores sobre la realidad social (Holt, 1984).

La propia condición participativa de la investigación-acción hace que los sujetos participantes se organicen en grupos de colaboración para su autoinformación y conciencia, produciéndose un modelo social racional y democrático.

5.3. Fases del proceso cualitativo

Podemos destacar algunas de las características más significativas de este proceso como son: ser holístico; personal; contextualizado; basado en la comprensión no en la predicción; el científico es el instrumento base y tiene que desarrollar una teoría; las decisiones deben negociarse (Goyette y Lesard-Herbet, 1988).

Aunque depende de los autores, nosotros vamos a hacer referencia a seis de ellas.

Estas son:

1ª.- *Fase exploratoria o de reflexión*: es la toma de contacto con los temas de interés de la investigación. Estos son: 1º) Identificación del problema. 2º) Cuestiones de investigación. 3º) Revisión bibliográfica y documental. 4º) Perspectiva teórica.

2ª.- *Fase de planificación*: en esta fase se toman las decisiones necesarias, acerca de las cuestiones que puedan irse planeando sobre la marcha. Cada una de estas decisiones necesita de una valoración de tipo reflexivo.

- Elección del lugar del estudio.
- Temporalización de la investigación.
- Elección de la estrategia de investigación más adecuada.

3ª.- *Fase de entrada en el escenario*: el científico para poder ganarse el acceso al escenario debe negociarlo. Para ello, es necesario disponer aparte de tiempo, de sensibilidad y tacto, conocer las normas y ritmos del grupo, comunidad o institución donde se va a realizar la investigación, así como, a los sujetos implicados.

A la hora de seccionar a los sujetos participantes, y los posibles escenarios, hay que tener en cuenta algo característico de este tipo de investigación, lo que llamamos el muestreo intencional. Este muestreo selecciona no por criterios externos, sino en consonancia con la abundante información de la que se dispone. El muestreo intencional es emergente y secuencial (Elliot, 1990). Existen varios modelos:

- Muestreo de variación máxima: para las muestras de carácter heterogéneo.
- Muestreo por tipos de casos: para la selección de casos que sean significativos.
- Muestreo comprensivo: cada uno de los participantes, de los grupos o escenarios son analizados.
- Muestreo en red: cada una de las personas elegidas, a su vez, deben presentar a otra.

Según el propósito del estudio, así será el tamaño de la muestra, además, también tiene vinculación con la disponibilidad de casos de los que informar y de las técnicas de recogida de esa información. El muestro termina cuando se termina la información, en suma, cuando ya no es posible extraer nueva información.

4ª.- Fase de recogida y análisis de la información:

1. Fase de recogida de información: Es una de las fases más laboriosas requiriendo una gran cantidad de esfuerzo, de observación y también de trabajo conceptual. La recogida de estos datos de tipo cualitativo, se realiza por estrategias de carácter interactivo. Las dos formas más usadas de recogerlos son en entrevistas, que son grabadas, y en forma de anotaciones en papel, lo que se denomina notas de campo. Posteriormente, las entrevistas se transcribirán para su análisis posterior (Colás, 1994).
2. Análisis de la información: Esta recogida de información, y su correspondiente análisis, se produce con un procedimiento sistemático y cíclico, que se da en todas las fases de este proceso, empezando cuando se recogen los primeros datos para continuar, como ya hemos indicado, durante todo este periplo.

El recurso intelectual más importante es el método comparativo, conlleva categorizar, encontrar relaciones, conceptualizar, hallar casos negativos, así como, también, las discrepancias que pudieran existir. A esto, debemos de sumarle con carácter de suma importancia, la comprensión de los escenarios o personas en sus propios términos, logrando esto último mediante la descripción y la teoría (Bogdan y Biklen, 1982).

Tres son las fases que comprende este análisis de la información:

- 1ª Fase. Descubrimiento en progreso: Primero tenemos que identificar el tema para desarrollar posteriormente proposiciones y conceptos. Para conseguir esto, podemos seguir las indicaciones siguientes: investigar temas emergentes; continuarla pista de temas, de las intuiciones, de las interpretaciones y de las ideas; desarrollar tipologías; releer los datos; revisar el material bibliográfico del que se dispone; exponer una guía de la historia; crear tanto proposiciones teóricas como conceptos.

- 2ª Fase. Codificación: Esta fase recoge la forma sistemática de exponer y clarificar las explicaciones y conclusiones de los datos. Es necesario para esto: que todos los datos estén codificados; que se creen categorías de codificación; clasificar los datos por categorías de codificación, atender a los datos que han quedado fuera; y volver a redefinir sus análisis (Tesch, 1990).
- 3ª Fase. Relativización de los datos. Esta fase tiene un carácter interpretativo, en ella se van a aclarar y a explicar todos los datos dentro de cada contexto donde se encontraban. Pero antes, siempre se debe tener en cuenta estos factores: cuáles son los datos que fueron solicitados; la influencia ejercida por el investigador en el escenario; los datos directos o indirectos; las fuentes utilizadas y las propias conjeturas del investigador.

Como proceso que es, el análisis conlleva: selección, categorización, comparación, síntesis e interpretación, con la intención de ofrecer explicaciones de un hecho de singular interés (Taylor y Bodgan, 2009). Afianzar su rigurosidad, es fundamental para el proceso y progreso de los análisis; con este fin, habrá que usar estrategias, como la triangulación, que ayuden a consolidar esa credibilidad en los resultados. Otras estrategias también utilizadas con esta intención serán: la verificación del estudio por informantes secundarios, las auditorías, control de los participantes, revisión de los participantes y los casos negativos o divergentes.

5ª.- *Fase de retirada del escenario*: Los puntos a tener en cuenta en esta fase son:

1º: Finalizar con la recogida de información.

2º: Negociar la retirada.

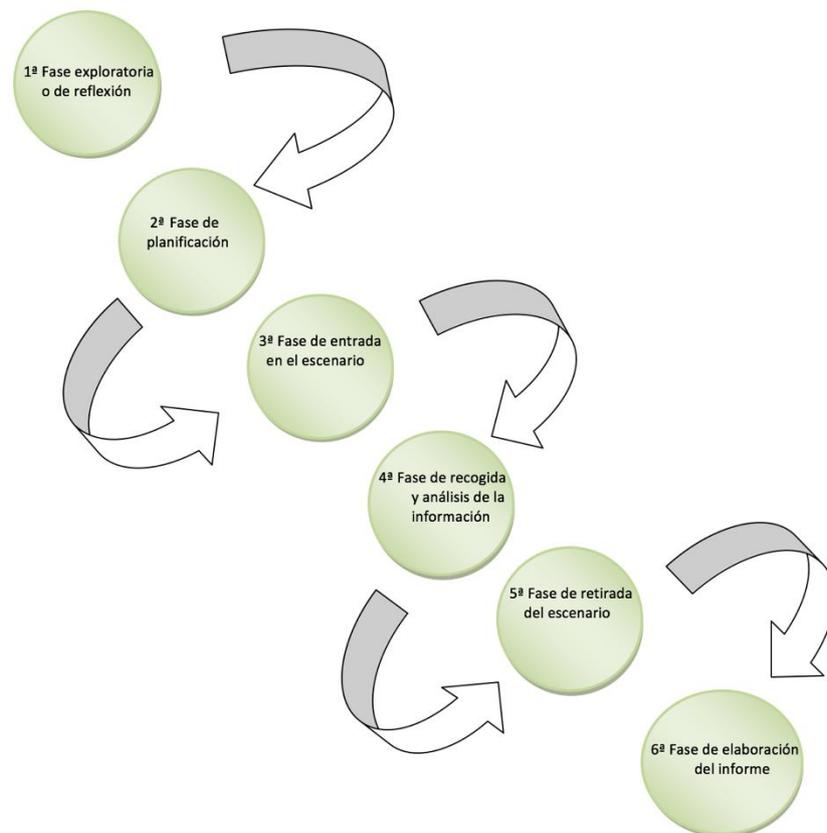
3º: Finalizar con un segundo análisis de datos más intensivo, pero ya fuera del escenario.

6ª.- *Fase de elaboración del informe*: Hay que indicar que no existe un formato predeterminado para la presentación del informe cualitativo. Por ello, puede ser presentado de diferentes maneras, siendo el estudio de casos una de las más importantes formas de presentar los resultados. Para Escudero Muñoz (1987), este informe de estudio de casos está compuesto de varios apartados:

- La Explicación del problema a estudiar.
- Revisión de la bibliografía.
- Metodología usada.
- Un apartado descriptivo de los procesos observados y de los temas importantes.
- Discusión de los resultados, limitaciones y, por último, las conclusiones.

Para concluir podemos mostrar el gráfico siguiente, donde se ven claramente las distintas fases del proceso cualitativo:

Gráfico III. Fases del proceso cualitativo.



Fuente: Elaboración propia.

Para Pérez Serrano (1994), el paradigma cualitativo tiene las siguientes características dignas de destacar:

“La teoría es una reflexión en y desde la práctica”. Esta objetividad está formada tanto por aquellas acciones que son externas y observables, como por símbolos, interpretaciones y significados creados por el individuo, mediante la interacción con los otros. Esta teoría hermenéutica, se concentra en hallar y conocer aquellas reglas internas y profundas que cumplen y rigen los fenómenos sociales. Intenta encontrar los modelos de reciprocidad que vienen de ese compartir los significados y las interpretaciones de la realidad.

Esta regla puede variar en función del contexto donde se desarrolla la interacción y los acuerdos interpersonales entre los “actores”. Su objetivo es crear teorías que sean prácticas, constituidas desde esa práctica, no por leyes sino por reglas. Analizar los problemas de índole educativo, haciendo hincapié en el entendimiento de los procedimientos desde los valores, reflexiones y creencias propias teniendo, además, una naturaleza global y tratándose de una acción continúa y completa. Como indica Schon (1987), de una reflexión en y sobre la acción que se da en un contexto histórico. Se usa la metodología etnográfica o la orientación fenomenológica, trabajando con datos de tipo cualitativos.

La disposición del paradigma de tipo cualitativo es llegar a entender una realidad que está dentro de un contexto, por lo que debe concebirla como un todo inseparable e imposible de separar en variables independientes y dependientes. Los valores influyen en la investigación y son una parte más de esa realidad, estando incluso la investigación influenciada por los valores de ese contexto sociocultural.

No existe la asepsia ni la neutralidad en el conocimiento, siendo este relativo condicionado por los significados dados por los individuos que interaccionan, teniendo sólo sentido en la vida cotidiana y en la cultura donde se produce (Simmel, 1998).

Este modelo nos lleva a la vida cotidiana, esta vida diaria es un ejemplo de cómo los individuos continuamente en interacción y dependiendo de las situaciones redefinen sus actos. La interacción al ser circunstancial, los sujetos deben de implantarla en cada situación mediante la negociación y la interpretación de las reglas que fundamentan la convivencia de los sujetos en sociedad. Por tanto, el objeto elemental a estudiar es el mundo de la vida diaria, de su cotidianidad, de la forma que es aceptada por los sujetos que interaccionan mutuamente en esa sociedad y en ese contexto.

Como indican autores como Clark y Yinger (1977), la ciencia social es considerada una ciencia de la realidad que pretende entender lo particular de esa vida en la que estamos metidos. No pretende crear e imponer leyes, si no que aspira a establecer regularidades y conceptos, intentando fijar conjuntos de causas tanto en cada caso como en cada proceso, buscando en el pretérito para hallar esas agrupaciones antiguas al caso y poder indicar su interés para el presente.

Explica el hecho donde ocurre el suceso *“se opta por una metodología cualitativa basada en la rigurosa descripción contextual de un hecho o una situación que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja mediante la recogida sistemática de datos que haga posible un análisis interpretativo”* (Pérez, 1990:20). Es intentar adquirir aquellos instrumentos que sean fiables, los diseños abiertos, que surjan de las diferentes realidades interaccionantes. Apoyándose, por tanto, en la observación participativa, en la investigación acción y en el estudio de casos.

Pérez Serrano (1994) indica que este tipo de investigación, la investigación cualitativa, no pretende hallar generalidades sino que es ideográfica y su peculiaridad

es estudiar escrupulosamente una determinada situación. Crea hipótesis individuales producidas en casos concretos. No intenta hallar explicaciones ni la causa, sino el llegar a comprenderla, pudiendo crear conclusiones entre los modelos de composición de cada caso en concreto.

“La característica crucial de la realidad social es la posesión de una estructura intrínsecamente significativa, constituida y sostenida por las actividades interpretativas de sus miembros individuales” (Carr y Kemmis, 1988:99). En este paradigma de investigación, la realidad holística, polifacética y global, nunca nos viene dada y mucho menos es estática, siempre está en continua evolución y, por tanto, se debe de crear.

Pérez Serrano (1990:20) nos indica que: *“no existe una única realidad sino múltiples realidades interrelacionadas”*. En el presente paradigma, la idea esencial radica en el concepto de acción social, que para la terminología de Weber (1960), la acción social es cualquier tipo de comportamiento humano, donde el sujeto actor da un significado particular a cada uno. Esta acción puede ser tanto de carácter subjetivo o interior como manifiesta; pudiendo radicar en la intervención de tipo positiva en una circunstancia, en un consentimiento pasivo de dicha circunstancia o en una abstención intencionada de dicha intervención. *“La acción social lo es en la medida en que, en virtud del significado subjetivo que atribuye al individuo actuante, tiene en cuenta el comportamiento de otros y orienta su dirección en consecuencia. La acción siempre incorpora la interpretación del sujeto y por eso, sólo puede ser entendida cuando nos hacemos cargo del significado que le asigna”* (Pérez, 1994:31). El sujeto, además, al compartir significados es, por tanto, comunicativo e interactivo. En este modelo cualitativo se manifiesta la interrelación existente entre el objeto y el investigador hasta el punto de influirse mutuamente. En relación a las cosas, el hombre comparte significados con sus iguales. Este significado, es creado por el hombre y se asienta en las relaciones de la sociedad. Los seres humanos comparten significados acerca de las cosas, el significado, que es algo creado por el hombre, reside en las relaciones de la sociedad y, por ello, la conducta social sólo puede

explicarse mediante la interpretación que los individuos realizan de la situación en sus correspondientes interacciones (Eggleston, 1980). Los sujetos actuarán en función de los significados y éstos estarán predeterminados por las formas, de las cuales éstos han sido concebidos. Por ello, es necesario hallar el grupo de reglas sociales que dan un sentido a cada actividad humana en particular.

Desde el encuadre cualitativo se intenta dar, además de profundidad, un detalle mediante la descripción y el registro meticuloso. Es importante destacar la categorización que posibilita posicionar la realidad de esas categorías, para, así, tener una cohesión lógica en el desarrollo de los hechos y los acontecimientos que están contextualizados, tomando de esta forma en el entorno su total significado, pues al sacar los elementos del contexto donde están imbuidos, pierden su significado genuino (Anguera, 1995).

En este modelo de investigación debemos destacar las técnicas más empleadas, estas son: la entrevista, el análisis de contenido, la observación participante, los perfiles y los grupos de discusión. Y, entre sus fases, es importantísimo en este modo de investigar la que podemos llamar “de recogida de datos” que necesitan de distintos tipos de fuentes, llegando incluso a necesitar la introspección. Para el investigador es necesario descubrir las realidades reales tanto en su magnitud real como temporal, es el ahora y el aquí dentro de su propio contexto social. Griaule (1977), indica que este modelo de investigación estriba en explicar y describir detalladamente, tanto a personas, interacciones de grupo, eventos, como todos aquellos comportamientos que son observables. E, incluso, integra lo que los sujetos llaman sus pensamientos, actitudes, creencias, reflexiones y experiencias, y de una forma fiel a como son manifestadas por los mismo sujetos. Este tipo de investigación es un procedimiento activo, riguroso y sistemático, realizado de forma dirigida, en donde, mientras se está dentro del campo de estudio, se van tomando decisiones acerca de lo investigable. Erickson (1989) indica que el científico lleva una instrucción teórica de forma consciente, con una competencia inherente a la teoría de las ciencias sociales. El

resultado de la interacción entre ambas, sirve para que aparezcan las cuestiones que servirán para guiar la investigación.

Taylor y Bogdan (2009) indican las siguientes características de este tipo de investigación:

- La investigación cualitativa es inductiva. Los científicos poseen un tipo de planteamiento de investigación de carácter flexible. La forma de iniciar la investigación es con cuestiones indeterminadas e imprecisamente enunciadas.
- Sus métodos, al contrario que otros enfoques, no han sido depurados y estereotipados. Podemos indicar que este tipo de investigación es por tanto un arte.
- Los individuos, los grupos y los escenarios no son sólo variables, sino que son estimados. Así, el científico ve a los individuos y al escenario con una perspectiva de tipo holística, investigando a los individuos dentro de su contexto, tanto en relación a su pasado como en el momento actual.
- Los científicos de esta línea investigadora son conscientes de las consecuencias que ellos producen sobre los sujetos investigados. Se señala que al ser naturalistas, su interacción con los sujetos investigados, es de tipo no intrusiva y de modo natural.
- Para estos científicos es imprescindible experimentar la realidad igual que los individuos observados, intentan entender a estos sujetos dentro del marco de referencia de esos propios individuos.
- Estos científicos llegan con sus “mentes en blanco” abiertas a todo, ven las cosas como si esto ocurriese de forma inédita. Para ello, necesitan una asepsia total en cuanto a sus creencias particulares, a sus predisposiciones y a sus perspectivas.
- Este tipo de investigador, el cualitativo, considera útiles todas las perspectivas que observa, intentando, de una forma minuciosa, la comprensión de estas

perspectivas correspondientes a los sujetos estudiados. Sus métodos de estudio en personas influyen sobre el modo en que las ve. Sus métodos son humanistas. Cuando minimizamos los actos y las palabras de los sujetos, a simples formulas estadísticas, se deja de ver ese aspecto de humanidad que tiene la vida social. Al estudiar a los individuos de una manera cualitativa, se consigue llegar a conocerlos en lo personal e, igualmente, llegar a sentir lo que ellos, en su quehacer diario en la sociedad (Travers, 1986).

- Estos científicos hacen hincapié en la validez de su trabajo, sus métodos nos hacen estar cerca de lo empírico, estando dedicados a consolidar una ajustada relación entre lo que se dice y hace por parte de los individuos y los datos que se obtienen.
- Para ellos, tanto todas las personas como todos los escenarios, son apropiados para estudiar. Nada en la vida social es superficial o baladí, todo debe ser investigado.
- Estos investigadores son animados a desarrollar su propio método personal, es por tanto un artífice, no se guía por reglas, solo líneas de orientación. Los métodos están al servicio del investigador, pero no al contrario, el investigador nunca es esclavo del procedimiento (Cook y Reichardt, 1986).

Señalar que en este tipo de metodología, el científico suele de antemano conocer el campo de estudio, acercándose con reflexiones, supuestos y problemas. Es distinta a la metodología cuantitativa donde existe un cuerpo de hipótesis en sus inicios que son indispensables corroborar o refutar. En contacto con la realidad, lleva a cabo una observación de tipo participante e intensa, con el objetivo de crear distintas clases de análisis, para que puedan ser filtradas según vaya mostrando la realidad encontrada en el estudio. Para ello, es necesaria una gran capacitación por parte del investigador para que pueda ser muy riguroso en el desarrollo de la investigación. No es solo la aplicación de instrumentos e imputarle resultados, consiste en algo más, es ser capaz, tanto de ir redefiniendo los instrumentos y las categorías, así como, de reelaborarlos, en función del objetivo de su estudio y lo que la realidad vaya demandando (Pérez, 1990).

También es importante señalar como característica especial, la existencia de lo que llamamos la diversidad metodológica. Posibilita obtener datos de la realidad estudiada, para que puedan ser comparados desde el punto de vista del método. Igualmente, permite desarrollar procesos de exploración en espiral, gracias a la circularidad y a la complementariedad tanto por las pruebas cruzadas de los datos obtenidos, como por la posibilidad de conseguir datos a través de diversas fuentes, Así, mediante una técnica de triangulación se puede conseguir comparar y ratificar toda la información conseguida por las diferentes fuentes y sin perder esa flexibilidad a la que hacíamos referencia, cualidad característica de este modelo de investigación (Erickson, 1989).

Cook y Reichardt (1986) examinan las características de ambos paradigmas y afirman que no existe una inflexibilidad a la hora de asignarles unos determinados métodos, sino que pueden usarse incluso al unísono dependiendo de la situación concreta ante la que se encuentren. Esto conlleva, aparte de esta combinación citada, e incluso si llegan a complementarse, a obtener muchísimas más ventajas que desventajas. Entre estas ventajas del uso conjunto de ambos métodos, podemos hacer referencia a las indicadas por los autores ya citados Cook y Reichardt (1986):

- 1- Objetivos múltiples. La investigación debe preocuparse tanto por los resultados, como por el proceso de obtención. Los aspectos mínimos que se dan en un proceso investigativo son: comprobación, valoración y explicación causal. Para su consecución es por tanto necesario el uso de ambos métodos.
- 2- Vigorización mutua de los tipos de métodos. Podemos definir al método cualitativo como una técnica de comprensión de la persona, del uso del sentido común y de la introspección. El cuantitativo, como técnica de contaje, de medida y de razonamiento de tipo abstracto.
- 3- Triangulación a través de operaciones convergentes. Así, el uso de métodos complementarios facilita la corrección del sesgo que se presenta en cualquier método. Cada modelo de método, además de complementar, contribuye a mostrar a los otros a descubrir y minimizar el sesgo.

Como indica Janesick (1994), los aspectos planteados desde el punto de vista cualitativo son muy diferentes a los planteados por el modelo cuantitativo. Algunos asuntos señalados desde esta perspectiva, hacen referencia a aspectos como los programas y sistemas educativos o a la calidad de proyectos curriculares y de innovación.

5.4. Diferentes métodos de análisis de la realidad según la finalidad de la investigación

Cuando hablamos de la investigación cualitativa no hacemos referencia a una manera concreta de recoger datos, nos estamos refiriendo a una forma específica de recogida de datos, tampoco a un tipo determinado de dato, ya sean palabras o textuales. Nos estamos refiriendo a enfoques o tipos diferentes de producir conocimiento científico fundamentado en concepciones epistemológicas más trascendentes (Sierra, 1992). Con la metodología cualitativa se indican denominaciones como hermenéutica, interaccionismo simbólico, etnografía, estudio de casos, historias de vida, fenomenología, etnociencia, investigación participante, investigación-acción, análisis de contenido, grupos de discusión, análisis conversacional, observación participante, investigación colaborativa, entre otras... Esta enorme relación de denominaciones nos exige un esclarecimiento en los conceptos. Tesch (1990) señala que las diferentes nominaciones indican diversos estatus conceptuales. Con esto podemos indicar que términos como el interaccionismo simbólico y la etnografía, se refieren a perspectivas y tradiciones que los científicos de corte cualitativo estudian y analizan. La investigación-acción, el análisis del discurso y el estudio de casos indican diferentes maneras de recoger datos. Podemos señalar que la investigación cualitativa produce un lenguaje metodológico nuevo debido a la aceptación de ideas determinadas, tanto a nivel científico como filosófico, estilos particulares de trabajar desde el punto de vista científico, así como, formas concretas tanto de de recogida como de análisis de datos.

Centrémonos ahora en los diferentes métodos que son usados por este tipo de investigación e indicar, que el que hemos aplicado en nuestra investigación es el estudio de casos. Una de las formas de clasificación de los métodos cualitativos es, como señalan Bogdan y Biklen (1982) y Tesch (1990), la finalidad del estudio. Por tanto, vamos a disponer de dos tipos de métodos:

1º Métodos cualitativos de investigación para el cambio social.

2º Métodos cualitativos de investigación desde una orientación de tipo interpretativa que plantean, como criterio de clasificación de métodos cualitativos, la finalidad del estudio.

5.4.1. Métodos cualitativos de investigación para el cambio social

Podemos empezar indicando que en este tipo de método los sujetos intervienen con su intuición, experiencia, imaginación, sus pensamientos y sus acciones y, por ello, se considera a los individuos, se les tiene en cuenta, como intervinientes colaboradores de su realidad personal. Este tipo de visión activa de los individuos dentro de la sociedad es el nexo de unión de estas metodologías que acentúan la participación como estrategia base (Ander Egg, 1980).

Como señala Buendía Eisman (2002), podríamos señalar como elementos claves los siguientes:

- 1- Se fundamentan en la ciencia de la acción. Tiene como objetivo reconocer las teorías que siguen los sujetos para conducir su conducta y, más generalmente, intentar predecir las consecuencias que se produzcan. La ciencia de la acción está basada en los modelos de tipo cognitivo implícitos de los prácticos, interpretando tanto sus acciones como sus actuaciones verbales.
- 2- El conocimiento se arraiga en la acción y para la acción.
- 3- Mediante la flexibilidad en la acción realizada por los individuos y las comunidades, comienza a presentarse la construcción de la realidad.
- 4- Mediante la colaboración entre individuos se genera el conocimiento experimental de gran repercusión y relevancia en esta corriente.

Carr y Kemmis (1988) al realizar una revisión acerca de esta investigación-acción indican la existencia de tres magnitudes:

1. Política: la investigación-acción se puede identificar como un movimiento social, como resultado de los significados que surgen tanto de la acción como de la investigación y, evidentemente, sin olvidar la relación entre ellas.
2. Profesional: Es considerada como procedimiento neutral de suma de conocimientos a un grado de desarrollo profesional práctico. Se unen tanto la teoría y la práctica, como la acción y el conocimiento. Es considerada su fuerza creadora de conocimiento científico de los prácticos y se relaciona tanto a comunidades investigadoras como a los propios prácticos.
3. Personal: Se hace hincapié en el autoconocimiento, el enriquecimiento y la realización de los individuos con la comprensión en profundidad de las prácticas (profesionales, sociales y personales).

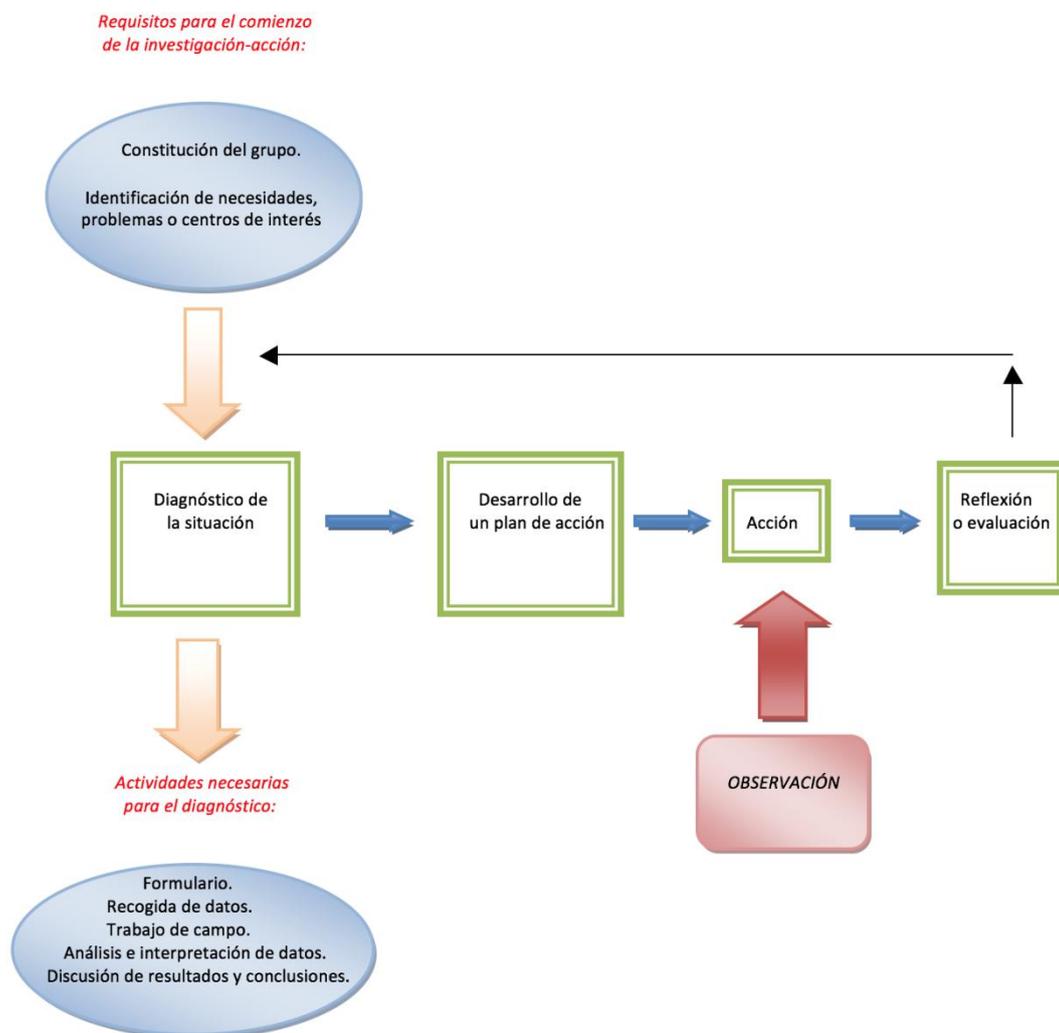
Para Escudero Muñoz (1987), las características de la investigación-acción son:

- La investigación-acción se presenta con el fin de producir cambios y mejoras en las prácticas que existen, pudiéndose estas ser de índole personal, social o educativa.
- La manera de presentarse la investigación-acción es de forma participativa, o sea, en colectivos que pretenden la mejora de sus prácticas de tipo vivencial o social.
- Metodológicamente sigue un proceso en espiral que está formado por cuatro fases: 1ª Planificación, 2ª Acción, 3ª Observación y 4ª Reflexión.
- Conlleva un compromiso de los sujetos para realizar análisis críticos de las diferentes situaciones en las que se encuentran imbuidos, ya sean en centros, clases o sistemas. De ahí que la investigación-acción se transforme en un proceso sistemático de aprendizaje. Incita a una teorización por parte de los sujetos sobre

sus prácticas y obliga a que tanto las teorías como las prácticas se sometan a examen.

Tanto las fases como las secuencias de la metodología que se aplica desde la investigación-acción se desarrollan en el gráfico siguiente.

Gráfico IV. Fases de la investigación-acción.



Fuente: Colás, Buendía y Hernández (1997). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill, p.263.

En el modelo de investigación cualitativa creemos importante hacer referencia a la investigación llamada colaborativa. A esta la podemos definir como una red de colaboraciones multisectoriales que relaciona tanto al investigador responsable del programa, como a los sujetos pertenecientes al grupo o comunidad, involucrados en un estudio, con la intención manifiesta de usar esa investigación como instrumento de uso para la resolución de problemas, creando al mismo tiempo una transformación social de carácter positivo (Bunge, 1992).

Este tipo de investigación viene producida por las necesidades de tipo organizativo y se realiza con implicación de los sujetos participantes tanto del problema como de la solución. Conlleva un trabajo colaborativo entre todos los sujetos, ya sea investigador o práctico, todos los individuos adquieren el papel de coinvestigadores que razonan, deciden, crean ideas, proyectan, guían el proyecto y sacan conclusiones de los datos obtenidos. A la vez, se transforman en co-sujetos/objetos interviniendo en la tarea investigada (Carr, 1990).

Hay que destacar varios objetivos a tener en cuenta en el proceso metodológico de este tipo de investigación:

1º. Que haya un control constante que abarque tanto la comprensión, como a la participación de todos los sujetos involucrados en todas las etapas del desarrollo de la investigación.

2º. Incrementar la capacidad de instauración de esta investigación, así como, el uso de sus resultados para provecho de la comunidad objeto/sujeto de estudio.

La investigación colaborativa presenta cuatro etapas en su procedimiento metodológico, son las siguientes:

1ª. Se identifican, por un conjunto de coinvestigadores, los problemas de investigación surgidos a raíz de un área de interés.

Esto conlleva la necesidad de un saber proposicional, o sea, un conocimiento acerca de algo que se manifiesta en teorías, principios y postulados.

2ª. Los procedimientos e ideas iniciales son utilizados por el grupo, tanto para su vida cotidiana como para su trabajo. Comienza una actividad en conjunto, observando y registrando todo lo resultante de sus trabajos. Esto necesita de un conocimiento de tipo práctico, es decir, de cómo realizar algo, que se expresará en una competencia o habilidad.

3ª. Existe una inmersión completa por parte de los coinvestigadores en relación a su experiencia y a su actividad. Aquí se desarrollan procedimientos de apertura que incumben tanto al entorno como a ellos. Se produce una discordancia con las creencias y las preconcepciones, apareciendo una estructura nueva para considerar sus experiencias. Esta fase conlleva un saber de tipo experimental, que es el saber alcanzado, gracias a la relación directa con lugares, personas y cosas.

4ª. De nuevo se reconsideran las hipótesis del inicio, así como, las proposiciones de la investigación a raíz de los hechos ocurridos, haciéndoles modificaciones, reformulaciones, refutándolas o admitiendo otras más novedosas. Aquí se produce un regreso de tipo crítico, al conocimiento proposicional expuesto en las teorías o en los postulados.

Dos son los motivos principales de la colaboración expuestos por Kemmis y Mac Taggart (1988):

1º Un mayor entendimiento e integración de las consecuencias obtenidas de la investigación, cuando el trabajo es desarrollado en grupo que cuando se elabora de forma individual.

2º Mejor aplicación del uso de la información como consecuencia de los acuerdos obtenidos por los individuos comprometidos en la investigación.

5.4.2. Métodos cualitativos de investigación desde una orientación interpretativa

La investigación cualitativa tiene como característica la existencia de diferentes métodos de investigación que, aunque comparten elementos en común, al compartir una concepción epistemológica de explicación y entendimiento de las manifestaciones sociales, así como, de subjetividad, son distintos entre ellos. Con la pretensión de interpretar, Colás y Buendía (1998) nos presentan diferentes métodos:

a) *Grupo de discusión*: Técnica de investigación social que trabaja con el que habla. Todo aquello que se habla en el grupo, se acepta como punto de inclusión de lo que cambia y se produce en la sociedad. El discurso es la estructura de una producción científica y señala un campo semántico que determina los elementos que son considerados como convenientes y cuáles deben ser excluidos, así como, también, que tipo de relaciones no son aceptadas. El estado discursivo creado por el grupo, los distintos lenguajes personales intentan adaptarse entre ellos al sentido social.

Sus principios son:

- Mediante reglas y una estructura interna, se regula el discurso humano. Situados en un contexto sociohistórico, los hablantes, configuran y generan el discurso influenciado tanto por la realidad personal y cultural como también por la social y la política.
- Este discurso es capaz de integrar diferentes componentes que pertenecen a los contextos sociohistóricos en los que se produce.
- Como dispositivo que permite la reproducción del sentido social al amparo de una situación –grupal- discursiva, tenemos al grupo de discusión.

b) *Fenomenología*: De una manera diferente y cualitativa, posibilita hallar las formas en que los individuos son capaces de experimentar, comprender y conceptualizar el mundo que les envuelve. Aquí, los investigadores intentan descubrir las formas genuinas con la que los individuos piensan o experimentan acerca de diferentes fenómenos. Es importante descubrir en los individuos, cuál es el contenido de su pensamiento, las maneras de comprender diferentes y precisos fenómenos para

poder clasificarlos en distintos niveles conceptuales. Se elaboran clasificaciones acerca de las concepciones de los individuos, sobre el contexto y el mundo, incluso también existe una preocupación por las concepciones erróneas de la realidad (Popkewitz, 1988).

La fenomenología tiene como fundamento el de considerar que los conceptos, principios y fenómenos son interpretados por una cantidad limitada de formas o caminos de manera cualitativamente distintas. Este método de investigación es apropiado tanto para la psicología del aprendizaje como para la psicología del desarrollo, pues da respuesta a diferentes cuestiones acerca del pensamiento y el aprendizaje (Hernández, 1998).

c) *Método etnográfico*: Basado en la observación es una manera de investigar de tipo naturalista. Es, a su vez, abierto, contextual, descriptivo y profundo. Tiene como objetivo el conjugar los puntos de vista internos y externos de los observadores, para, así, explicar el marco social donde se desarrolla la investigación. Este proceso investigador conlleva:

- 1.- Una fase llamada acceso al campo. Consiste en la necesidad de llegar o acceder, desarrollar y mantener un vínculo con los sujetos productores de datos. Para esto es necesario disponer de habilidades y recursos concretos.
- 2.- Para una mayor repercusión en la validez y en la fiabilidad de la investigación, se emplearan un variado número de datos e informaciones.
- 3.- Hay que mantenerse en el campo el tiempo necesario para garantizar una adecuada interpretación de los hechos observados y poder diferenciar entre aquello que es regular y lo que no.
- 4.- Se utilizan conocimientos y teorías que sirvan tanto para orientar como para incluso informar a las observaciones de todo aquello que se ha podido ver y oír, crear categorías de observación, hipótesis específicas y, además, también poder refinar el proceso de estudio y redefinir el tema tratado si fuera necesario.

La investigación comienza con una temática de trabajo o con una idea global, normalmente se inicia tanto sin hipótesis como sin categorías de observación ya premeditadas o específicas, pues esto sería desfavorable a la hora de descubrir lo realmente significativo, con sentido o para discernir lo que es verdaderamente importante de observar. Es fundamental que el investigador este presente para poder reunir a la vez, y de manera holística, la mayor cantidad de información posible, que sería inviable realizar por otros procedimientos de tipo mecánicos. Indicar que la observación es una técnica fundamental en la citada metodología, además de la entrevista, diarios y cuestionarios (Yuni y Urbano, 1999).

Siguiendo a Bunge (1973) y a Pérez Serrano (2004), indicar que la investigación debe respetar varias reglas imprescindibles:

1º Aparcar los estereotipos, suposiciones y preconceptos de lo que sucede e investigar el campo de la forma en que los sujetos participantes lo contemplan y lo construyen.

2º Encontrarse preparado y dispuesto para preguntarse por qué algo, en principio común, se realiza de una forma y no de otra.

3º Admitir que para entender el motivo de que las cosas se produzcan de una forma concreta, hay que estudiar las relaciones que se producen en el contexto estudiado.

4º Estudio de caso: Este método se estudiará más profundamente en el siguiente capítulo, ya que corresponde al que ha sido usado y ampliado en la presente investigación.

Capítulo 6. Método de investigación: Estudio de casos

6.1. Los estudios de casos

Una de las características fundamentales de los estudios de caso es la capacidad de poder estudiar desde los grupos sociales, colectivos, individuos entidades..., a instituciones. Así Anguera (1987), indica que el estudio de casos “es un examen de un fenómeno específico, como un programa, un evento, una persona, un proceso, una institución o un grupo social” (en Pérez, 1994:80).

Otros autores son más restrictivos afirmando que deben tener al menos una condición, que *“posea algún límite físico o social que le confiera entidad”* (García, 1991, en García, 1994:354). En nuestro caso estudiamos un servicio de prevención de riesgos laborales, el Servicio de Prevención de la Sociedad de Fremap, constituido por un amplio grupo de profesionales que trabajan para y por el acceso a la cultura de la prevención de accidentes y para mejorar la salud de todos los trabajadores de las diferentes empresas asociadas a ella. El estudio de casos tiene asociado un examen, como indican Marcelo y Parrilla (citado por Marcelo, Parrilla, Mingorance, Estebaranz, Sánchez y Llinares, (1991). O sea, se analiza un fenómeno con la pretensión de comprenderlo. El objetivo de esa comprensión será de carácter exploratorio, descriptivo o explicativo. Así las técnicas instrumentos y estrategias empleadas para el desarrollo del estudio, van encaminadas según la pretensión con el que se encauce el mismo.

Los objetivos presentados por el estudio de casos son muy amplios, podemos indicar que de forma amplia, pretenden la comprensión global del grupo estudiado: ¿por quién está formado?, ¿qué actividades y estilos de vida desarrollan?, ¿qué interacción presenta?, ¿cómo se relacionan los sujetos dentro del grupo y este con el mundo exterior? Con esta orientación podemos citar a autores como Becker y Wax (citado por Silis, 1979). Igualmente debemos indicar que a la vez también se pretende crear teorías de carácter general encaminadas a desarrollar procesos y estructuras sociales.

Autores como Walker (citado por Dockrell y Hamilton, 1982), refieren que los estudios de caso son un modelo de investigación que permite salvar la supuesta contraindicación que conlleva la exactitud de los datos obtenidos tras un prolongado trabajo en un mismo escenario y el desarrollo de proceso que crea una unión entre el aprendizaje y la investigación llevada a cabo para describir una actividad y presentarla a sus actores y así servir para una futura o nueva toma de decisiones sobre esa realidad. Walker va a considerar así que *“la noción de trabajo condensado de campo nos aparta parcialmente de la investigación de estudio de casos en las ciencias sociales y nos aproxima a otras tradiciones del periodismo, la realización de filmes documentales y la redacción de biografías. Lo que con mayor fuerza conservamos de las ciencias sociales es el propósito de ser objetivos e imparciales y de hallarnos bien informados”* (citado por Dockrell y Hamilton, 1982:57).

Las distintas visiones que son introducidas de diferentes formas en la realidad, conllevan a la creación de modelos analíticos basados en esta realidad y evidentemente en el sentido común. Esta forma de presentar las cuestiones e interrogantes ha sido estudiado por autores como Muñoz y Muñoz (citado por Pérez, 2000), Campbell (citado por Cook y Reichardt, 1986) y Stake (1998). Concretamente Campbell indica que *“al fin y al cabo el hombre es, conforme a su habitual estilo, un conocedor muy competente y el conocimiento cualitativo del sentido común no puede ser reemplazado por el conocimiento cuantitativo. Por el contrario el conocimiento cualitativo ha de basarse y alzarse sobre el cuantitativo, incluyendo la percepción corriente”* (Campbell, 1986:102).

Yin (1984) nos indica que el estudio de casos se puede oponer a otros modelos de investigación, concretamente al análisis de muestras como refiere Hamilton (1980, citado por Jimeno y Pérez, 1985), donde comenzando de la perspectiva metodológica cualitativa donde se toma un procedimiento determinado a la hora de la recogida, organización, y el análisis de los datos para obtener el mayor grado de información que sea posible acerca del caso concreto que estudiamos o queremos estudiar en concreto en la que el estudio de casos supone escoger el camino concreto para recoger, organizar y analizar datos que permitan completar la mayor información

posible sobre el caso específico que pretendemos estudiar, como así indican autores de la talla de Patton (1980).

En la siguiente tabla se aprecian claramente algunas de las diferencias más significativas existentes entre varias estrategias de investigación.

Tabla VI. Diversas situaciones significativas para diferentes estrategias de investigación.

Estrategia	Forma de hacer preguntas en la investigación	¿Se requiere control del comportamiento?	¿Dirigida a etapas actuales?
EXPERIMENTAL	Cómo, Por qué	SÍ	SÍ
MÉTRICA	Quién, Qué, Dónde, Cuánto	NO	SÍ
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	Quién, Qué, Dónde, Cuánto	NO	SÍ / NO
HISTORIA	Cómo, Por qué	NO	NO
ESTUDIO DE CASO	Cómo, Por qué	NO	SÍ

Fuente: Yin, R. K. (1984). *Case study research. Design and methods*. Beverly Hills: Sage Publications, p.12.

Los estudios de caso pretenden de manera fundamental presentar los fenómenos sociales, como puede ser la capacidad de acceso a los diferentes grados formativos en salud de la población trabajadora o para el fomento de la propia salud y la prevención de accidentes en el trabajo así como su extensión a su comunidad. Así vemos que no estamos ante hechos naturales sino ante hechos sociales que tendrán que ser abordados con métodos adecuados con los estudios de los sucesos que queremos investigar como bien indican Popper (1985), Sampedro (1983) o Hamilton (citado por Dockrell y Hamilton, 1982).

Los hechos sociales se crean en sitios, espacios y contextos determinados por lo que el estudio de casos da enorme importancia al entendimiento de estos contextos donde se desarrollan las acciones, frente a la obligación de la generalización, sin la que pierde toda su fundamentación el análisis de muestras. Estamos ante la disparidad existente entre el trabajo de laboratorio y el de campo, como refiere Katz (citado por Festinger y Katz, 1979) o la existente entre la investigación con carácter de laboratorio y otra con una perspectiva natural como señalan Guyot, Pujade, y Zimerman (1974). Nos encontramos ante una estrategia de investigación en la *“más que preguntar, escucha a las personas interesadas, partiendo del presupuesto de que esa opinión es fundamental para llevar a cabo cualquier proceso de cambio”* (Pérez, 2000:28).

Así, es la interpretación personal del que lee, el que le hace obtener las aportaciones personales que le genera para su propia situación el hecho presentado, que describe dentro de un contexto determinado el desarrollo de una realidad social o educativa.

Al igual que Guba (1981, citado por Gimeno y Pérez, 1985) usaremos el término transferibilidad para referirnos a la generalización y esta, se transmitirá al lector o a los colectivos instituciones o entidades, para que extraigan los componentes más acordes para la aplicación en su propio contexto. En esta línea, hay autores que piensan que es el propio lector el que debe meditar acerca de *“¿qué existe en este estudio que yo pueda aplicar a mi propia situación y qué es lo que claramente no se aplica?”* (Walker, citado por Dockrell y Hamilton, 1982:47).

Debemos pensar que es sobre el investigador en el que recae la credibilidad y no sobre los datos, ya que, como indica Hamilton (1980, citado por Gimeno y Pérez, 1985) los principios que se emplean para la estructuración de los datos están sujetos a los intereses del que investiga, de ahí que es primordial que dicho investigador los indique como hacemos nosotros más adelante en este capítulo.

Al escoger como estrategia de investigación el estudio de casos estamos reafirmando por convicción lo que Walker (citado por Dockrell y Hamilton, 1982:47) llama una ética democrática de la investigación. Es fundamental que los resultados sean prácticos para los individuos pertenecientes al contexto estudiado, con el fin de aprender y crear cambios en su entorno, colocándose así en lo que McDonald (1976, citado por Gimeno y Pérez, 1985) llama evaluación democrática.

Esto conlleva *“que los criterios de evaluación a utilizar para juzgar el programa se establezcan desde las necesidades y preocupaciones de las personas a quienes va dirigido el programa, así como de la satisfacción que las mismas manifiestan sobre las acciones desarrolladas en relación con las expectativas generadas”* (De Miguel, citado por Pérez, 2000:301).

Esta idea de evaluación democrática conlleva informar a parte de a la comunidad científica a los individuos que han sido objeto de estudio, y así lo afirma Walker al indicar que *“los estudios de casos en educación, dentro de un modo democrático, suponen el compromiso de proporcionar inmediatamente información adicional a los que participan en la situación sometida a estudio”* (Walker, citado por Dockrell y Hamilton, 1982:53). Con esto, pretendemos informar de nuestras conclusiones a la institución que nos permitió llevar a cabo esta investigación, el Servicio de Prevención de Fremap (SPF), así como a la comunidad universitaria, las conclusiones obtenidas en nuestro estudio, con el fin de ayudar a crear probables mejoras y subsanar los posibles errores a los que diera lugar que se extraigan de esta investigación.

Las características de una investigación de este tipo desarrolla, como señala Pérez Gómez (citado por Gimeno y Pérez, 1985), el análisis de una institución en acción, no sólo porque se producen consecuencias en el desarrollo de la investigación por la explicación de algunos interrogantes, sino porque el investigador y su trabajo tiene un compromiso de responsabilidad en la toma de decisiones y en la mejora de las actividades y acciones que realiza el grupo. Con esto se puede comprobar que el estudio de casos crea una acción en el contexto estudiado. Por ello nos colocamos del

lado de la ética democrática que nos obliga al uso del conocimiento creado a partir de las acciones de la investigación para usarlos en la mejora de estas.

Todo lo desarrollado hasta ahora nos lleva a un planteamiento. ¿Qué entendemos por estudio de casos? Walker indica que *“un estudio de casos es el examen de un ejemplo de acción”* (Walker, citado por Dockrell y Hamilton, 1982:45).

Patton (1980) lo refiere como un camino usado para organizar la información sobre el hecho que queremos estudiar y señala que tiene tres momentos importantes:

1º la recopilación de todos los datos obtenidos, ya que son toda la información conseguida sobre los individuos, la institución, el programa o la actividad sobre la que trata esta estrategia de investigación.

2º desarrollo de un informe, en el se estructura la información recogida de forma accesible y manejable, estando disponible para aquellas personas que tengan algún interés en el estudio.

3º Narración del caso, ya que este tipo de investigación crean una visión descriptiva para que el lector disponga de toda la información que le permita la comprensión del modo de actuar de esos individuos o del programa.

Tabla VII. Fases del estudio de casos.

1. RECOPIACIÓN DE DATOS
2. ELABORACIÓN DEL INFORME
3. NARRACIÓN DEL CASO

Fuente: Elaboración propia.

El estudio de casos puede ser presentado de diferentes maneras, temáticamente, cronológicamente o de ambas maneras. Independientemente de esto

lo que el caso está obligado a mostrar una panorámica holística del hecho. Al igual que nosotros hemos realizado en esta investigación.

Stenhouse (1987) indica que es una recogida y clasificación de los datos obtenidos pudiendo disponerse en estos tres apartados:

a) Observación participante o no participante y entrevistas.

b) Documentos, test, cuestionarios...

c) Fotografías, películas, videos...

Lamson, señala que algunas veces los estudios de casos pueden aparecer como *“un análisis de información completo del estado de un sujeto considerado individualmente”* (Lamson, 1976:154). En el caso que nos atañe vamos a realizar un análisis para comprobar la situación en la que se encuentran los trabajadores gracias a los cursos de formación en materia la salud. Por su parte, Katz (citado por Festinger y Katz, 1979) entiende que este tipo de investigación tiene como característica su doble dimensión, donde el investigador desarrolla una descripción completa y exhaustiva de los procesos estudiados en el contexto de referencia sin generalizarlo a un contexto mayor y por el otro se estudia un grupo, comunidad o programa teniendo como base su estructura relacionada con lo que se estudie. Así se pretende descubrir las interrogantes que se plantean entre las distintas partes de la estructura así como de las interacciones que se crean, pretendiéndose mostrar una imagen pormenorizada y amplia del proceso.

Stake (1998) presenta otro modelo de interpretar el estudio de casos cuando indica que son descripciones, datos obtenidos de una observación personal del investigador y que están expuestos con un estilo narrativo. A pesar de que los planes y las hipótesis son muy significativas, están sometidas a que el estudio sea comprendido al final por el lector del informe. Por ello pretendemos una coordinación entre lo que son la búsqueda y la observación con el análisis sistemático. Para ello podemos actuar

estudiando y analizando los documentos o realizando una observación directa de esa realidad social, y de forma tanto extensiva como intensiva.

En este tipo de estrategia de investigación, hay que dar respuesta a una serie de cuestiones surgidas de la esencia de la ética democrática para poder entender interrogantes que tienen que ver con la propia naturaleza de la investigación, de los intereses y del papel que desarrolla el que investiga. Este modelo de investigación nos va a permitir estudiar, analizar y transformar la realidad donde se desarrollan los individuos o sus grupos. Esta corriente de ética democrática, hace que Walker refiera que *“los estudios de casos son documentos públicos referentes a individuos y acontecimientos con consecuencias para las vidas de los allí descritos, así como para la del lector”* (citado por Dockrell y Hamilton, 1982:53).

El estudio de casos llevado a cabo por nosotros mediante el Servicio de Prevención Fremap (SPF) podemos conceptualizarlo como estudio de casos de corte descriptivo. Las técnicas empleadas para el desarrollo de nuestra investigación han sido el cuestionario, el análisis de documentos y las entrevistas. Podemos incluir un largo proceso de observación en el Servicio de Prevención Fremap.

6.2. Diseño del estudio de casos

Es necesario indicar que cuando sea necesario imbuirse en campo, el investigador debe cuestionarse algunas preguntas de características teóricas que estén relacionadas con el estudio de un escenario específico y con una cuestión teórica que permita situarlos con una problemática primordial de características conceptuales. En nuestro caso específico comenzamos nuestras reflexiones con una preocupación teórica conceptual: conocer cuál es la situación de la población con discapacidad auditiva y/o visual ante el acceso a la cultura audiovisual, y las implicaciones socioeducativas que ello conlleva.

6.2.1. Interrogantes previos

Es fundamental cuestionarse con antelación una serie de interrogantes que estarían relacionados tanto con el papel del investigador como con el diseño del estudio de casos en cuestión.

Estos interrogantes serían:

¿Fin de la investigación?

Como objetivo general de nuestra investigación nos planteamos realizar un análisis descriptivo sobre el estado actual de la salud en los trabajadores de distintas empresas ante el acceso a los programas formativos relacionados con la educación para la salud, con el punto de vista educativo y social.

¿Cómo podemos demostrarlo?

Las acciones realizadas para conseguir tanto el objetivo general como los objetivos específicos planteados en la investigación se resumen en:

- a) El análisis de la documentación relacionada con el problema presentado en el estudio.
- b) el estudio de un caso: La Sociedad de Prevención Fremap (SPF).
- c) La observación en la SPF.
- d) La realización de entrevistas a aquellas personas que tiene un peso significativo como expertas en educación y accesibilidad a la cultura preventiva y de salud dirigida a trabajadores de diversos campos y niveles formativos.
- e) La elaboración e implementación de un cuestionario sobre accesibilidad a la cultura de la salud u la prevención, dirigido a un grupo de trabajadores de diferentes campos del mundo laboral.

¿Cuáles son los objetivos específicos que nos pueden facilitar el desarrollo de nuestra investigación?

- Analizar la Sociedad de Prevención Fremap (SPF) así como el trabajo que viene realizando en el mundo de la salud y la prevención para fomentar la salud en general y evitar accidentes y enfermedades profesionales en los trabajadores pertenecientes a las diferentes empresas asociadas a esta.
- Entrevistar a profesionales pertenecientes a diferentes ramas del mundo laboral implicados en la formación en salud y la prevención.
- Analizar las percepciones, actitudes, opiniones y creencias que poseen los trabajadores de diferentes sectores en relación a su situación actual de salud y el fomento de esta a través de los planes de formación realizados con ese objetivo.
- Diseñar e implementar instrumentos para el análisis y la recogida de información para el desarrollo de nuestra investigación. Así obtendremos el Cuestionario, la Tabla de Observación y las Entrevistas.

¿Papel que tienen las experiencias personales del investigador en su interés por el tema de investigación?

En el año 1994, el investigador inicia su experiencia en el campo de la formación en el campo de la educación para la salud dentro de diferentes empresas, llevando programas formativos encaminados tanto al mundo laboral dirigido a trabajadores y profesionales libres, como al mundo juvenil encaminados a la promoción de la salud en el mundo académico. Presenta diferentes comunicaciones y ponencias en distintos congresos relacionados con la materia y realiza las tres especialidades en el campo de la prevención (Seguridad, Higiene y Ergonomía y Psicología aplicada). En el año 2007 termina la especialización vía MIR en Medicina del Trabajo, desarrollándose diferentes estudios relacionados con los planes formativos en salud y aportando los conocimientos pedagógicos para el desarrollo y las adaptaciones de estos planes a diferentes campos. Tras un periodo de diez años como docente, comienza en ese mismo año de 2007 a trabajar como médico especialista en la Sociedad de Prevención Fremap (SPF), donde aparte de la vigilancia de la salud, ha

desarrollando planes y cursos formativos para trabajadores encaminados a la mejora de la salud en el mundo laboral. Esto ha permitido al investigador conocer distintas realidades en contextos muy diferentes, con lo cual le ha permitido obtener una visión de conjunto de los problemas de salud en el trabajo, así como la necesidad de adaptación de los planes formativos para los diferentes niveles de formación en trabajadores de los distintos sectores laborales.

¿Cuáles son las fuentes en las que se origina el fin de la investigación?

Hay que indicar en primer lugar que el tema investigado es muy significativo ya que aparte de comprender algunos interrogantes educativos, sociales y culturales representativos, debemos indicar que en el mes de noviembre del presente año del 2015 se cumplen 20 años de la creación de la Ley de Prevención de Riesgos laborales, donde se hace referencia la formación para la salud en los trabajadores.

También puede ayudar a que los trabajadores tomen conciencia de que su salud repercute no solo en el mundo laboral sino además en el contexto donde se desarrolla su vida cotidiana y por tanto en el de toda la sociedad.

Debemos señalar que se han dejado en todo momento claro nuestros argumentos éticos y que estos guiaran el análisis de la realidad, dejando indicadas cuales eran nuestras pretensiones y cuales nuestros objetivos específicos en la investigación.

Por último debemos indicar la importancia de este estudio tanto para el grupo implicado como son los trabajadores, para sus familias, las empresas, los profesionales que trabajan en este campo y la comunidad educativa en general, y como no, para toda la sociedad. Con nuestro estudio pretendemos dar a conocer la situación real de la eficacia y utilidad para los trabajadores con este tipo de formación, favorecer la creación de nuevos programas adaptados más específicamente a las diferentes situaciones dirigidas a mejorar su calidad de vida y salud de los trabajadores y presentar nuevos caminos para desarrollar futuras investigaciones sobre la formación en salud y la prevención en distintos sectores de la sociedad.

6.2.2. Fase preactiva

Indicaremos en este apartado, qué supuestos nos servirán de punto de partida. De los tres primeros capítulos, es de donde desarrollamos los supuestos de los que parte el presente estudio.

En el primer capítulo se presenta una aproximación histórica al concepto de salud, exponiéndose definiciones y desarrollo contextual del término educación para la salud, así como las corrientes actuales sobre este concepto, Toda investigación que se desarrolle sobre educación para la salud debe incluir una fundamentación teórica basada en una revisión de la literatura existente sobre la evolución histórica del concepto de educación para la salud. Hay que indicar que el campo de la educación para la salud ha sido sometido a una transformación en las últimas décadas experimentado una evolución en todos los sentidos. Por ello, hemos creído importante analizar el desarrollo del término indicado, pues es la expresión del cambio en la concepción, actitudes, modos de enfocarla y la forma de entender el tema.

En el capítulo segundo hemos querido plasmar los diferentes enfoques relacionados con la salud y la educación, con la pretensión de hacer hincapié, en como mediante este tipo de formación, los propios individuos aumentan su sensibilidad respecto a los peligro existentes para la salud, mejoran el conocimiento sobre las causas de la perdida de esta y, son capaces de fomentar medidas preventivas y de promoción de dicha salud. Así mismo también se hace referencia a las distintas políticas de promoción de salud y a los marcos legales existentes.

Finalmente concluimos el marco teórico con el tercer capítulo, centrado en la promoción y protección de la salud en el mundo laboral, abarcando desde la actividad preventiva y la implicación la medicina del trabajo, hasta la necesidad de concienciación, compromiso y participación activa en esta materia, tanto de las empresas como de los trabajadores implicados.

6.2.3. Fase interactiva

En esta fase, plantearemos las características metodológicas así como todos los instrumentos utilizados en nuestra investigación.

El marco teórico metodológico que da base a nuestro estudio se presenta en el capítulo cuarto. Esta investigación pertenece al campo de las ciencias sociales. En el capítulo se presentan diferentes abordajes de distintos autores acerca del estudio de la realidad social con enfoques, destacando las de los estudios cualitativos realizados desde la perspectiva fenomenológica hermenéutica. Creemos necesario explicar más profundamente nuestro modelo de investigación, por ello se desarrollara un capítulo específico para ello que será el quinto. Debemos indicar que nuestro estudio se basa en el paradigma hermenéutico al ser para nosotros el más idóneo para nuestra investigación. Así Pérez de Guzmán señala que *“el investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos, las personas pueden aportar datos tan fiables como los generados por medios más objetivos”* (citado por López y Pozo, 2002:43).

En el presente capítulo presentamos el método elegido de investigación, el estudio de casos, de cómo se ha realizado el diseño y qué instrumentos se han utilizado para su desarrollo.

6.2.4. Fase postactiva

La presente fase pertenece al estudio de campo llevado a cabo por el que investiga.

Tenemos que ver el capítulo siete para ahondar en el escenario de la investigación donde tendremos elementos suficientes para entender el trabajo desarrollado por el investigador deduciendo, en palabras de Yuni y Urbano que *“éste es un sujeto social activo que interactúa con otros sujetos y es permeable al influjo de esas interacciones”* (Yuni y Urbano, 2005:90).

En el capítulo ocho veremos el análisis de resultados, las conclusiones generales y las posibles nuevas líneas a investigar en el capítulo nueve.

6.3. Población y muestra

Vamos a comprender por población o universo un *“conjunto total de elementos que constituyen un área de interés analítico. Denominamos muestra a un subconjunto del conjunto total que es el universo o población. A su vez, se entiende por elemento a cada una de las partes constitutivas de una población”* (Padua, 1979, citado por Kazez, 2009:79).

Para nuestra investigación hemos tomado una población perteneciente a diferentes empresas de distintos sectores en la provincia de Sevilla que ha realizado uno o varios cursos encaminados a la mejora de la salud o a la prevención de accidentes.

Como indican Marín Ibáñez y Pérez Serrano (1984) y considerando que es una población finita, el margen de confianza es de dos sigmas (equivalente al 95,5%) y el margen de error permitido es del 5%, aplicamos la fórmula para las dos poblaciones por separado:

$$\frac{Z_2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + Z_2 p \cdot q}$$

Dónde:

Z= representa el nivel de confianza que elegimos.

p y q = es el tanto por ciento del carácter que estudiamos.

N = es el número de elementos de la muestra que queremos obtener.

e = error de estimación.

Por situarnos en el tema y a nivel informativo podemos ver las siguientes tablas:

Tabla VIII: Número de trabajadores adscritos a la SPF 2014 (Por ser el último y más representativo)

	España	Andalucía	Sevilla	Sociedad de Prevención Fremap
Nºde trabajadores afiliados a la S.S.	16.101.625	2.659.290	641.200	54.979

Fuente: Elaboración propia.

Tabla IX: Número de trabajadores y reconocimientos médicos realizados en los dos centros de la SPF en Sevilla durante varios años.

AÑO	TRABAJADORES SEVILLA SUR	RECONOCIMIENTOS SEVILLA SUR	TRABAJADORES SEVILLA NORTE	RECONOCIMIENTOS SEVILLA NORTE
2010	48377	17013	26349	14781
2011	43603	16124	27809	15256
2012	38620	16023	27663	12879
2013	35586	16622	27391	12740
2014	28693	14471	26286	13633

Fuente: Elaboración propia.

A día de hoy, la Sociedad de Prevención de Fremap, realiza a lo largo del año unos 66 cursos, con una media de 40 asistentes a cada de ellos. Como nuestro estudio está orientado a los años desde 2010 a 2014, sin distinción entre ellos, la muestra obtenida es:

$$\frac{2_2 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 13200}{5_2 \cdot 13199 + 2_2 \cdot 50 \cdot 50} = 388.26$$

De donde, los 13.200 trabajadores, aparecen de los 66 cursos al año, por una media de 40 alumnos por curso y por 5 años.

Con lo cual, nuestra muestra será de aproximadamente de 400 personas, por parecer una cifra acorde con la previsión realizada.

La forma de la elección de la muestra se realiza del siguiente modo:

- 1) Tras la realización del diseño del instrumento cuestionario, el investigador informa a la Sociedad de Prevención Fremap.
- 2) Se realizó aleatoriamente una selección de los trabajadores que participarían en el estudio.
- 3) A los trabajadores seleccionados como miembros de la muestra objeto de estudio, se les explica los objetivos del estudio resaltando la importancia de una respuesta correcta y fehaciente además de asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos.
- 4) Las personas que componen la muestra realizaron el cuestionario "in situ"
- 5) Todos los datos fueron recogidos y analizados exclusivamente por el investigador.

Para terminar nuestra muestra, objeto del estudio, queda definitivamente constituida por 400 trabajadores de la provincia de Sevilla pertenecientes a alguna empresa asociada a la SPF y a las que se les pasa el cuestionario de opinión sobre educación para la salud en el mundo laboral.

6.4. Instrumentos utilizados en la investigación

Empecemos este apartado intentando entender ¿Qué es la instrumentación? Goyete y Lessard-Herbert la describen como *"el conjunto de medios (el cómo) con que cuenta el investigador (individuo o grupo) para alcanzar sus objetivos"* (Goyete y Lesear, 1998:160).

Sólo se pretende aclarar las técnicas usadas en el desarrollo de nuestro estudio, no queriendo desarrollar los distintos métodos utilizados en la investigación de tipo cualitativa ya que existen manuales para ello como pueden ser los de Patton (1980), Taylor y Bogdan (2009), Woods (1987), Goetz y LeCompte (1988) y Pérez Serrano (1994),

Al progresar en la investigación se descubrían ciertos vacíos de información que eran necesarios rellenar y por ello íbamos siendo conscientes de que necesitábamos seleccionar y aumentar los instrumentos seleccionados. Por ello concluimos con el uso de el análisis de documentos, la tabla de observación el cuestionario y las entrevistas.

6.4.1. Análisis de documentos

Al considerar fundamental conocer la documentación sobre el tema a tratar en el estudio, ha sido necesario el análisis de aquellos documentos relacionados con la educación para la salud en el mundo laboral

Hemos encontrado distintos tipos de documentos clasificados según distintas reglas. Si nos atenemos al tipo de soporte empleado podemos indicar que serían documentos o escritos en papel (libros, revistas, artículos,...) y en soporte magnético (CD, DVD, cintas de grabadoras, videos,...)

Si nos guiamos por el código que emplea tenemos gráficos, iconográficos, textuales, sonoros, informáticos, en multimedia,...

Por su rigor científico los clasificamos en técnicos, científicos, técnicos y divulgativos. Según su temática pueden ser educativos, culturales, jurídicos,...

En relación a su estructuración, los podemos dividir en primarios como pudieran ser tesis doctorales, actas de congresos, investigaciones, artículos,..., secundarios como resúmenes, catálogos,..., y por último documentos terciarios donde entrarían los índices, las bases de datos,...

Según su capacidad de difusión, podrían tener un carácter público, inédito, reservado (de acceso restringido) y personal como serían los diarios, las entrevistas, las memorias, las autobiografías,...

Para realizar la revisión documental se han manejado distintas clases de documentos: libros y capítulos de estos, artículos, actas de congresos, legislaciones, Webs, estudios, e investigaciones, informes, memorias,...habiéndose revisado más de 400 documentos y empleados unos más de 275 para desarrollar esta investigación.

Con relación a los contenidos obtenidos debemos indicar que se han dividido en distintos bloques temáticos para agilizar su ubicación y desarrollo:

1. Historia de la Salud.
2. Evolución de los conceptos salud, prevención, educación.
3. Tipos de formación. Educación de adultos.
4. Niveles formativos.
5. Accesibilidad.
6. Necesidades y Carencias Educativas.
7. Cultura en salud, cultura preventiva: Televisión, prensa.
8. Datos estadísticos que tengan que ver con la educación para la salud y la prevención de accidentes en el trabajo.
9. Documentación de organismos e instituciones que trabajen el desarrollo de la salud en el trabajo y la prevención de accidentes laborales.
10. Investigaciones y proyectos de la Sociedad de Prevención de Fremap.
11. Proyectos e investigaciones y proyectos de carácter nacional o internacional, que se relacionen con el tema estudiado.
12. Legislación y Normativa sobre Salud, Educación para la Salud y Prevención de Riesgos Laborales.
13. Noticias relacionadas con la Educación para la Salud en el mundo laboral.

6.4.2. Observación participante

Mientras que para DeWalt y DeWalt, *“la observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades”* (DeWalt y DeWalt, 2002:7). Para Marshall y Rossman la observación es *“la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”* (Marshall y Rossman, 1989:79).

Con estas ideas, nosotros la hemos usado como valor fundamental para darle más categoría y rigor a nuestra investigación. Así por observaciones realizadas en la Sociedad e Prevención Fremap así como en diferentes empresas afiliadas nos ha permitido alcanzar un mayor entendimiento del contexto y evidentemente del fenómeno a estudiar. Con la pretensión de darle un carácter de más intensidad al estudio hemos empleado más instrumentos como son el análisis de documentación, el cuestionario y las entrevistas.

El uso de esta observación participante para realizar la investigación se debe a diferentes motivos:

- Nos facilita el extraer información acerca de cualquier realidad socioeducativa.
- Relaciona dos elementos fundamentales como son la observación y el registro.
- Conlleva una interacción socioeducativa entre los sujetos y el investigador.
- Aclara y orienta las relaciones con los sujetos.
- Proporciona al investigador información de cómo se interrelacionan los sujetos, como se organizan las cosas y qué parámetros culturales se presentan.
- Dota al investigador de una batería de cuestiones a trabajar por los sujetos.
- Ayuda a la recopilación de las distintas muestras relacionadas con los datos.
- Nos permite presentar cuestiones que son relevantes culturalmente con el contexto.

- Da al investigador un mayor entendimiento de lo que está pasando, dotando de más credibilidad a las dadas de esa observación.
- Dota al investigador de la capacidad de descubrir lo que es realmente importante para los sujetos de esa cultura en relación a interacciones sociales, comportamientos, liderazgo,...
- Permite al investigador a ser conocido y aceptado por los miembros del grupo facilitando así todo el proceso de investigación.

En nuestro trabajo, hemos considerado primordial obtener descripciones en vez de conceptualizaciones de la realidad en los individuos incluidos en la investigación. Esto nos ha facilitado acceder y representar de una forma fidedigna a través de las distintas informaciones obtenidas, el punto de vista de cada individuo o de cada grupo de trabajadores acerca de la situación actual de su salud tras el acceso a los cursos formativos relacionados con la materia. A través de esta observación participante somos capaces de entrar, de imbuirnos en el campo. Así Taylor y Bogdan (2009), piensan que en los primeros días de encontrarse en el campo, los investigadores –observadores, tendrían que presentar una actitud de relativa pasividad con el objetivo de llegar a descubrir tanto a los individuos como al escenario. En nuestro trabajo hemos recopilado información sobre el funcionamiento y los recursos del servicio de prevención donde hemos basado nuestra investigación: La Sociedad de Prevención de Fremap.

El observador de una investigación participante debe ser lo más aséptico debiendo interferir lo mínimo en las acciones y hechos que se produzcan en el escenario donde realiza su investigación. Bartolomé Pina indica la necesidad de *“esquivar una interferencia excesiva que haga peligrar el objetivo de la investigación, sin renunciar a que la participación lo sea verdaderamente, (sólo así es posible captar los significados de ciertas conductas)...”* (Bartolomé, 1992:23).

Hemos pretendido con nuestro trabajo aproximarnos a la proposición presentada por Woods al señalar que *“la idea central de la participación es la penetración de las experiencias de los otros en un grupo o institución. ¿Hay mejor*

manera de hacer tal cosa que la de adoptar un papel real dentro del grupo o institución y contribuir a sus intereses o función, al mismo tiempo que se experimentan personalmente esas cosas en conjunción con los demás?” (Woods, 1987:49).

Es por ello que nuestro compromiso con los distintos grupos ya sean de profesionales o de los trabajadores, es debida a la obligación de profundizar en las propuestas formativas con el fin de aumentar y mejorar la calidad de la salud de estos trabajadores y la de su entorno, intentando exponer su situación actual.

En este sentido, no podemos olvidar que la investigación que nos ocupa tiene un claro compromiso de describir una realidad social. Por ello nosotros hemos cargado las tintas en un método de estudio de casos descriptivo, teniendo en cuenta que el proceso de acción con esta población tan específica es preciso analizarlo desde esta perspectiva.

6.4.2.1. Diseño del instrumento: Tabla de Observación

Una primera interpretación de la tabla de observación, donde se intento incluir toda la información recogida sobre los trabajadores que acuden a este tipo de formación en el SPF, incluyendo la organización de la institución además de su coordinación interna y externa, así nuestra tabla disponía de 20 ítems de observación que estaban repartidos en tres apartados:

- A. Trabajadores que acuden al SPF (10 ítems).
- B. Organización y coordinación interna del SPF (8 ítems).
- C. Colaboración externa del SPF (2 ítems).

Posteriormente se la sometió a la técnica de juicios de expertos, y es por ello que se producen cambios, los cuales serán señalados en este desarrollo.

En la tabla X se representan los diferentes apartados y sus definiciones: expone un esquema de las dimensiones nombradas y sus definiciones:

Tabla X. Dimensiones de la tabla de observación.

APARTADOS	DEFINICIONES
Trabajadores que acuden al SPF	Principales características, motivos por lo que asisten y estado de salud actual, etc....
Organización y coordinación interna del SPF	<p>Cómo está estructurada la SPF, y cuál es la forma de organización y coordinación de sus miembros para llevar a cabo la gestión de los servicios y recursos existentes.</p> <p>También en este apartado se intenta obtener de forma directa, las opiniones de los trabajadores de la SPF sobre los programas de promoción de la salud y prevención de accidentes laborales.</p>
Colaboración externa del SPF	Cómo se organiza esta cooperación del SPF con diferentes entidades y organismos, en qué sentido, cual es su financiación y de qué medios materiales y humanos dispone.

Fuente: Elaboración propia

Así los ítems quedan de la siguiente manera: La distribución final de los ítems la detallamos a continuación. Cada definición en la tabla dispone de un número diferente de ítems de observación que se encargaran de orientar la toma de datos del investigador en su proceso de estudio.

Se concluye la tabla de observación definitiva (anexo 1), que está compuesta de 24 ítems, agrupados en 3 grupos de definiciones:

A. Trabajadores que acuden ala SPF(12 ítems).

- Sexo.
- Edad.
- Tipo de trabajo.
- Nivel de estudios.
- Profesión.
- Motivo por el que acude al Servicio de Prevención de Fremap.
- ¿Declara sentir la necesidad de formarse en salud y prevención para mejorar la suya y la de su entorno laboral?
- ¿En qué actividades encuentra mayores dificultades de accesibilidad, comprensión y puesta en práctica?
- ¿Declara realizar las indicación recibidas en cada programa?
- ¿Declara tener problemas de accesibilidad a la formación en salud y prevención?
- ¿Declara realizar varios cursos de formación?
- ¿Cuál es la formación que más cree que repercute en su salud?

B. Organización y coordinación interna delaSPF(8 ítems).

- ¿Qué tipo de información/formación proporciona el Servicio de Prevención a los trabajadores que acuden?
- ¿Cuáles son los recursos que ofrece a los trabajadores que acuden?
- ¿Cuál es el protocolo de actuación del Servicio de Prevención?
- ¿De qué manera se coordinan los recursos y servicios?
- ¿En qué consiste el seguimiento y la evaluación del programa de salud o prevención?
- ¿Cuál es el perfil de las personas que solicitan cursos de formación?
- ¿Cuáles consideran que son las claves de la problemática de la accesibilidad a la cultura en salud y prevención?
- ¿De qué manera se publicitan en el Servicio de Prevención los cursos de formación?

C. Colaboración externa de la SPF (4 ítems).

- ¿Con qué otros organismos, entidades y administraciones públicas colabora el Servicio de Prevención?
- ¿Cómo se financian los cursos de formación?
- ¿Cómo se forman sus recursos humanos para sus investigaciones, actividades y proyectos?
- ¿Existen dificultades para conseguir la participación activa de las empresas en los diferentes cursos promovidos por el Servicio de Prevención?

Los meses y los días del año 2010 donde se realizaron los periodos de observación en el SPF, están descritos en la siguiente tabla:

Tabla XI. Calendario de observaciones, año 2010.

MES	DÍA
Enero	20
Febrero	10 -24
Marzo	17 - 31
Abril	14
Mayo	12-26
Junio	16
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	22
Octubre	27
Noviembre	10-24
Diciembre	15

Fuente: Elaboración propia.

El calendario correspondiente a los meses y días del año 2011 donde se llevaron a cabo las observaciones en el SPF, es el siguiente.

Tabla XII. Calendario de observaciones, año 2011.

MES	DÍA
Enero	25
Febrero	22
Marzo	29
Abril	12
Mayo	24
Junio	21
Julio	19
Agosto	0
Septiembre	20
Octubre	4-25
Noviembre	8-29
Diciembre	20

Fuente: Elaboración propia.

En el 2012 el calendario fue el siguiente:

Tabla XIII. Calendario de observaciones, año 2012.

MES	DÍA
Enero	18 - 25
Febrero	15 -29
Marzo	7 - 21
Abril	17
Mayo	16
Junio	6
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	26
Octubre	17 -30
Noviembre	14
Diciembre	18

Fuente: Elaboración propia.

Durante el 2013 esta fue la tabla de observación:

Tabla XIV. Calendario de observaciones, año 2013.

MES	DÍA
Enero	23
Febrero	20 - 27
Marzo	20
Abril	24
Mayo	22
Junio	19
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	25
Octubre	16 - 30
Noviembre	20
Diciembre	18

Fuente: Elaboración propia.

Ya por último se presenta la tabla correspondiente a los meses y días de observación del año 2014 en el SPF.

Tabla XV. Calendario de observaciones, año 2014.

MES	DÍA
Enero	22
Febrero	19
Marzo	12- 26
Abril	9
Mayo	14 - 22
Junio	12
Julio	0
Agosto	0
Septiembre	24
Octubre	8-29
Noviembre	12
Diciembre	17

Fuente: Elaboración propia.

6.4.2.2. Proceso de validación del instrumento: Tabla de Observación

Pérez Serrano señala que todo instrumento es válido *“si mide lo que tiene que medir”* (Pérez, 2006:138). Por ello, para garantizar la validez de la tabla de observación, se realizó un análisis de validez por la técnica de juicio de expertos. Paralelamente se combinó con otra estrategia de validación, la técnica de autoevaluación. Estas evaluaciones nos van a dar la oportunidad de cambiar y modificar todo aquello que sea

necesario en nuestra tabla de observación, permitiéndonos crear el instrumento que será definitivo.

En un primer momento la tabla es evaluada por los sus creadores, en el curso de su creación, para seguidamente ser de nuevo analizada en un juicio de expertos. Este juicio de expertos tiene virtudes como *“la teórica calidad de las respuestas que se puedan recoger,... el nivel de profundización que faculta, y... permite obtener información pormenorizada, tanto del instrumento en general como de algunos de sus aspectos”* (Cabero, 2001:454).

Por ajustarse tanto a nuestros objetivos como a la metodología empleada, para el empleo del juicio de expertos nos vamos a decidir por el método Delphi, en donde se recogerán de forma anónima e individual las opiniones y sugerencias de los expertos, reenviándoseles de nuevo las diferentes proposiciones sugeridas en el grupo con la idea de tras su análisis se alcance un compromiso de acuerdo. Así con este método se conserva el anonimato de los expertos, existe una retroalimentación contrastada y se consigue una propuesta o resolución del grupo.

Este método es definido por autores de la talla de León y Montero como una *“Técnica de recogida de datos que se utiliza para poner de acuerdo a un grupo de expertos —dispersos geográficamente— sobre un tema de interés para el investigador.*

Consiste en aplicar un cuestionario repetidamente, dando a conocer a todos los expertos las respuestas de los demás en las aplicaciones anteriores e invitándoles a buscar el máximo consenso entre ellos” (León y Montero, 2004:178). Es obvio que *“la calidad de los resultados que se consigan en un estudio donde apliquemos el juicio de experto va a estar completamente relacionada con los expertos seleccionados”* (Cabero y Barroso, 2013:29). Con estas ideas y teniendo en cuenta a estos autores, hemos tenido que fijar tres pautas de selección para que nuestros expertos encajaran en nuestro trabajo:

1ª- Poseer experiencia tanto formativa como laboral en el campo de la educación para la salud.

2ª Tener experiencia - Disponer de experiencia docente y en salud para llegar a todo tipo de nivel cultural de los trabajadores

3ª Haber tenido un periodo mínimo a los cinco años de experiencia en ámbito de la investigación educativa.

Al mismo tiempo teníamos que tener claro qué cantidad de expertos deberían ser necesarios para realizar la evaluación del instrumento. Para ello, a pesar de haber distintas opiniones entre otros tantos autores, tomamos la determinación de seguir las indicaciones presentadas por Landeta (2002), donde sugiere que un número adecuado debe rondar entre un mínimo de siete y un máximo de treinta expertos.

El siguiente paso fue localizar a los sujetos que se ajustaban en nuestro entender, a los perfiles requeridos. Los individuos seleccionados fueron profesionales dedicados a la formación para la salud, que normalmente trabajaban en el SPF o en el mundo universitario y todos enfocados a este campo. Así fueron seleccionados entre otros, pedagogos, educadores, psicólogos, médicos, enfermeros e investigadores. Nuestro grupo de experto también colaboró evaluando tanto el cuestionario como los guiones de las entrevistas(anexo 4).

Para localizar a los doce expertos que pretendíamos reunir utilizamos varios métodos: en primer lugar solicitamos por teléfono o por correo electrónico una entrevista personal con cada uno, donde se realizó una presentación de nuestra investigación. Con su aprobación se le entregó una copia de la tabla de observación así como una hoja de valoración del instrumento, donde aparecían varios interrogantes de carácter abierto. Alguno indico la necesidad de un tiempo de reflexión para pronunciarse, por lo que se le realizo un recordatorio vía electrónica.

Los interrogantes planteados fueron los siguientes:

- ¿Cree que la Tabla de Observación se adecua a los objetivos de la investigación planteada?

- ¿Cree que se debería modificar algo en relación a su aspecto formal o relacionado con el contenido que no resulte adecuado o sea incomprensible?

-¿Modificaría, eliminaría o añadiría alguno o algunos de los ítem de observación?

- ¿Desea realizar alguna observación o plantear sugerencias?

Con la documentación de las valoraciones en nuestro poder, trabajamos sobre el análisis de de la información obtenida y la clasificamos para su proceso en dos magnitudes o grupos para su desarrollo: uno el de el enfoque de contenido y el otro el de los enfoques formales del instrumento.

Tabla XVI. Grupos y consideraciones utilizadas en el análisis de las hojas de valoración para el instrumento. Tabla de Observación.

GRUPOS	CONSIDERACIONES
Enfoques de contenido	Adaptación a los objetivos presentados en el instrumento, adaptación de los ítems a las variables que deseamos averiguar, otros ítems de observación (a agregar versus a descartar)
Enfoques formales	Tamaños y tipo de letras, ortografía, gramática, espacio entre líneas, localización de los márgenes extensión de los ítems.

Fuente: Elaboración propia.

6.4.2.3. Elaboración definitiva del instrumento: Tabla de Observación

Tras procesar las opiniones de los expertos se realizó un repaso a la tabla de observación presentada y que estaba formada por 20 ítems de observación divididos en tres apartados (anexo 5).

Las modificaciones realizadas fueron las siguientes:

- Enfoques de contenido.
- Se incluyen dos ítems de observación en el apartado “Personas que acuden al Servicio de Prevención de Fremap”:
- 1.- Sexo.
 - 2.- Profesión.
- Se añaden otros dos ítems al apartado “Organización y coordinación interna del Servicio de Prevención Fremap”:
1. ¿Cuál es el protocolo de actuación de la SPF?
 2. ¿Cuál es el perfil de los trabajadores que solicitan cursos de formación en salud?
- Se suman dos nuevos ítems al apartado “Coordinación externa del Servicio de Prevención Fremap”.
1. ¿Cómo se selecciona a las empresas y a sus trabajadores para recibir formación en los diferentes cursos en salud, realizar actividades, desarrollar estudios y proyectos?
 2. ¿Existen dificultades para conseguir la participación de los trabajadores en los diferentes cursos y proyectos desarrollados por la SPF?

Una vez admitidos los cambios señalados por el grupo de expertos, desarrollamos la versión definitiva de la tabla de observación, tabla que se utilizará para recopilar de una forma exhaustiva, la mayor cantidad de información posible en las observaciones (anexo 1).

- Enfoques formales
- Se añade una sección al principio de la tabla para aquella información que sea recopilada referente a la fecha, hora de la observación, lugar y al tiempo empleado en la observación.
 - Resaltar con “negritas” aquellas palabras esenciales de cada ítems observado para así ayudar al observador a localizar los aspectos más significativos.

6.4.3. Cuestionario

Instrumento imprescindible en nuestro estudio a la hora de recopilar datos para lograr las metas u objetivos de investigación iniciales. Gracias a él se descubre la amplia realidad sobre la eficacia de los programas de salud en el mundo laboral.

Herrera describe al cuestionario como *“un listado de preguntas por escrito que se pasa a un número importante de personas y que permite extraer conclusiones que pudieran generalizarse si la muestra es suficientemente grande y representativa de la población”* (Herrera, citado por López y Pozo, 2002:112). Barquín y Fernández (1992) indican que este es la forma más común en investigación para conseguir información, pues posibilita recopilar gran cantidad de datos dificultosos de obtener por otros medios.

Otros autores como Colas y Rebollo lo definen como *“un listado de cuestiones o preguntas intencionalmente organizadas, redactadas por el investigador con el objeto*

de recoger de forma sistemática y ordenada un conjunto de informaciones precisas acerca de las variables objeto de investigación” (Colas y Rebollo, 1993:127).

Debemos indicar que los investigadores que defienden el paradigma positivista y que manejan métodos cuantitativos consideran al cuestionario como instrumento primordial para sus investigaciones. Este modelo está dirigido a recopilar la mayor cantidad de datos cuantificables y lo más objetivos posibles, por tanto es considerado característico del modelo cuantitativo, a pesar de ello es utilizado también por los investigadores de corte cualitativo como instrumento adicional en este tipo de investigación. Nuestro cuestionario ha sido ampliado con el análisis de documentos, las entrevistas y la observación participante. Para el desarrollo de nuestra investigación, el cuestionario nos ha dotado de la capacidad de acceso a gran cantidad de datos de un número elevado de individuos implicados en los cursos de formación para la salud, suministrándonos desde una visión holística gran cantidad de información acerca de la idoneidad y eficacia de estos para el desarrollo de su salud y la de su entorno. El testimonio de la muestra seleccionada ha sido fundamental para la investigación.

Las preguntas son la pieza clave del cuestionario y es por ello que en función del tipo de preguntas realizadas y de su correcta enunciación dependerá la calidad de este.

Estas preguntas las podemos dividir de diferentes maneras y tipos, nosotros hemos considerado interesantes esta distribución:

- a) Dependiendo de la función que presenta en el cuestionario.
- b) Dependiendo de su finalidad.
- c) Dependiendo de la naturaleza del contenido.
- d) Dependiendo de la respuesta que admita del sujeto encuestado.
- e) Dependiendo

Debemos recordar que previamente al desarrollo del cuestionario, debe de realizarse con anterioridad una labor tanto de concreción de definiciones como de las actuaciones y procedimientos que se quieren analizar. Así Cohen y Manían nos indican tener en consideración cuatro elementos fundamentales:

a) *“Las respuestas de los encuestados deben cubrir la información que requerimos.*

b) *El lenguaje y el formato gráfico usado a la hora de redactar debe facilitar la comprensión expresa de la pregunta.*

c) *Es necesario decidir sobre las formas de respuestas más adecuadas a cada cuestión.*

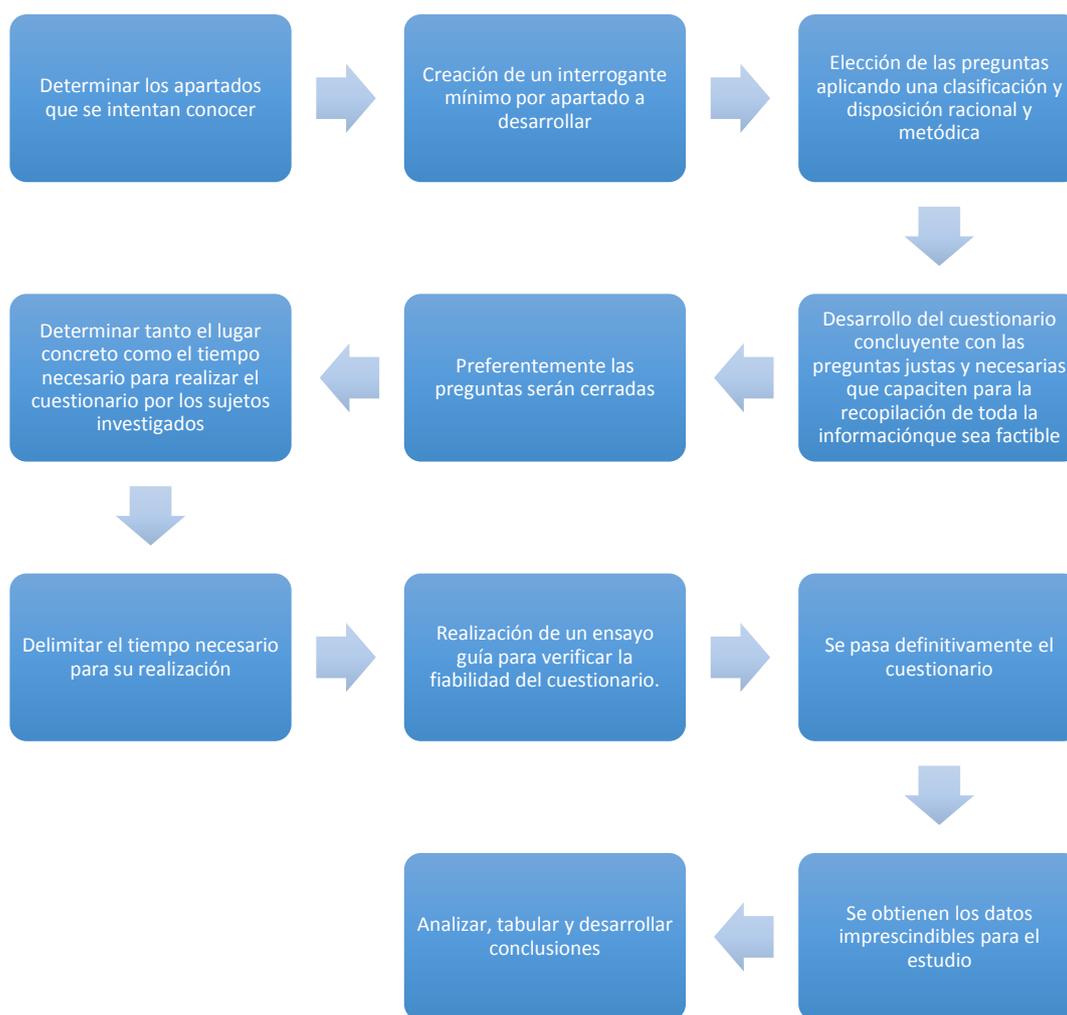
d) *Decidir qué lugar debe ocupar cada pregunta en el cuestionario para lograr un correcto orden lógico y psicológico” (Cohen y Manían, 1980:106).*

Algunas veces, cuando es imposible entrevistar a un número significativo de sujetos, se puede sustituir la entrevista en sí por un cuestionario, valorando a este como un tipo de entrevista formalizada. El cuestionario *“cumple una función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de la población observada. Por ello, las condiciones fundamentales que debe reunir, dependen de la investigación y de la población. Se pueden sintetizar, por una parte en traducir los objetivos de la investigación en preguntas concretas sobre dicha realidad y, por otra parte, en ser capaz de suscitar en los encuestados respuestas sinceras y claras a cada pregunta, que puedan después ser tratadas científicamente, es decir, clasificadas y analizadas”* (Sierra, 1992:305).

A la hora de desarrollar un cuestionario, podemos considerar los mismos pasos realizados que para la elaboración de una entrevista estructurada, aunque con una salvedad importante, el cuestionario es un documento que tiene que ser leído o bien por el que lo realiza, el encuestador, o bien por el que lo responde, el sujeto encuestado y es por ello por lo que se hace necesario y fundamental la no divagación y la verborrea excesiva, teniendo y debiéndose emplear exclusivamente un lenguaje claro y conciso.

Seguidamente se presenta un cuadro de elaboración propia donde aparecen los pasos generales que se deben seguir a la hora de la creación, confección e implementación de un cuestionario.

Gráfico VI. Pasos generales a seguir en la confección e implementación de un cuestionario.



Fuente: Elaboración propia.

Barquín y Fernández (1992) indican que para que un cuestionario aporte la mayor cantidad posible de datos, lo siguiente:

- Las preguntas de tipo cerradas han de recoger todas las posibles respuestas o introducir el apartado “otros”, para poder recoger aquella información no prevista.
- Evitar influenciar al encuestado hacia una determinada respuesta.
- Las preguntas de carácter generales se colocaran al inicio de la encuesta y se irá concretando a lo largo de la misma.
- Es adecuado realizar determinadas preguntas en varias ocasiones, pero con una redacción diferente, para poder así, descubrir la sinceridad de las respuestas.
- Entre las diferentes preguntas, tiene que haber una relación secuencial.
- Con el fin de no comprometer a los individuos a dar datos concretos sobre aspectos personales como pudieran ser: el nivel de ingresos económicos o la edad, es conveniente construir escalas.

Para concluir este apartado, debemos señalar que los cuestionarios habitualmente están compuestos de tres apartados: contexto, datos personales y opiniones. Es importante que el contexto y los datos personales tengan la mínima extensión o desarrollo y tengan referencia con el objeto de estudio.

6.4.3.1. Diseño del instrumento: Cuestionario

Para elaborar nuestro cuestionario de investigación, hemos cumplido todas las normas de carácter científico que normalmente son necesarias en el desarrollo de estos. Empezamos nuestro trabajo con la creación de un cuestionario inicial que pudiera recoger toda la información que fuera posible acerca de las características generales de los sujetos, trabajadores de diferentes empresas y su opinión acerca de la formación en educación para la salud en los entornos de trabajo(anexo 5).

En esta primera creación, el cuestionario constaba de un total de 17 ítems distribuidos expresamente en tres bloques o dimensiones:

A. Información general de los encuestados (3 ítems).

B. Educación (6 ítems)

C. Salud (8 ítems).

Tras aplicar la técnica de juicios de expertos, esta versión de cuestionario es sometido a algunas modificaciones, que se indicaran posteriormente.

En la tabla XVII se presenta un esquema tanto de las dimensiones nombradas, como de sus definiciones:

Tabla XVII. Dimensiones del cuestionario.

DIMENSIONES	DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES
Información general de los encuestados	Aspectos relacionados con las características generales de las personas encuestadas.
Educación	Aspectos relacionados con la posibilidad de realizar cursos relacionados con la educación para la salud.
Salud	Aspectos relacionados con la utilidad en el entorno laboral, social y familiar de la formación en salud.

Fuente: Elaboración propia

La justificación para seleccionar estas dimensiones es la siguiente:

- Dimensión “Información general de los encuestados”. En este primer apartado se recogen aquellos aspectos que están relacionados con las características de tipo general de los de los sujetos a los que se les pasa el cuestionario. Estas preguntas como sexo, edad o su necesidad formativa, nos servirán para poder definir nuestra muestra.

- Dimensión “Educación”. Este segundo apartado o bloque se compone de aspectos vinculados con el ámbito educativo. Pretendemos hallar los problemas de accesibilidad a las distintas formaciones, la sensibilidad de los docentes ante este tipo de formación, la adecuación de los recursos.

- Dimensión “Salud” Con mayor extensión que los anteriores, en este tercer y último bloque, se intenta conseguir la información relacionada con todo lo que rodea a la salud de los trabajadores, su concienciación, la aptitud y actitud de los trabajadores frente a los problemas de salud, si la formación se adapta a sus necesidades y si existe capacidad de aplicación de lo aprendido para mejorar la salud por parte del trabajador.

Cada dimensión dispone de una cuantía diferente de ítems. Estos están distribuidos de la siguiente manera para el modelo definitivo de cuestionario (anexo 2).

La versión definitiva del cuestionario se divide en 18 ítems repartido entre 3 dimensiones:

A. Información general de los encuestados (3 ítems).

B. Educación (6 ítems).

C. Salud (9 ítems).

Redacción de ítems y respuestas:

El cuestionario final está compuesto de distintas categorías de cuestiones que fueron escogidas en función tanto de los objetivos de la investigación como de la población muestra de estudio:

a) Pregunta cerrada dicotómica: sólo se da opción a dos repuestas. Es el caso del ítem 1. “Sexo” (Hombre o Mujer).

b) Pregunta abierta para indicar la edad del sujeto encuestado: ítem 2. “Edad”.

c) Pregunta cerrada con la opción de disponer de tres tipos de respuestas: ítem 3. “Tipo de formación”, pudiendo responder eligiendo una de las tres contestaciones posibles (Salud, Prevención de riesgos y accidentes, Salud y prevención).

d) Preguntas o cuestiones de escala modelo Likert: los individuos contestan señalando el nivel o grado de estar de acuerdo o no o sea en desacuerdo, en relación a las afirmaciones que indican opiniones de trabajadores que acuden a estos tipos de formación pueden tener en relación a esas dimensiones y variables que intentamos saber. Cinco son los rangos graduados donde estas contestaciones se establecen: (CD: completamente en desacuerdo, D: en desacuerdo, ?: indeciso, A: de acuerdo y CA: completamente de acuerdo). Corresponden a los ítems de las dimensiones “Educación” y “Salud” del cuestionario.

Hay que tener en cuenta la importancia del planteamiento de forma adecuada las preguntas de nuestro cuestionario teniendo especial interés en que no puedan influenciar en la orientación de las respuestas, sin inducir a una contestación que nada tenga que ver con información que se estudia.

Con relación al orden de presentación de los ítems, indicar que primero se incluyeron los aspectos relacionados con la información general de los sujetos a los que se les paso el cuestionario, seguidamente los aspectos identificativos relacionados directamente con la posibilidad de acceder a la formación (dimensión “Educación”) y por último en el tercer punto, aquellos ítems relacionados con en tercer lugar los ítems relacionados con la accesibilidad en los contextos de salud y sociales. Debemos señalar que se han redactado los ítems reunidos por temáticas y yendo de lo más general a lo que posee un carácter más particular, en otras palabras, de lo más simple a lo más complejo, y con el fin de ayudar al trabajador encuestado a realización de el citado cuestionario. Se optó por no crear un instrumento demasiado extenso que provocara cansancio en el trabajador encuestado, así se conseguía un rendimiento adecuado y correcto de estos sujetos para conseguir unos resultados que fueran válidos y fiables.

El número de ítems seleccionados, responde al intento de ajustarlo a la información que pretendíamos de conseguir. Se opto por crear un instrumento no demasiado largo a fin de evitar cansancio en el trabajador encuestado.

6.4.3.2. Proceso de validación del instrumento: Cuestionario

A la hora de certificar la validez del instrumento, se recurrió a un estudio de validez a través de la técnica de juicio de expertos, y se afianzo aún más con el proceso de autoevaluación, pues resulta adecuado compaginar más de una estrategia de validación para eludir posibles limitaciones.

El cuestionario fue sometido a su primera evaluación por los propios creadores del instrumento, integrado en el proceso de desarrollo de este. Posteriormente tras esta primer examen, se sometió a un juicio de expertos.

Tras esta segunda evaluación se realizaron los cambios oportunos y poder diseñar a posteriori, el cuestionario definitivo. Debemos señalar que como el resto de

instrumentos utilizados en nuestra investigación, la aplicación del juicio de expertos se produjo mediante el método Delphi.

Con el grupo de expertos ya constituido para poder evaluar nuestros instrumentos, contactamos con ellos mediante los correspondientes correos electrónicos y siempre de forma individual. Se les envía una carta de invitación para participar en nuestra investigación, una copia del cuestionario (anexo 5) y una hoja de valoración del instrumento con una batería de preguntas abiertas:

- ¿Piensa que el cuestionario se ajusta a los objetivos de la investigación?
- ¿Piensa que se debería cambiar algún aspecto formal o de contenido que no resulte conveniente, adecuado o comprensible?
- ¿Añadiría o eliminaría alguna pregunta?

- Observaciones y sugerencias.

Seguidamente al haber recibido las valoraciones de los expertos, se desarrollo un análisis de la información y se separo el contenido de las aportaciones en dos dimensiones para su posterior tratamiento: los aspectos de contenido y los aspectos formales del instrumento.

Tabla XVIII. Dimensiones y categorías utilizadas para analizar las hojas de valoración para el instrumento

Cuestionario.

DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Aspectos de contenido	Conceptos concisos y precisos, concordancia entre ítems y las variables a hallar, conveniencia de las respuestas a las cuestiones planteadas, opciones de poner o quitar ítems, adaptación a los objetivos y aptitud para que sean eliminados.
Aspectos formales	Tipo de letra, su tamaño, los márgenes, el espacio entre renglones, relación gramatical y ortográfica, coherencia extensión tanto de las preguntas como de las respuestas a dar, extensión total de este. Márgenes, tipo y tamaño de letra, espaciado interlineal, extensión de las preguntas y de las respuestas, extensión total del cuestionario, coherencia tanto gramatical como de ortografía.

Fuente: Elaboración propia.

La fiabilidad del cuestionario la hemos estimado mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, que es un indicador que determina la consistencia interna analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran el instrumento. Presenta valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos. Siguiendo a George y Mallery (2003:231):

- Coeficiente Alfa de Cronbach > 0.9 Fiabilidad excelente
- Coeficiente Alfa de Cronbach 0.8 – 0.9 Fiabilidad buena
- Coeficiente Alfa de Cronbach 0.7 – 0.8 Fiabilidad aceptable
- Coeficiente Alfa de Cronbach 0,6 – 0,7 Fiabilidad cuestionable

- Coeficiente Alfa de Cronbach 0,5 – 0,6 Fiabilidad pobre

- Coeficiente Alfa de Cronbach < 0,5 Fiabilidad inaceptable

Una vez evaluado el instrumento por el grupo de expertos, pasamos a calcular el Coeficiente Alfa de Cronbach mediante el programa estadístico informático SPSS.

El análisis de fiabilidad lo hemos realizado por dimensiones del cuestionario, entendiendo que cada dimensión ha sido construida para obtener una información concreta y que los ítems utilizados para cada dimensión poseen el mismo nivel de medida.

Las dimensiones “Educación” y “Salud” están compuestas por ítems con nivel de medida ordinal. El Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones es de 0,785 y 0,849 respectivamente

Como indica George y Mallery (2003:231), este resultado confirma que la fiabilidad del instrumento es aceptable y que mide lo que pretendemos medir.

Para la dimensión “Información general de los encuestados” no consideramos oportuno medir la fiabilidad debido a que posee dos ítems con medida nominal y un sólo ítem “Edad”, con medida en escala, que trata de recoger datos referentes a la edad de las personas encuestadas.

A continuación se muestra el coeficiente Alfa de Cronbach calculado para cada dimensión a partir de las varianzas de los ítems que componen cada dimensión y el Alfa de Cronbach estandarizado, calculado a partir de las correlaciones entre los ítems de cada dimensión. De esta manera se procura la unidad interna del test, es decir, que todos los elementos contribuyan a medir lo mismo.

Dimensión "Educación"

TablaXIX. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,785	,785	6

Estadísticos dimensión "Educación"

TablaXX. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
ITEM4	400	1	5	2,95	1,388	1,927
ITEM5	400	1	4	2,47	1,146	1,313
ITEM6	400	2	4	2,96	,855	,730
ITEM7	400	3	5	4,04	,822	,675
ITEM8	400	2	5	3,50	1,124	1,263
ITEM9	400	1	5	2,94	1,431	2,047
N válido (por lista)	400					

Dimensión "Salud"

TablaXXI. Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,849	,849	8

Estadísticos dimensión "Salud"

TablaXXII. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
ITEM10	400	3	5	3,97	,825
ITEM11	400	3	5	3,96	,813
ITEM12	400	3	5	3,96	,813
ITEM13	400	3	5	3,97	,825
ITEM14	400	3	5	3,96	,813
ITEM15	400	3	5	3,97	,825
ITEM16	400	3	5	3,96	,813
ITEM17	400	3	5	3,97	,825
N válido (por lista)	400				

6.4.3.3. Elaboración definitiva del instrumento: Cuestionario

Una vez analizadas las indiciones del estudio desarrollado por el comité de expertos, A partir del análisis de las valoraciones realizadas por los expertos, se estudió la organización y composición del primer cuestionario, el inicial (anexo 5), que disponía de 14 ítems en total y que estaban divididos en dos apartados o dimensiones. Los cambios se han basado principalmente en factores como explicación de conceptos, la gramática y la amplitud extensión total del cuestionario (añadiendo nuevos ítems y modificando algunos de los propuestos inicialmente).

Con esto, podemos concretar que las modificaciones realizadas a grandes rasgos son:

- Añadir al cuestionario un apartado donde aparezca el título, el autor, cuales son los objetivos y a quién va dirigido.

- Añadir un breve resumen del instrumento así como sus instrucciones de cómo completarlo.

- Hacer con “negrilla” las ideas clave en cada ítems de este cuestionario.

- Cambiar en la presentación el lugar de colocación de algún ítem.

En relación al contenido, se han modificado algunos elementos como son:

- Se añade un ítem en la dimensión “Salud”:

- Se incorpora el siguiente ítem: “Los tiempos empleados tanto para la parte teórica como para la práctica son adecuados”.

- Se modifica algún ítem en el bloque “Salud”:

- El ítem. “Los programas formativos de salud son adecuados a los trabajadores y a sus empresas” se modifica y reformula de la siguiente forma: “Los cursos de educación para la salud del Servicio de Prevención se adaptan a las necesidades de los trabajadores y sus empresas”.

Con los cambios realizados como indicó el grupo de expertos, se procedió a realizar un ensayo con una prueba piloto, tomándose como muestra a 15 trabajadores de diferentes cursos en formación para la salud realizados por la SPF.

Posteriormente a la realización de este ensayo piloto, se realiza el coeficiente Alfa de Cronbach usando el programa SPSS en cada una de las dimensiones del cuestionario, resultando aceptables (como se puede comprobar en el apartado anterior “7.4.3.2. Proceso de validación del instrumento: Cuestionario”). A continuación, se desarrolló la versión definitiva de dicho cuestionario. (anexo 2).

El cuestionario fue habilitado el 2 de septiembre de 2014 y se cerró el 26 de junio de 2015.

6.4.4. Entrevistas

Un instrumento importante en nuestra investigación a la hora de la recogida información, ha sido la entrevista. Ha ayudado a completar algunos elementos referentes a la situación de la salud laboral en la población trabajadora y también a elementos de escenarios a los que nos ha sido difícil acceder con la observación participante o el cuestionario. Sierra Bravo (1992), nos indica que la entrevista, a pesar de su finalidad científica, no deja al fin y al cabo de implicar una relación social, este es el motivo por el cual la entrevista, se incorpora de lleno en la categoría de los métodos interactivos (Goetz y LeCompte, 1988), donde el investigador y el sujeto están en contacto durante el proceso de recogida de datos. Debemos tener en cuenta al igual que señala Ibáñez (1986), que para que haya comunicación el lenguaje debe ser común entre los interlocutores.

La bibliografía científica nos indica que existen distintos modos de entrevista. Según Taylor y Bogdan (2009) se destacan las entrevistas estructuradas, donde se les pide a los sujetos entrevistados que respondan por escrito a las preguntas que realiza el investigador. Señalan igualmente a las entrevistas en profundidad donde el investigador, recopila información más pormenorizada. Ibáñez(1986:101) la describe como *“reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”*.

Algunos autores como Sanchíz Ruiz (2001) entienden que el principal objetivo de las entrevistas cualitativas es hallar los significados de los participantes, mostrar cómo estos conciben su mundo y cómo explican estas concepciones.

Nos encontramos ante una conversación entre iguales que va ahondando en un proceso de aprendizaje, en el que el entrevistador no debe limitarse sólo a formular las

preguntas con el fin de que sean respondidas, si no que, al mismo tiempo que laza las preguntas y recibe respuestas, debe ir aprendiendo de qué forma se deben presentar esos interrogantes. Es a través de las entrevistas como conseguimos una información que era difícil de obtener mediante otros instrumentos usados en nuestra investigación. Así los informantes se han convertido en observadores que explican cuáles son sus impresiones acerca de diferentes apartados de nuestra investigación. Estos sujetos nos aportaron diferentes aspectos referentes a las actividades que realizan para mejorar la salud laboral y por extensión la de toda la comunidad de todos los individuos pertenecientes a ellas. Centrados en la perspectiva salud, educativa y social, desde su experiencia como expertos que trabajan de una forma directa con trabajadores en el campo de la promoción de la salud laboral.

Con el fin de conseguir una información adecuada relacionada con los aspectos ya comentados, se llevó a cabo una selección de los informantes. Para ello nos basamos en criterios de profesionalidad, formación y promoción de la salud. En la siguiente tabla se sintetiza esa selección de informantes:

Tabla XXIII. Selección de informantes para realizar las entrevistas.

ASPECTOS RELEVANTES PARA LA INVESTIGACIÓN
Perspectiva salud, educativa y social Opinión de profesionales que trabajan directamente con trabajadores en la formación y promoción de la salud.

INFORMANTES CLAVE

- Ángel María Martín Galán. Jefe de la Unidad Regional de PRL en Andalucía, Ceuta y Melilla. Agencia Estatal de Administración Tributaria.
- Tomás María Sánchez Elías. Médico del Trabajo de la Agencia Pública Sanitaria Bajo Guadalquivir. Formador en educación para la salud en trabajadores y para la comunidad.
- Ana Romero Fernández. DUE especialista en Enfermería del Trabajo de la SPF. Docente de diferentes cursos relacionados con la educación para la salud.
- Pablo Cascajosa González. Médico del Trabajo de la SPF. Jefe de equipo de Salud laboral. Docente en cursos relacionados con la educación para la salud.
- Carlos Cercas Nogales. director de RRHH de supermercados ALCAMPO Sevilla.
- Mercedes Mellado, Capitas. Ingeniero Técnico Agrícola Técnico Superior en PRL. Coordinadora de Seguridad y Salud en Obras y Construcción. Perito Judicial. SPF.
- Cecilia Bermejo Casas. Técnico en PRL de Scheneider Slettric.
- Manuel Salas Travado. Ingeniero técnico industrial. Técnico Superior en PRL. Docente. SPF.
- Francisco Javier Gil León. Grado en Ingeniería Eléctrica. Técnico Superior en PRL. SPF. Representante legal de los Trabajadores CC.OO.
- Luis Miguel González flores, DUE. Responsable de formación. Coordinador de la formación continuada en el área hospitalaria Virgen Macarena.

Fuente: Elaboración propia.

Para nuestro trabajo las entrevistas han sido instrumentos válidos que nos han facilitado la recogida de información en un periodo de tiempo más corto que el que hubiésemos empleado para otros instrumentos como la observación. La entrevista nos ha servido para completar nuestro enfoque sobre la repercusión en la salud de los trabajadores y en la de su comunidad, mediante la educación para la salud recibida en la SPF. Este instrumento de investigación se ha utilizado desde la lógica y congruencia que nos da, la elección del estudio de casos como estrategia metodológica de investigación.

Sin querer plantearnos cuestiones de índole metodológica, vamos a fundamentar qué nos llevó a la elección de este instrumento como forma de recopilar información sobre la mejora de la salud de los trabajadores que habían acudido a realizar cursos relacionados con la salud en la SPF.

Las entrevistas han tenido un papel manifiesto dentro del desarrollo de la investigación, pues ha habido distintos escenarios y momentos en los que no se tenían otras formas de abordarse. A esto hay que sumarle que, para nosotros era imprescindible la elección de informantes claves para poder así, incluir la mayor cantidad de postulados de análisis relacionados con la promoción de la salud en el mundo laboral, para más tarde, poder generalizar los resultados obtenidos.

Nuestra proposición para elegir a dichos informantes, surgió desde los supuestos generales donde está basada la información, de tener en cuenta qué información queríamos y considerando el papel que tenían las entrevistas en la investigación, Por esto, hacemos referencia a los informantes clave. Queríamos que estos, realizaran aportaciones al conjunto de la investigación, pero teniendo en cuenta cuáles eran las informaciones de interés para el investigador. Taylor y Bogdan entienden que se debe tener esto presente desde la perspectiva de que *“el sello autentificador de las entrevistas cualitativas en profundidad es el aprendizaje sobre lo que es importante en la mente de los informantes; sus significados, perspectivas y definiciones, el modo en que ellos clasifican y experimentan el mundo”* (Taylor y Bogdan, 2009:114).

Nos podemos encontrar con distintas modalidades de entrevista, clasificadas según la su estructura, la finalidad que pretende, la directividad, y el número de participantes. Vamos ahora a presentar una tabla explicativa:

Tabla XXIV. Modalidades de entrevista atendiendo a diferentes criterios de clasificación.

ESTRUCTURACIÓN	DIRECTIVIDAD	FINALIDAD	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Estructurada No estructurada	Dirigida No dirigida	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica • Orientación • Selección • Investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Individual • Un grupo • Varios grupos

Fuente: Elaborado a partir de: Del Rincón, D; Arnal, J; Latorre, A. y Sanz, A. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.

Debemos indicar que el tipo de modelo de entrevista elegido para desarrollar nuestro estudio ha sido: no estructurada, dirigida, de investigación e individual.

Es no estructurada, ya que tanto el esquema como la secuencia de las preguntas no estaban prefijados. Indicar igualmente el carácter abierto de las preguntas, con lo que la persona entrevistada podía desarrollar sus propias respuestas.

Son entrevistas con flexibilidad, donde se admite una gran acomodación tanto a las características de cada entrevistado como a las necesidades de la investigación. Son dirigidas, pues el entrevistador la va guiando hacia aquellos aspectos y temas que le interesa descubrir. Estos temas han sido seleccionados evidentemente por la relación y el atractivo hacia la temática que se está estudiando. El principio para elegir este modelo ha sido el limitado tiempo del que se disponía para poder realizar dichas entrevistas y la intención de no olvidar ni dejar en el tintero, ningún elemento que fuera importante en relación a los objetivos pretendidos. Las entrevistas se realizaron a nivel personal e individual con cada entrevistado y con el único fin de la investigación.

Para poder planificar la realización de estas entrevistas se tuvieron que tener en cuenta las siguientes estimaciones:

1. Tener clara la información necesaria.
2. Las cuestiones se desarrollaron para poder conseguir la información que se precisaba.

3. Se ha fomentado el feedback tanto a nivel verbal como no verbal.
4. Durante la entrevista se ha intentado comenzar con cuestiones más simples y poco complejas, para que una vez que iba progresando la conversación y con un ambiente ya más distendido, ir subiendo el nivel de complejidad de estas.

Haciendo referencia a lo comentado por Patton (1987), se han tenido en cuenta aspectos relacionados con la validez de las entrevistas, son estos:

1. Se debe tener siempre presente cuál es el propósito de nuestra investigación, esto servirá como referencia tanto para todas las fases de la entrevista (la planificación, la recogida de datos y el análisis), como para el proceso de esta.
2. La idea principal es posibilitar a los entrevistados una forma de exponer sus ideas con sus propias palabras.
3. Tenemos que tener siempre presente cuales son las ventajas y las desventajas de cada modelo de entrevista.
4. Saber elegir cuál es el modelo de entrevista o en su defecto el acoplamiento entre varias, con el fin de alcanzar los intereses de nuestro estudio.
5. Ser capaz de discernir entre los distintos tipos de información obtenida.
6. Organizar la sucesión de preguntas de tal forma que abarquen tanto el pasado y el presente como el futuro.
7. Presentar cuestiones verdaderamente de carácter abierto.
8. Las cuestiones serán claras al igual que el lenguaje usado, que también deberá ser adecuado

9. Las preguntas se realizarán de una en una.
10. Usar tanto preguntas de tipo complementario como sugerencias o indicaciones para conseguir un mayor detalle, profundidad y calidad en la información.
11. Transmitir claramente que es lo que queremos conocer, cual es la información que se pretende conseguir, su por qué y favorecer que la persona entrevistada pueda ver cómo va avanzando la entrevista.
12. Prestar atención a las palabras del entrevistado, y mostrar pruebas de que si están siendo atendidas sus palabras.
13. No emitir preguntas que requieran mucha información diversa ni preguntas tendenciosas.
14. Tener presente que no es un interrogatorio sino sólo una entrevista en profundidad.
15. Crear un clima afable y como con una relación de interés entre ambos.
16. Debe existir una postura aséptica en relación a la información recibida en cada respuesta.
17. Tener una aptitud de observación durante la entrevista para poder captar de una manera juiciosa como influyen las preguntas tanto en los sujetos como en sus respuestas.
18. Tener en todo momento controlada la entrevista.
19. Si es posible y se autoriza por parte del entrevistado, grabar la entrevista para poder extraer toda la información, lo más completa posible, atendiendo a todas las

cuestiones que se desarrollan, para así realizar con posterioridad un análisis minucioso de esta información y un desarrollo completo del informe.

20. Se deben realizar a notaciones a mano para destacar y hacer hincapié en las ideas y aspectos más relevantes de dicha entrevista.

21. Revisar la grabación con el fin de hallar posibles deficiencias y tener la posibilidad de subsanarlas.

22. Realizar las comprobaciones oportunas para revelar la información de carácter fiable y válido.

23. presentar máximo respeto hacia el sujeto entrevistado. Considerar un honor y un compromiso poder llegar a tratar y hablar acerca de temas personales de los entrevistados.

Previo a la realización de la entrevista, se demarcó la base teórica de la investigación. Así se puede fijar qué importa y qué debe ser explorado en ella. Se ha creído conveniente y muy importante validar la información obtenida de los sujetos entrevistados. Con esta idea se procedió a un análisis de la entrevista, su coherencia y progresión, intentando hallar las ideas primordiales y aquellos aspectos omitidos o tratados superfluamente que hubiesen necesitado un mayor tratamiento. Una vez concluido esto, se realizaron las transcripciones a papel de dichas entrevistas y se remitió a los respectivos sujetos implicados con el fin de su corrección o ampliación si lo consideraban oportuno. Con referencia a las razones expuestas, debemos indicar que las entrevistas nos han aportado en muchas ocasiones ideales de expectativas relacionados con la capacidad de evolución y mejora del tema tratado, por ello se ha creído conveniente estimarlas como válidas. Así podemos afirmar que los datos recopilados en las entrevistas nos presentan la realidad como la experimentan los entrevistados y no el entrevistador. Para nosotros los sujetos entrevistados ha resultado significativos para nuestra investigación, pero para ello también han sido fructíferas, ya que les ha servido para estructurar con otra visión sus planteamientos y

nos indican que han procurado dentro de sus posibilidades, ser lo más fieles a sus realidades y actuaciones. En su totalidad, la información obtenida de los entrevistados ha sido considerada útil, y adecuada, Especialmente cuando han podido repasar sus entrevistas ya realizadas, así como conocer y evaluar, la posición de sus aportaciones en el conjunto de la investigación, e incluso poder modificar ideas expresiones o expresiones que no consideraban convenientes.

6.4.4.1. Diseño del instrumento: Entrevistas

Debemos comenzar tomando como punto de inicio las dimensiones del instrumento cuestionario (tabla XVII) con el fin de poder elaborar las preguntas de carácter abierto que orientarán el proceso de nuestras entrevistas:

- Dimensión “Información general”. Objetivos de la Sociedad de Prevención, modelo de organización, actividades que realiza y proyectos futuros.

- Dimensión “Educación”. Posibilidad de acceso a los contenidos de carácter preventivo y en salud, adaptación a los diferentes niveles culturales y formativos de los trabajadores.

- Dimensión “Salud”. Información acerca de la asimilación y puesta en práctica de los conceptos y experiencias desarrolladas durante la formación en salud para un mayor aumento de la calidad de esta en los trabajadores, en su entorno de trabajo y en definitiva en el de toda la comunidad, con la aplicación de la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales y su posterior desarrollo.

Patton propone un grupo de preguntas que se deben de realizar en una entrevista de corte cualitativo, estas preguntas se concretan en seis categorías (Patton, 1980:210):

1ª. Experiencias y comportamiento.

2ª. Opiniones y valores.

3ª. Sentimientos y emociones.

4ª. Conocimientos.

5ª. Cuestiones sensoriales: estímulos a los que son sensibles los informantes.

6ª. Cuestiones ambientales: características que identifican a los informantes.

En relación a ellas, tenemos que plantearnos cuáles son las cuestiones a formular, qué orden y qué secuencia de esta formulación llevará, así como cual será su extensión y redacción. Así, se redactará un guión de entrevista inicial (anexo 5) que fue sometido a un proceso de validación por juicio de expertos (al igual que la tabla de observación y el cuestionario).

6.4.4.2. Proceso de validación del instrumento: Entrevistas

Una vez que se ha diseñado el instrumento de recogida de información, es sometido a un proceso de validación con la pretensión de conseguir un conocimiento más amplio y contrastado sobre la conveniencia de los elementos que lo integran.

Paras Ruiz, *“a través de la validez de contenido se trata de determinar hasta donde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de lapropiedad que se desea medir”* (Ruiz, 2002:7). El procedimiento usado para determinar este tipo de validez es el conocido como juicio de expertos.

Gracias a la evaluación de los expertos, se pudieron hacer los cambios necesarios al guión inicial de entrevistas y así poder desarrollar con posterioridad el instrumento definitivo. Como el resto de instrumentos usados en nuestro trabajo, y tras la formación del grupo de expertos, se realizó un contacto personal con cada

miembro, por correo electrónico se les envió una carta de invitación para participar en nuestra investigación, así como, el guión inicial de entrevistas junto con la hoja de valoración del instrumento donde aparecía un grupo de preguntas de carácter abierto.

- ¿Piensa que el guión de entrevistas se ajusta a los objetivos de la investigación?

- ¿Piensa que se debería cambiar algún aspecto formal o de contenido que no resulte conveniente, adecuado o comprensible?

- ¿Añadiría o anularía alguna pregunta?

- Observaciones y sugerencias.

Tras recopilar todas estas hojas de valoración del juicio de expertos, efectuamos un análisis de las aportaciones. Para poder analizar las valoraciones de los expertos, desarrollamos un sistema de categorías donde se distinguen dos dimensiones generales:

Tabla XXV. Dimensiones y categorías usadas en el análisis de las hojas de valoración para el instrumento Entrevistas.

DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Aspectos de contenido	Claridad y concreción de los conceptos utilizados, adecuación de los ítems a las variables que se pretenden averiguar, posibilidad de añadir o eliminar preguntas y adaptación a los objetivos del instrumento
Aspectos formales	Extensión individual de las preguntas, extensión total de las preguntas de la entrevista, coherencia gramatical y ortografía.

--	--

Fuente: Elaboración propia.

6.4.4.3. Elaboración definitiva del instrumento: Entrevistas

Tras la valoración del grupo de expertos, se volvió a considerar tanto la estructura como el guion de la primera entrevista presentada. Las indicaciones se centraron en basaron en aspectos de esclarecer y explicar conceptos, hacer hincapié en una mayor comprensión y congruencia a nivel de gramática y acerca de la extensión por el número de preguntas (se adjuntan nuevas preguntas y se modifican otras ya presentadas).

A grandes rasgos, las modificaciones realizadas se enfocaron así:

- Indicar en “negrita” aquellos conceptos importantes correspondientes a cada pregunta del guion.
- Alterar el orden en que se encuentran algunas preguntas.

En relación a los contenidos modificados señalar que:

- Se han adjuntado otras preguntas:
 - ¿Cuál cree que es la principal problemática en el acceso a este tipo de educación para la salud la educación para los trabajadores el propio trabajador o la empresa?
 - Con la implantación de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, su evolución, desarrollo y modificaciones mediante los diferentes

reales decretos, ¿Ha habido una mayor concienciación de las empresas a la hora de desarrollar y crear actividades encaminadas al fomento de la salud en el trabajo y de la prevención de accidentes?

- ¿Y de los Servicios de prevención?

- ¿Se ha podido comprobado una mejora en la calidad de la salud y por extensión de calidad de vida de los trabajadores, debido a este tipo de formación?

Con los cambios indicados por el grupo de expertos, ya realizados, se desarrolló el guion de entrevistas definitivo (anexo 3).

III TRABAJO DE CAMPO

Capítulo 7. Estudio del caso SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP. Descripción del escenario

El presente capítulo nos servirá para realizar una descripción lo más detallada posible de la Sociedad de Prevención de Fremap (SPF), entidad donde hemos desarrollado nuestro estudio de investigación, sobre la educación para la salud en el mundo laboral. Podemos iniciar esta descripción con una pequeña historia sobre cómo surge la entidad, datos y fechas de interés, cómo es la nueva empresa de la SPF, sus objetivos, cómo se organiza, su localización física, su organigrama, dónde desarrollamos nuestro estudio y algunos datos relacionados con la formación impartida, tanto de forma interna a sus empleados, como de forma externa a los trabajadores de sus empresas asociadas.

7.1. Antecedentes

La Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España fundó en el año 1933 la Mutualidad de Seguros de esta entidad, cambiando con posterioridad, en el transcurso de ese mismo año, su denominación, pasando a llamarse Mutua de Seguros Agrícolas M.A.P.F.R.E.(Mutua Fremap, 2015)

Su primer inicio fue como aseguradora de riesgo de accidentes de trabajo, con el tiempo, se ampliaron a otros tipos diferentes de seguros, por lo que de nuevo transforma su nombre y comienza a denominarse MAPFRE Mutualidad de Seguros.

El 6 de julio del año 1967 el Ministerio de Trabajo, debido a la ley de Bases de la Seguridad Social del año 1966, ratifica y aprueba el reglamento de cooperación de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo en la gestión de la Seguridad Social.

La propia definición de este tipo de entidades hacía referencia explícitamente a la obligación de limitar el tipo de actividad a la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El Ministerio de Trabajo en el año 1968 faculta a MAPFRE a mantener su cooperación siempre que se adapte a las disposiciones en vigor, para la gestión de dichas contingencias en todo el territorio español. Ese año la Junta General Extraordinaria de MAPFRE, Mutualidad de Seguros, aprueba la segregación de MAPFRE, Mutua Patronal de Accidentes de Trabajo, en una entidad independiente y manteniendo su trabajo en el ramo de los seguros privados, con el nombre de MAPFRE Mutualidad de Seguros.

En el año 1990 se produce un cambio en la designación referente a las mutuas que cambian a "Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social". La Junta General, el día 1 de enero del 1992, con el beneplácito de la Administración, para evitar equívocos con la similitud de los nombres entre las Mutuas de Accidente de Trabajo y otras empresas, acepta el nombre de FREMAP, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº. 61.

La aprobación de un nuevo reglamento de Colaboración de Mutuas de Accidentes de Trabajo en diciembre de 1995, añade una nueva facultad para estas: abonar las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de la enfermedad común y accidentes no laborales.

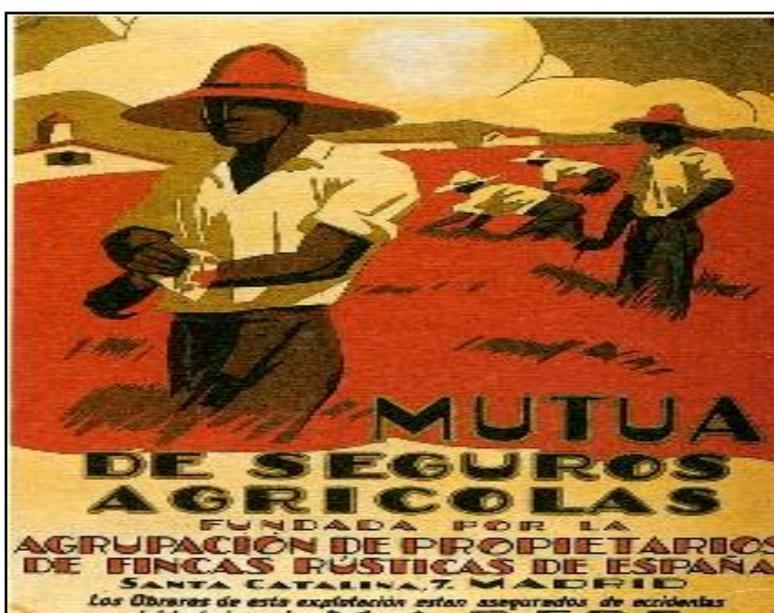
La actividad preventiva de FREMAP se ve incrementada con la posibilidad de actuar como Servicio de Prevención Ajeno, en el año 1997. En el 2006 se funda la "Sociedad de Prevención de FREMAP S.L." asumiendo el servicio antes indicado.

Con objeto de ofrecer más coberturas y adaptarse a una nueva situación, en el año 2014, se lleva a cabo otra modificación de denominación, la de "FREMAP Seguridad y Salud, S.L.U."

Un nuevo cambio surge como consecuencia de la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la cual, se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en concordancia con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, estableciéndose que las Mutuas dispondrán de plazo hasta el 31 de marzo de 2015, para vender el 100% de su participación en las sociedades mercantiles de prevención constituidas por las mutuas. En el 2015 se cumple esta normativa y se realiza la venta del 100% de las participaciones de todo el Patrimonio Histórico de la Mutua en "FREMAP Seguridad y Salud, S.L.U." pasando a denominarse "I.D.C. Salud".

En general, podemos indicar que según el número de empresas asociadas, el número de trabajadores protegidos y el volumen de cuotas que presenta, es la primera mutua en importancia a nivel nacional.

Imagen I. Cartel informativo.



Fuente: FREMAP, cartel anunciador de sus inicios. En Web:

<http://www.fremap.es/Conocenos/quienesfremap/Paginas/TrayectoriaHistorica.aspx>

Imagen II: Logos de la Mutua Fremap



Fuente: FREMAP, Mutua de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 61, en Web.

<http://www.fremap.es/Conocenos/quienesfremap/Paginas/TrayectoriaHistorica.aspx>

7.2. Breve reseña histórica de La Sociedad de Prevención de Fremap

La Sociedad de Prevención de Fremap es una entidad privada, de capital español, participada al 100% por FREMAP, Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 61. Su origen se produce como “segregación” de la actividad que la Mutua venía desarrollando como Servicio de Prevención Ajeno, desde el año 1995.

El origen de la actividad se remonta a 1963, cuando MAPFRE, Mutua Patronal, crea los “Servicios de Seguridad Industrial”, cuyo objeto era la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

Pese a que la “segregación” tenía carácter voluntario para las Mutuas, fue esta la fórmula elegida por FREMAP, ya que permitía mucha mayor flexibilidad con las empresas asociadas, garantizando la independencia de las estrategias y objetivos perseguidos al hacerla más ágil y dinámica.

Haciendo un pequeño resumen por fechas de la historia de la Prevención y la S.P.F. podemos indicar que:

1963: En este año surgen los Servicios de prevención: MAPFRE Mutua Patronal crea los "Servicios de Seguridad Industrial", con el objeto de la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.

1975: Se crean los Servicios de Higiene industrial: Comienza su labor como sección específica en el Área de Higiene Industrial. En este año también comienza a funcionar el Laboratorio de Higiene Analítica.

1985: Se crean los Servicios de Ergonomía y Psicosociología: La actividad en Ergonomía y Psicosociología de la prevención es un Área especializada.

1992: Se produce un cambio de nombre: Según indica la Administración y con el fin de evitar errores de la denominación de las Mutuas de A.T. y otras empresas, se admite la nueva denominación de FREMAP, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 61.

1995 – 1997: Se lleva a cabo el establecimiento del marco legislativo: En 1995 se promulga la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la cual fue desarrollada en el Reglamento de los Servicios de Prevención de 1997.

2000: Se consigue la acreditación a nivel nacional: Se obtiene la Acreditación definitiva del Servicio de Prevención Ajeno de FREMAP en todas las especialidades preventivas para todo el territorio nacional.

2004: En ese año existían 663 Servicios de Prevención Ajenos acreditados, de los cuales 25 pertenecían a Mutuas de Accidentes de Trabajo. Se daba cobertura a unos 710.000 clientes donde se prestaba servicio a 11,3 millones de trabajadores.

2005: Decreto de regulación del funcionamiento de las Mutuas como Servicios de Prevención (criterios de “segregación”).

2006: Se produce la segregación de la Mutua de Accidentes de trabajo: La Sociedad de Prevención de Fremap, comienza como empresa con personalidad y estructura propia e independiente de la Mutua. El 19 de mayo de 2006 es autorizada definitivamente. Iniciándose su actividad como tal en el mes de Julio.

2010: Se produce una apertura de mercado: El 6 de noviembre de 2010 se produce la apertura de mercado para las sociedades de prevención. La SPF, afronta, desde un punto de vista empresarial y comercial, uno de los mayores retos y oportunidades desde la segregación de la Mutua FREMAP.

2012: La Sociedad de Prevención Fremap adquiere Marsan Ingenieros: La S.P.F. llega a un acuerdo con la Entidad de Inspección y Control de capital español, Marsan Ingenieros. El objetivo es extender la experiencia técnica en la seguridad de las personas a la seguridad de las instalaciones.

2012: Se produce la expansión internacional: La Sociedad de prevención comienza a desarrollar servicios de una manera programada y estable a nivel internacional siendo Ecuador, Colombia y Panamá lo primeros países donde se implanta.

2014: De nuevo se produce otro cambio de nombres: La nueva denominación social PREMAP SEGURIDAD Y SALUD, S.L.U.: convirtiéndose en una Empresa Global de Servicios de Seguridad y Salud.

7.3. La nueva empresa

La aparición de una nueva legislación que regula este tipo de instituciones y la necesidad de ir adaptándose a las nuevas realidades que plantean las empresas y los trabajadores, propicia que la entidad vaya transformando sus estructuras, lo cual facilita el ofrecimiento de una nueva perspectiva y servicios más específicos.

7.3.1. Los orígenes de la nueva empresa

Como hemos comentado anteriormente, los Servicios de Prevención ajenos nacieron en 1997, pero, las Sociedades de Prevención, como forma jurídica específica para la actuación en prevención, iniciaron su andadura en 2006, con personalidad y estructura propia e independiente de las Mutuas promotoras. Por lo que se refiere a la Sociedad de Prevención de FREMAP, se segrega con efectos económicos de 1 de enero de 2005

y es autorizada provisionalmente el 30 de diciembre de 2005 y de forma definitiva el 19 de mayo de 2006, comenzando a actuar como Servicio de Prevención Ajeno independiente de FREMAP Mutua, desde el 1 de julio de 2006 en todo el territorio nacional, prestando servicios en las áreas de Seguridad, Higiene Industrial, Ergonomía y Medicina del Trabajo, inicialmente de forma exclusiva para las empresas asociadas a FREMAP.

Ciertamente inició su andadura jurídica en esa fecha, pero, con una herencia histórica que identifica y cualifica a la entidad. En 1963, MAPFRE, hoy FREMAP, creó una empresa independiente con personalidad jurídica, denominada “Servicios de Seguridad Industrial” que figura inscrita con el número 5 en un registro especial del Ministerio de Trabajo; su finalidad era la misma que la de la Sociedad de Prevención de FREMAP: la salud de los trabajadores.

A lo largo de este dilatado período de tiempo se han realizado innumerables actuaciones en prevención técnica y en medicina preventiva, se han organizado infinidad de Congresos, seminarios, cursos, etc., se han publicado libros y editado numeroso material de divulgación. El legado recibido no sólo es de conocimientos técnicos, también de valores y de una “cultura de empresa” que identifica a la Sociedad de Prevención de FREMAP.

7.3.2. Presencia territorial y capital humano

Haciendo referencia a la entidad, podemos indicar lo que a continuación señalamos.

Tiene presencia en todo el Territorio Nacional:

- Con más de 148 Puntos de Servicios repartidos por toda España.
- Dispone de 40 Unidades de Campo de Higiene Industrial.

- Posee más de 5000 equipos de medición.
- Cuenta con 15 Unidades Móviles de Vigilancia de la Salud.
- Dispone de laboratorios centrales (Físico, Químico y Biológico).

Con relación a su capital humano, y como refiere su memoria corporativa del 2014, debemos indicar que:

Cuenta con 2.184 empleados de los cuales:

- Altos directivos: 9.
- Ingenieros y técnicos: 1007.
- Personal administrativo: 258.
- Personal sanitario: 841.
- Personal de venta y distribución: 69.
- Personal con titulación universitaria: 90,66 %.
- Personal con contrato indefinido: 93,68 %.
- Nuevas incorporaciones: 105
- Nacionalidades: 17
- Numero titulaciones diferentes: 28
- Experiencia media puesto: 9,05 años
- Edad media: 41,10 años
- Antigüedad Media: 10,58 años
- Diversidad (% mujeres): 58,06 %
- Porcentaje de titulación universitaria: 90,66%

La S.P.F. mantiene una cultura corporativa basada en las personas, como pilar fundamental para el ejercicio de la actividad y la innovación. Por otra parte, el espíritu emprendedor constituye la base del desarrollo.

7.3.3. Servicios proporcionados a las empresas

Intenta englobar dentro de su cartera de servicios todo lo relacionado con la prevención de accidentes y la salud, siendo capaz de abarcar temas como: Seguridad en el trabajo, Higiene industrial, Ergonomía, Salud, Psicología Aplicada, Medicina del Trabajo, Formación, Laboratorio Industrial, Seguridad Industrial, Medio ambiente, Seguridad Minera, Estudios Especiales.

Como servicio sigue desarrollando el concepto de Salud Global. Hay un conjunto de proyectos puestos en marcha que pretenden cambiar la imagen y el fondo de la salud laboral, pero también la salud general de los trabajadores, en pos de aprovechar los excelentes profesionales sanitarios y las sinergias que la prevención dentro de la salud pueden aportar a la sociedad. La Sociedad de Prevención de FREMAP ha sido uno de los primeros impulsores y principal creador del concepto de Empresa Promotora de la Salud. Este proyecto se enmarca en esta estrategia que pretende aportar una forma distinta de percibir la salud de las empresas, entendida como la salud de los trabajadores y su entorno, con políticas activas de promoción de la salud. Esta demanda histórica de las grandes empresas debe poder implantarse también en las PYMES, para tener un verdadero impacto en la salud de los trabajadores a nivel social. Este ambicioso proyecto marca, en cierta forma, el futuro de lo que será la salud laboral en Europa en los próximos años.

Aparte de lo visto, la S.P.F. en su intento de prevenir accidentes y dar mejor calidad a la salud de los trabajadores bajo su amparo, dispone de otros servicios como son:

- U.M.V.I. (Unidad Médica de Valoración de Incapacidades) que tiene por objetivo solventar satisfactoriamente todos los aspectos de un expediente de incapacidad permanente. Cuenta para ello con profesionales que proceden del

ámbito sanitario, jurídico y de la prevención de riesgos laborales, lo que le permite ofrecer un servicio integral y diferencial.

- Cátedra Fremap de Investigación y Desarrollo en Medicina del Trabajo: Creada con el objetivo de generar conocimiento en esta área médica y trasladar el mismo para que toda la comunidad médica y la sociedad, en general, pueda beneficiarse de él.
- Cátedra Fremap de Prevención de Riesgos Laborales, firmada con la Universidad de Zaragoza, y cuyos objetivos son apoyar la investigación sobre esta materia y la realización del Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales.
- Clínica Universitaria de Sociedad de Prevención de Fremap: Centro formativo y docente para la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en la Cátedra Fremap. Dentro de su actividad, son realizados reconocimientos médicos exclusivos y de alta prestación (Programa Executive).
- Creación del Área de I+D+i: La apuesta por la Investigación, el Desarrollo y la Innovación ha sido desarrollada y configurada como un elemento de competitividad, calidad y diferenciador en el sector de la Prevención de Riesgos Laborales. La nueva metodología y la herramienta informática para la evaluación de riesgos laborales, el H.A.D.A (Herramienta de Análisis por Diseño Asistido, para la evaluación ergonómica de puestos de trabajo), el proyecto FASyS (Fábrica Absolutamente Segura y Saludable), el proyecto GENESYS (desarrollo de una nueva generación de procesos eco-productivos que garanticen desde el diseño de manera integral, y a través de una cooperación activa, hasta llegar al proceso de fabricación sin errores, de forma altamente productiva y con una gestión pro-activa de la seguridad y la salud para obtener una fábrica con siniestralidad 0.0) o el proyecto VAPEL (Validador de Aptitudes Psicofísicas en el Entorno Laboral), no son sino ejemplos de esta apuesta.

Igualmente hace gala de una serie de valores como son: Experiencia, Liderazgo, Atención Personalizada, Cualificación Profesional, Calidad, Trabajo en equipo, Proximidad, Rigor Técnico, Proactividad Orientación a Resultados y, sobre todo, el considerar a la persona como centro de nuestras actividades.

Imagen III: Diferentes logos de la Sociedad de Prevención de Fremap



Fuente: Sociedad de Prevención FREMAP

7.3.4. Internacionalización de los servicios

Desde no hace mucho tiempo la S.P.F. se embarcó en exportar sus productos a nuevos mercados en otros países, así, tras un arduo trabajo, se ha conseguido operar en escenarios diferentes con presencia en varios países, donde se requiere una gestión global con aplicación local. Se ofrecen soluciones integrales de consultoría en seguridad y salud laboral a escala internacional. Algunas de las mismas son las siguientes:

- Gestión de cumplimientos legislativos en cada uno de los países.
- Homologación de sistemas de prevención de riesgos laborales.
- Implantación de sistemas para periodos de tiempo acortados.

- Ahorro de costes al actuar de único proveedor.
- Vela por mantener el prestigio de una marca a nivel global.

La S.P.F. se ha afianzado con sedes permanentes en Ecuador, Colombia y Perú, donde se presta servicio a toda la comunidad andina. En Panamá para prestar servicio a Centroamérica.

7.3.5. Algunas cifras sobre la Sociedad de Prevención de Fremap

La actividad de la Sociedad está basada en el asesoramiento y apoyo a las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones, derivadas de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales y su desarrollo reglamentario y, de forma específica, en lo referente a:

- Diseño, aplicación y coordinación de planes y programas preventivos.
- La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores.
- La determinación de prioridades en la adopción de las medidas preventivas adecuadas y la vigilancia de su eficacia.
- La información y formación de los trabajadores.
- La prestación de los primeros auxilios y planes de emergencia.
- La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.

Para el desarrollo de estas actividades, la Sociedad cuenta con la acreditación necesaria de la Autoridad Laboral, renovada con fecha 19 de Noviembre de 2013.

La entidad puede presentar unas cifras sobre los centros de atención y la supervisión de la salud de los trabajadores que son bastante relevantes. Incluso en los años más duros de la crisis económica, la actividad ha seguido manteniéndose, aunque

haya habido algunas prestaciones menos de las que eran habituales, pero, se han intentado mantener los procesos de atención en una medida bastante digna, e incluso relevante en algunos sectores laborales. En este sentido, las cifras son esclarecedoras y pasamos a comentar algunas de las más recientes a continuación.

Tabla XXVI. Memoria SPF 2010

MEMORIA ANUAL SPF 2010	
Centros de prestación de servicios	272
Empresas clientes	56.776
Accidentes con baja evitados	30.000 +
Trabajadores protegidos	2.100.000
Millones de euros de facturación	130.4
Millones de euros ahorrados a empresas clientes	51.6

Fuente: Elaboración propia

Como podemos apreciar la protección a los trabajadores fue muy elevada y el poder evitar accidentes laborales, también fue una labor muy significativa. A esta labor relativa a la prevención hay que añadirle el factor económico que también es muy valorado por las empresas.

Tabla XXVII. Memoria SPF 2011

MEMORIA ANUAL SPF 2011	
Centros de prestación de servicios	270
Empresas clientes	57.620
Trabajadores protegidos	2.030.000
Millones de euros de facturación	132.6
Reconocimientos médicos realizados	772.749
Horas de formación	106.596

Fuente: Elaboración propia

Durante el año 2011, cuando el país se encontraba en plena crisis económica, la entidad procuró no desatender a los trabajadores y en el ámbito de los centros de prestación de servicios, solo fueron dos los que se vieron afectados y hubo que clausurarlos. Incluso en las contrataciones de empresas, se incrementó el número de las mismas, respecto al ejercicio anterior. El número de trabajadores atendidos no

disminuyó de forma excesiva, teniendo en cuenta también que la desaceleración económica y la disminución en las contrataciones, influyó negativamente en este parámetro. Aún así, se llevaron a cabo reconocimientos de salud a un elevado número de trabajadores y las horas de formación destinadas a los mismos y a los propios profesionales de la entidad, pasaron ampliamente de las cien mil.

Tabla XXVIII. Memoria SPF 2012

MEMORIA ANUAL SPF 2012	
Centros de prestación de servicios	246
Empresas clientes	57.650
Trabajadores protegidos	2.000.000 +
Millones de euros de facturación	126.9
Reconocimientos médicos realizados	760.563
Horas de formación	97.074
Trabajadores formados	211.320
Plantilla total de la entidad	2.190
Determinaciones de análisis químicos	27.619

Fuente: Elaboración propia

El año 2012 fue uno de los más duros de la crisis económica para los trabajadores, las empresas y para el conjunto de la sociedad. Sin embargo, la entidad intentó mantener los centros de prestación de servicios y solo dejaron de prestar sus servicios veinticuatro de los mismos, teniendo en cuenta la situación en la que se encontraba el país y el costo financiero que esta opción por mantenerse, supuso para la entidad. El número de reconocimientos médicos a los trabajadores casi fue el mismo del año anterior, incluso teniendo en cuenta la destrucción de empleo que se produjo en ese año. Se siguió apostando de forma significativa por la formación y el número de horas dedicado a la misma, así lo corrobora.

Tabla XXIX. Memoria SPF 2013

MEMORIA ANUAL SPF 2013	
Centros de prestación de servicios	253
Empresas clientes	59.914
Trabajadores protegidos	2.028.000
Millones de euros de facturación	123.4
Reconocimientos médicos realizados	779.693

Horas de formación	92.181
Trabajadores formados	226.501
Plantilla total de la entidad	2.162
Determinaciones de análisis químicos	29.921

Fuente: Elaboración propia

Durante el año 2013 el número de centros de prestación de servicios se incrementó y aunque no fue un aumento muy importante, si que habría que destacar el interés de la entidad por ampliar la cobertura de centros, aún estando inmersos en la situación económica tan lacerante por la que atravesaba el país. Se realizó un enorme esfuerzo por ampliar el número de empresas a las que se les prestaba servicios y el resultado fue el incremento de las mismas. Se procuró no bajar en exceso las horas de formación y las mismas se mantuvieron solo con un leve descenso, puesto que la entidad le otorga una relevancia especial a los procesos formativos, tanto de los empleados de la institución, como de los trabajadores atendidos.

Tabla XXX. Memoria SPF 2014

MEMORIA ANUAL SPF 2014	
Centros de prestación de servicios	250
Empresas clientes	62.622
Trabajadores protegidos	2.000.000 +
Millones de euros de facturación	126.00
Reconocimientos médicos realizados	812.011
Horas de formación	115.155
Trabajadores formados	271.735
Plantilla total de la entidad	2.184
Determinaciones de análisis químicos	29.293
Equipo de medición	5.600

Fuente: Elaboración propia

En el año 2014, la entidad ha tratado de mantener casi las mismas prestaciones que en años anteriores, incluso ha incrementado un poco su cartera de empresas clientes. En este sentido, el número de reconocimientos médicos a los trabajadores ha aumentado respecto al año anterior. También, en cuanto a la

formación de los trabajadores se ha producido un incremento de casi cincuenta mil personas que han recibido acciones formativas de la entidad. Además, el número de trabajadores protegidos sigue rondando los dos millones, con lo cual, aunque las dificultades económicas se mantienen, se ha procurado encarecidamente seguir atendiendo casi a la misma cifra de trabajadores.

Los datos del año 2015 todavía no están disponibles, pero viendo la evolución de la entidad en estos últimos cinco años, podemos comprobar como el nivel de prestaciones en materia de salud, se ha ido manteniendo incluso teniendo en cuenta la situación tan difícil por la que está atravesando nuestro país y las empresas en general.

7.4. Catálogo de servicios

El amplio catálogo de servicios, prestaciones y beneficios que ofrece la institución a sus empresas clientes son múltiples y variados, además, abarcan diversos ámbitos relacionados con la calidad, los recursos humanos, los recursos materiales, los servicios de prevención a empresas, a los trabajadores, etc. Indicaremos en este apartado los más significativos que son los siguientes.

7.4.1. El ámbito de la calidad

- Calidad máxima del servicio orientada al cliente, con la intención de generar el mayor porcentaje de satisfacción en la empresa, respecto a los servicios prestados.
- Mejora constante de la calidad en la investigación de toda la gama de productos y servicios que se ofrecen desde la institución.
- Desarrollo permanente de la innovación para la mejora constante de la calidad, con un sistema integrado de calidad, con la triple certificación en materia de calidad que otorgan diferentes organismos:

- Certificación en calidad (ISO 9.001)
- Certificación de calidad en medio ambiente (ISO 14.001)
- Certificación de calidad en seguridad y salud en el trabajo (OHSAS 18.001).

7.4.2. El ámbito de los recursos humanos

- Contratación y formación específica de profesionales de la salud:
 - Facultativos médicos.
 - Personal de enfermería.
 - Farmacéuticos.
 - Técnicos de laboratorio.
 - Auxiliares de clínica.
 - Expertos en logística sanitaria...
- Contratación y formación específica de profesionales del derecho:
 - Abogados.
 - Licenciados en Ciencias del Trabajo.
 - Asesores jurídicos.
 - Asesores fiscales.
 - Auditores...
- Contratación y formación específica de profesionales de gestión y control:
 - Ingenieros.
 - Economistas.
 - Directores de organización.
 - Especialistas en ergonomía.
 - Controladores...
- Contratación y formación específica de profesionales de administración de empresas:
 - Directores de administración de empresas.
 - Analistas financieros.

- Administradores.
 - Administrativos.
 - Auxiliares administrativos...
- Contratación y formación específica de profesionales de comercio y marketing:
 - Directores comerciales.
 - Directores de marketing.
 - Especialistas en publicidad.
 - Analistas de marketing.
 - Consultores de marketing.
 - Especialistas en comercio exterior...
- Contratación y formación específica de profesionales de la formación:
 - Pedagogos.
 - Psicólogos.
 - Formadores.
 - Educadores.
 - Sociólogos...
- Contratación y formación específica de profesionales informáticos:
 - Ingenieros en telecomunicaciones.
 - Especialistas en sistemas informáticos.
 - Administradores de redes informáticas.
 - Directores de comunicación...
- Contratación y formación específica de profesionales de la seguridad y prevención:
 - Técnicos superiores en prevención de riesgos.
 - Técnicos superiores en seguridad integral...

7.4.3. El ámbito de los recursos materiales

- Infraestructuras y análisis de materiales:

- Conservación de los inmuebles.
- Mantenimiento de los edificios.
- Instalaciones generales: electricidad, gases, fluidos...

- Equipamiento de centros:
 - Mobiliario general.
 - Mobiliario sanitario.
 - Aparataje sanitario.
 - Instrumental sanitario.
 - Equipos informáticos.
 - materiales de oficina...

- Laboratorio de higiene industrial propio y único de Europa acreditado por la AIHA (American Industrial Hygiene Association).

7.4.4. El ámbito de los productos y servicios

- Amplia gama de productos:
 - Químicos.
 - Farmacéuticos.
 - Productos para mejorar la seguridad y prevención.
 - Productos de higiene industrial...

- Almacenaje de todo tipo de productos sanitarios:
 - Químicos.
 - Farmacológicos.
 - Biológicos...

- Servicios con metodologías de actuación específicas para todo tipo de empresas:
 - Grandes corporaciones empresariales.
 - PYMES
 - Autónomos...

- Múltiples posibilidades y modalidades de contratación de servicios:
 - Contratos de especialidades completas.
 - Contratos de actividades individuales.
 - Contratos temporales: anuales, bienales o trienales.

7.4.5. El ámbito de la prevención

- Prevención Fremap Online Asesorías:
 - Servicio web desde el que se pueden solicitar ofertas y contratos.
 - Consultar el estado de su cartera.
 - Autoliquidar sus incentivos comerciales.
 - Acceder a un portal de servicios jurídicos con una completa compilación de normativa y jurisprudencia...
- Prevención Fremap Online Empresas:
 - Servicio web donde sus empresas clientes pueden consultar su contrato.
 - Citas a reconocimiento médico de sus trabajadores.
 - Personal asignado.
 - Catálogo de cursos.
 - Red de centros.
 - Descarga de informes técnicos.
 - Cartas de aptitud...
- Descargas de documentación personal:
 - Informe del reconocimiento médico por parte del trabajador.
 - Acceso a su historial médico desde Internet.
 - Garantía de máxima seguridad en los accesos a informes a través de Internet...

7.4.6. El ámbito de la comunicación

- Prevención Fremap Directo 902 16 61 61, un canal telefónico destinado a resolver todas las dudas de sus empresas clientes, en horario de 09:00 a 19:00 horas.

- Sistema de citaciones:
 - Un servicio que facilita la citación del reconocimiento médico con una única llamada (902 16 61 61).
 - Un servicio que facilita la citación del reconocimiento médico, a través de la web www.prevencionfremap.es.
 - Un servicio que facilita la citación del reconocimiento médico enviando un correo electrónico a: spf_directo@prevencionfremap.es

- Servicio de newsletter:
 - Servicio periódico de las novedades legislativas y en jurisprudencia.
 - Servicio periódico que informa sobre las noticias más relevantes del sector...

- Campañas informativas y de promoción de la salud:
 - Dirigidas a las empresas clientes.
 - Dirigidas a los trabajadores...

7.4.7. El ámbito de la prestación de servicios a empresas y trabajadores

- Acceso a servicios sanitarios en condiciones especiales:
 - Orientado a los trabajadores.
 - Dirigido a los familiares de los trabajadores.

- Gestión de las bonificaciones de la formación:
 - Impartida por sus empresas, a través de la Fundación Tripartita.

- Infoteca de conocimiento:
 - Permite compartir cualquier desarrollo de sistemáticas de trabajo en todo el territorio nacional.

- Programa informático Preware.
 - Herramienta que permite implantar un sistema de prevención integrado en la actividad empresarial.

- CoordinaWare:
 - Software online que facilita la gestión de la coordinación de actividades empresariales en prevención de riesgos laborales.

- Reconocimientos médicos para la obtención y renovación de todo tipo de permisos:
 - Conductores.
 - Armas.
 - Manejo de embarcaciones de recreo.
 - Manejo de grúa-torre.
 - Manejo de grúa autopropulsada...

- Reconocimientos médicos en el marco de la medicina deportiva.

- Programa Executive:
 - Reconocimiento médico integral y totalmente personalizado.
 - Dirigido a directivos de empresas.
 - Dirigido a deportistas profesionales.

Por último, con un impulso a las nuevas tecnologías, ha aumentado su oferta formativa en salud y prevención, en modalidad online, tanto para sus trabajadores, como para sus empresas clientes. La utilización de estas nuevas herramientas informáticas, proporcionan un enfoque novedoso a las acciones que está emprendiendo la compañía y las que emprenderá en un futuro inmediato.

7.5. Objetivos:

La entidad tiene una serie de objetivos que pretende alcanzar, para poder llegar al grado más alto de atención a sus empresas clientes y ofrecer una cobertura adecuada a los trabajadores de las mismas. Algunos de los más significativos son los siguientes.

- El principal objetivo es ayudar a sus empresas asociadas a crear puestos y lugares de trabajo seguros y saludables, reduciendo así los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, para crear un entorno organizativo que tenga efectos preventivos y educativos que contribuyan a mejorar su salud.
- Constituir un referente en Prevención de accidentes y Salud, a través de la excelencia en el tratamiento personalizado a nuestras empresas y sus trabajadores.
- Salvaguardar criterios de Cultura de Empresa como son equidad, transparencia y servicio integral de calidad.
- Mantener un sistema de calidad permanente a través de:
 - Encuesta de satisfacción.
 - Evaluación de proveedores.
 - Sistema de reclamación de clientes.
- Ser líderes mediante políticas de liderazgo, calidad y rentabilidad:
 - Líder en servicios al cliente.
 - Líder en reducción de siniestrabilidad.
 - Líder en rentabilidad.

Para mantener los estándares que se plantea, dispone de las siguientes acreditaciones y certificaciones:

Acreditaciones:

- Solidez económica del Grupo Standard & Poor's (AA).
- Garantía de Calidad ISO 9001:2000.
- Referentes internacionales:
 - . Único Laboratorio de España con acreditación de la American Industrial Hygiene Association (AIHA) en todas las disciplinas.
- Referencias nacionales:
 - . Acreditación del MINER para análisis de Sílice.
 - . Tres laboratorios homologados por el Ministerio de Trabajo para determinación de fibras de amianto.

Certificados:

- Sello Tarjeta Profesional de la Construcción. Formación homologada por la F.L.C.
- Fundación del Metal.
- Charter de la Diversidad.
- Great Place to Work.
- Certificado de Registro de Formación Homologada por F.L.C.
- Certificado Empresa Familiarmente Responsable 2014.
- Certificado de Clasificación de Contratistas y Registro de contratos.
- Certificado OHSAS 2011.
- Certificado Auditoria reglamentaria 2014.
- Solicitud cambio de nombre para el Certificado de Clasificación.
- Excepcionalidad - Carta Cambio de nombre.
- Certificado IQNET 9001 2008_PREMAP.
- Certificado SG Calidad 9001 2008_PREMAP.
- Certificado IQNET 14001 2004_PREMAP.
- Certificado SG Calidad 9001 2008_PREMAP.
- Certificado IQNET 14001 2004_PREMAP.
- Certificado SGMA 14001 2004_PREMAP.
- Certificado IQNET 18001 2007.
- Certificado de Conformidad - ES 2014 0014 Empresa Saludable.

- Certificado OHSAS 18001 2007 PREMAP.
- Certificado de Excepcionalidad (2014-2016).

7.6. Organización empresarial

La estructura de la Sociedad responde a las siguientes características:

– La sede Central concentra las funciones propias de la gestión y el control en los ámbitos técnicos, sanitarios y administrativos y la creación de nuevos productos, estrategias y procedimientos.

La organización cuenta con la siguiente estructura:

- Dirección Técnica.
- Dirección Comercial.
- Dirección Administrativa.
- Dirección de Operaciones.
- Dirección de Recursos Humanos.
- Dirección de Expansión.
- Laboratorios Centrales de Higiene Industrial.

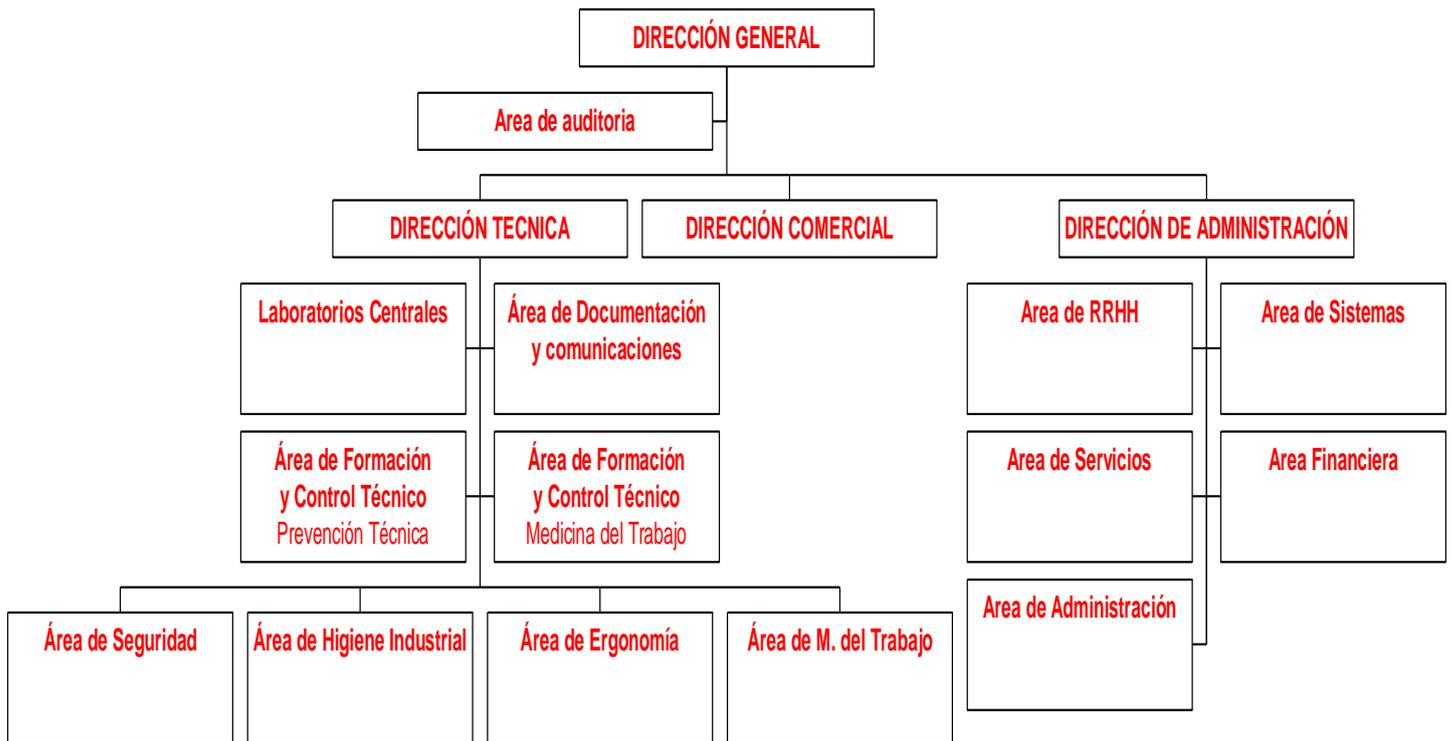
– La Organización Territorial tiene una misión de servicio hacia el cliente y se compone de 13 Subcentrales, alcanzando 250 puntos de prestación de servicio, de los que 128 son propios y 122 concertados y que cubren la totalidad del Territorio Nacional.

. Las cabeceras de cada subcentral cuentan con gerentes, coordinadores administrativos, comerciales y de área y, en ellas, se concentran las labores organizativas y administrativas.

. Las oficinas y los centros de prestación de servicio, cuentan con un director y los medios humanos y materiales necesarios para la atención de la totalidad de las áreas preventivas, con un objetivo común basado en la calidad y la reducción de los accidentes laborales, las enfermedades profesionales y la mejora en la salud de los trabajadores a los que da cobertura, fin principal de esta actividad.

La Sociedad se rige por sus Estatutos y por la Ley de Sociedades de Capital (Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital). Asimismo, está sometida al estricto cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias previstas por el Real Decreto 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las Sociedades de Prevención.

Gráfico VII. Organización general de la Sociedad de Prevención de Fremap.



Fuente: Elaborado por la Sociedad de Prevención de Fremap Disponible en <http://www.prevencionfremap.es/corporativa/informacion-historia.php>

7.6.1. Red de Centros

La entidad cuenta con trece subcentrales para la cobertura de sus acciones sociosanitarias y son las siguientes:

- Andalucía occidental.
- Andalucía Oriental.
- Galicia.
- Extremadura.
- Castilla.
- Centro.
- Canarias.
- Norte.
- Cantabria.

- Cataluña.
- Aragón.
- Levante.
- La Mancha.

7.6.1.1. Organización territorial

La entidad dispone de sedes en todas las comunidades autónomas y en las ciudades de Ceuta y Melilla. Se pretende con esta distribución territorial abarcar todo el Estado, para poder ofrecer prestaciones en materia de salud y seguridad, a todas las empresas y trabajadores que se atienden.

7.6.1.1.1. Andalucía

En Andalucía se ofrece cobertura en las ocho provincias y no solo en las capitales, sino también en ciudades y poblaciones significativas. Son las que a continuación indicamos.

Tabla XXXI. Organización Territorial Andalucía

ALMERÍA	CÁDIZ	CÓRDOBA	GRANADA
- Almería capital. - El Ejido. - Huerca Overa.	- Cádiz capital. - Algeciras. - Jerez de la Frontera.	- Córdoba capital. - Lucena.	- Granada capital.
HUELVA	JAÉN	MÁLAGA	SEVILLA
- Huelva capital. - Lepe.	- Jaén capital. - Úbeda	- Málaga capital. - Antequera. - Marbella. - Ronda.	- Sevilla capital. - Aljarafe. - Écija. - Sevilla Norte.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.2. Aragón

En Aragón se ofrece cobertura en las tres provincias que configuran la comunidad autónoma. Como la despoblación es muy evidente en esta región, también se procura ofrecer atención en localidades distintas a las capitales de provincia. Son las que señalamos seguidamente.

Tabla XXXII. Organización Territorial Aragón

HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA
- Huesca capital. - Monzón.	- Teruel capital. - Andorra.	- Zaragoza capital. - Zaragoza Rosales del Canal.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.3. Asturias

En Asturias al ser una comunidad autónoma uniprovincial, el territorio es más reducido, pero al ser una región que está configurada por ciudades con una fuerte personalidad y muy distintas unas de otras, la cobertura se lleva a cabo en tres municipios diferentes.

Tabla XXXIII. Organización Territorial Asturias

ASTURIAS		
- Oviedo.	- Gijón.	- Avilés.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.4. Baleares

La comunidad insular de las Islas Baleares al estar compuesta por tres islas más grandes y otro grupo más reducido de islas pequeñas, solo tiene una sede que se encuentra en la capital de la Comunidad Autónoma.

Tabla XXXIV. Organización Territorial Baleares

BALEARES
- Palma de Mallorca.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.5. Canarias

En las islas Canarias se implantaron dos sedes, cada una de ellas en las dos provincias existentes en el archipiélago. Además, en la provincia de Las Palmas encontramos centros en las dos islas más grandes, aparte del que se encuentra en la capital provincial.

Tabla XXXV. Organización Territorial Canarias

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA	TENERIFE
- Las Palmas capital. - Fuerteventura. - Lanzarote. - Telde. - Vecindario (Santa Lucía de Tirajana).	- Tenerife. - Tenerife Norte. - Tenerife Sur.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.6. Cantabria

La Comunidad Autónoma de Cantabria dispone de dos sedes para ofrecer cobertura a todo el territorio, dada la dispersión de las poblaciones que lo conforman. Son las siguientes.

Tabla XXXVI. Organización Territorial Cantabria

CANTABRIA
<ul style="list-style-type: none"> - Santander. - Torrelavega.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.7. Castilla La Mancha

La comunidad de Castilla – La Mancha es muy extensa y con una gran cantidad de municipios, por esa razón, los centros de la entidad se encuentran ubicados, no solo en las capitales de provincia, sino que, también, encontramos algunos en poblaciones significativas por su demografía o situación geográfica, dentro de la región. Son los que a continuación se indican.

Tabla XXXVII. Organización Territorial Castilla La Mancha

ALBACETE	CIUDAD REAL	CUENCA	GUADALAJARA	TOLEDO
<ul style="list-style-type: none"> - Albacete capital. - Villarobledo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ciudad Real capital. - Alcázar de San Juan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuenca capital. - Tarancón. 	<ul style="list-style-type: none"> - Guadalajara Capital. - Azuqueca de Henares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toledo capital. - Talavera.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.8. Castilla y León

La comunidad de Castilla y León es la más extensa de España y, aunque existen municipios grandes en cada una de las provincias, no son tan relevantes como en otras regiones españolas, salvo algunas excepciones, por ese motivo los centros de la entidad se encuentran en las capitales de provincia, salvo en León que dispone de dos centros.

Tabla XXXVIII. Organización Territorial Castilla y León

ÁVILA		BURGOS		PALENCIA		SORIA			
- Ávila capital		- Burgos capital.		- Palencia capital.		- Soria capital.			
SALAMANCA		SEGOVIA		VALLADOLID		ZAMORA		LEÓN	
- Salamanca Capital.		- Segovia capital		- Valladolid Capital.		- Zamora capital.		- León capital. - Ponferrada.	

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.9. Cataluña

La Comunidad Autónoma de Cataluña tiene una gran población y, además, hay muchas empresas ubicadas en su territorio, por estas razones en algunas provincias, sobre todo en Barcelona, encontramos varios centros de la institución que tratan de dar cobertura a las empresas y trabajadores que son clientes de la entidad.

Tabla XXXIX. Organización Territorial Cataluña

BARCELONA	GERONA	LÉRIDA	TARRAGONA
<ul style="list-style-type: none"> - Barcelona Llacuna. - Barcelona Tarradellas. - Granollers. - Hospitalet. - Martorell. - Sabadell. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerona capital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lérida capital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarragona capital. - Tortosa.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.10. Ceuta

La ciudad autónoma de Ceuta debía de tener su propia cobertura, porque los desplazamientos a otras zonas del país son más dificultosos y la ciudad tiene entidad como para tener un centro propio en el que dar cobertura a las empresas y los trabajadores que en ella se ubican, máxime teniendo en cuenta que la población de la ciudad es de 84.726 habitantes según el INE (2015).

Tabla XL. Organización Territorial Ceuta

CEUTA
<ul style="list-style-type: none"> - Ceuta ciudad.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.11. Comunidad valenciana

La Comunidad Valenciana está muy poblada y las tres provincias que configuran la misma tienen un gran número de empresas y trabajadores, por tanto, la cobertura que presta la entidad, no solo se circunscribe a las capitales de provincia, sino también a los centros industriales de cada una de ellas.

Tabla XLI. Organización Territorial Comunidad Valenciana

ALICANTE	CASTELLÓN	VALENCIA
<ul style="list-style-type: none"> - Alicante capital. - Elda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Castellón capital. - Vinaroz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valencia capital. - Alcácer. - Alzira. - Puebla de Farnals. - Paterna.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.12. Extremadura

La comunidad de Extremadura está compuesta por dos provincias, pero una de ellas, Badajoz, es la que tiene mayor territorio de toda España, por tanto, tiene centros ubicados en diversos municipios de su geografía. También, Cáceres, tiene un espacio territorial bastante significativo y al norte de la provincia, la ciudad de Plasencia, tiene una gran entidad como municipio.

Tabla XLII. Organización Territorial Extremadura

BADAJOZ	CÁCERES
<ul style="list-style-type: none"> - Badajoz ciudad. - Don Benito. - Mérida. - Zafra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cáceres capital. - Plasencia.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.13. Galicia

La distribución geográfica de la población gallega es muy especial, contando con una gran población rural, al encontrarse la misma diseminada por todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Además, encontramos dos grandes ciudades que no son las capitales de las provincias y en las que también tienen sede los centros de atención de la entidad.

Tabla XLIII. Organización Territorial Galicia

LA CORUÑA	LUGO	ORENSE	PONTEVEDRA
- La Coruña capital. - El Ferrol. - Santiago de Compostela.	- Lugo capital. - Burela.	- Orense capital.	- Pontevedra capital. - Porriño. - Vigo. - Villagarcía de Arosa.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.14. La Rioja

La Comunidad Autónoma de La Rioja tiene varias ciudades significativas en la misma, además de la capital, por esta razón la entidad dispone de centros en dos núcleos diferentes.

Tabla XLIV. Organización Territorial La Rioja

LA RIOJA	
- Logroño.	- Arnedo.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.15. Madrid

La comunidad autónoma de Madrid se encuentra densamente poblada y, además, en la misma encontramos multitud de empresas y un gran número de trabajadores, encontrándose, también, la sede central de esta institución en este territorio. Por lo cual, encontramos diferentes centros ubicados en la capital y en municipios importantes de la región.

Tabla XLV. Organización Territorial Madrid

MADRID	CENTRAL
<ul style="list-style-type: none">- Madrid Atocha.- Madrid Castellana.- Madrid Recoletos.- Miguel Yuste.- Alcalá de Henares.- Alcobendas.- Alcorcón.- Fuenlabrada.- Getafe.- Las Rozas.- Móstoles.- Rivas Vaciamadrid.- Torrejón de Ardoz.- Tres Cantos.	<ul style="list-style-type: none">- Clínica universitaria.- Laboratorio.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.16. Melilla

La ciudad autónoma de Melilla debía de tener también su propia cobertura de atención, porque, aparte de que los desplazamientos a otras zonas del país son más complicados, debido a la distancia a la que se encuentra con respecto a la península, la ciudad tiene entidad y población como para tener un centro propio en el que atender a las empresas y los trabajadores que en ella se ubican. Además, hay que tener en cuenta que la población de la ciudad es de 84.621 habitantes según el INE (2015), con lo cual, el número de empresas y trabajadores que se sitúan en la misma, es muy importante.

Tabla XLVI. Organización Territorial Melilla

MELILLA	
- Melilla ciudad.	

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.17. Murcia

La región autónoma de Murcia, aunque tiene carácter uniprovincial, constituye un territorio bastante amplio y con varias ciudades importantes que reúnen una gran diversidad de empresas de diversos sectores de la producción y multitud de trabajadores. Por esta razón, la entidad dispone de dos centros, uno en cada una de las dos ciudades más importantes de la comunidad.

Tabla XLVII. Organización Territorial Murcia

MURCIA	
- Murcia capital.	- Cartagena.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.18. Navarra

La Comunidad Foral de Navarra dispone de dos sedes, cada una de ellas ubicada en los centros neurálgicos de la región, uno en el centro, Pamplona, y, otro, en el sur de la comunidad, en Tudela, el cual abarca toda la comarca de la Ribera y zonas aledañas.

Tabla XLVIII. Organización Territorial Navarra

NAVARRA	
- Pamplona.	- Tudela.

Fuente: Elaboración propia

7.6.1.1.19. País Vasco

La Comunidad Autónoma Vasca tiene peculiaridades significativas, por lo que dispone de diferentes centros en las dos provincias más industrializadas que intentan abarcar la gran cantidad de empresas y trabajadores que se encuentran en las mismas.

Tabla XLIX. Organización Territorial País Vasco

ÁLAVA	GUIPUZCOA	VIZCAYA
- Vitoria.	- San Sebastián. - Beasain. - Eibar. - Arrasate.	- Bilbao. - Abadiño. - Barakaldo. - Derio.

Fuente: Elaboración propia

7.7. Organigrama

El organigrama de la empresa es bastante complejo, por lo tanto, vamos a introducir un cuadro para que pueda apreciarse de forma más clara y comprensible.

7.7.1. Dirección de la entidad

La dirección de la entidad tiene como máximo responsable a la figura del Administrador único. A continuación, encontramos al Director General y, en un escalafón inferior a las diferentes direcciones, que son los ámbitos en los que trabaja la institución. Estas direcciones, cuentan con un máximo responsable, cada una de ellas, personalizando esta función en diferentes directores de cada una de las áreas, en las que la empresa desarrolla sus actividades.

Tabla L. Organigrama: Equipo directivo

ADMINISTRADOR ÚNICO						
DIRECTOR GENERAL						
Director Comercial	Director Técnico	Director de Operaciones	Directora de Recursos Humanos	Director Corporativo de Recursos Humanos	Director Administrativo	Director de Expansión

Fuente: Elaboración propia.

7.7.2. Servicios centrales

Los servicios centrales están configurados por diferentes direcciones que vertebran el organigrama de la institución. Estas direcciones generales, comerciales, de

operaciones..., están conformadas por diferentes áreas que las articulan. A continuación vamos a exponer un cuadro aclaratorio.

Tabla LI. Organigrama: Servicios centrales

SERVICIOS CENTRALES					
Dirección General	Dirección Comercial	Dirección de Operaciones	Dirección de Recursos Humanos	Dirección Administrativa	Dirección de Expansión
<ul style="list-style-type: none"> - Área de asesoría jurídica - Área de grandes clientes - Área de sistemas integrados de gestión - Área de auditoría - Área de servicio de Prevención Mancomunado 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de organización comercial - Área de marketing - Área de seguridad - Área de higiene industrial - Área de ergonomía y psicología - Área de medicina de trabajo - Área de formación - Área de organización sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de desarrollo de sistemas de información - Área de servicios e infraestructuras informáticas - Área de organización y procesos 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de control de gestión - Área de servicios y proveedores 	<ul style="list-style-type: none"> - Área de organización internacional - Área de desarrollo de nuevo negocio

Fuente: Elaboración propia.

7.7.3. Organización territorial

La compañía está estructurada en una serie de direcciones regionales que abarcan todo el Estado y una dirección de carácter internacional, destinada a la expansión de la institución por Latinoamérica. Al frente de cada una de ellas, se encuentra un responsable de la empresa, denominado gerente.

Tabla LII. Organigrama territorial

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL
Dirección Regional Andalucía Occidental
Dirección Regional Andalucía Oriental
Dirección Regional Aragón
Dirección Regional Canarias
Dirección Regional Cantábrica
Dirección Regional Castilla
Dirección Regional La Mancha
Dirección Regional Cataluña
Dirección Regional Madrid
Dirección Regional Extremadura
Dirección Regional Galicia
Dirección Regional Levante
Dirección Regional Norte

Fuente: Elaboración propia.

Como hemos mencionado anteriormente, la organización internacional está dedicada a la expansión que está registrando la empresa en el ámbito Latinoamericano. Esta nueva área de negocio es bastante amplia y, aunque en la

actualidad cuenta con una sola dirección que abarca una determinada zona del continente americano, es posible que, en poco tiempo, se organicen más direcciones regionales, fruto del desarrollo de la compañía en esas regiones.

Tabla LIII. Organigrama internacional

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL
Dirección Latinoamérica Sur

Fuente: Elaboración propia.

7.8. Localización.

Nuestro estudio lo hemos realizado durante estos años, en dos centros de la Sociedad de Prevención de Fremap, concretamente en los dos localizados en Sevilla capital. Nuestro centro principal de referencia ha sido el de Sevilla sur, conocido como Sevilla, ya que fue el primer centro de esta entidad en abrir sus puertas en esta ciudad.

Sus localizaciones físicas son las siguientes:

- Sevilla (Sur): Carretera de Su Eminencia, s/n, Ed. Cuba, Local, C.P. 41006 – Sevilla. TLF.: 954 933 189 FAX: 954 923 776.
- Sevilla Norte: Avda. Aviación, 14, Edif. Morera & Vallejo III-2ª planta, C.P. 41007 – Sevilla. TLF.: 954 368 216 FAX: 954 434 623.

En cuanto a la localización del primer centro debemos indicar que es excelente para su misión, puesto que está situado al sur de la capital, en una zona de fácil aparcamiento y acceso, estando rodeado de un polígono industrial y centros comerciales y, a la vez, unida a núcleos de población importantes como pueden ser el Cerro el Águila², las barriadas de la carretera de Su Eminencia: Las Águilas, los Prunos, etc.

Igualmente esta próxima a la salida de un núcleo de comunicación de la autovía de circunvalación de Sevilla, denominada S-30, que le comunica rápidamente con las salidas hacia Cádiz y Málaga, así como, con grandes pueblos cercanos como Utrera y Dos Hermanas. Aunque algo más lejos también tiene fácil acceso a las salidas hacia Huelva, Mérida y Córdoba.

El segundo centro tiene su ubicación en una zona eminentemente de polígonos industriales, algo más alejada de centros de población. También se encuentra junto a nudos importantes de comunicación y cerca del aeropuerto de la capital.

Ambos centros disponen de aulas de formación y según la organización, la disponibilidad y el número de alumnos inscritos en las actividades formativas, las mismas se realizan en uno u otro indistintamente.

7.9. Datos de formación impartida

El volumen de formación que ha impartido la entidad, en los últimos cinco años, ha sido muy significativo, tanto por el número de actividades realizadas, como por el montante de trabajadores que han asistido a las mismas. Las temáticas han sido muy variadas y estaban en función de la demanda y las necesidades de las empresas y los trabajadores.

Por otra parte, también se han llevado a cabo acciones formativas dirigidas al personal de la institución, teniendo en cuenta las necesidades de cada colectivo y la incidencia de las mismas en la mejora de los respectivos puestos de trabajo. Evidentemente, la formación orientada hacia los profesionales de la institución mejora sus conocimientos, su rendimiento y facilita una mejor atención a las empresas y trabajadores a los que atiende la compañía.

Seguidamente vamos a mostrar un resumen de estas acciones formativas en el último lustro, para ilustrar las aseveraciones que venimos formulando.

7.9.1. Resumen de las acciones formativas en 2010

Tabla LIV. Acciones formativas externas en 2010

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS	
Número de actividades desarrolladas	+ 25.000 cursos
Número de trabajadores asistentes	230.000
Horas lectivas	105.000
Índice de eficacia	91.1 %
Índice de aprovechamiento	98.8 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LV. Acciones formativas internas en 2010

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS				
	Personal técnico (14.5 horas por empleado)	Personal sanitario (17.5 horas por empleado)	Resto del personal (19,9 horas por empleado)	Actividades exclusivas del SPP (219 horas totales)
Nº de actividades formativas desarrolladas	83	19	21	57
Nº de personas convocadas a las actividades	1245	299	628	441
Porcentaje de asistentes	89.5 %	70.9 %	85 %	100 %
Horas de formación impartidas	13399	15780	10594	1805

Fuente: Elaboración propia.

7.9.2. Resumen de las acciones formativas en 2011

Tabla LVI. Acciones formativas externas en 2011

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS	
Número de actividades desarrolladas	25.340 cursos
Número de trabajadores asistentes	213.241
Horas lectivas	106.596
Índice de eficacia	92.4 %
Índice de aprovechamiento	97.7 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LVII. Acciones formativas internas en 2011

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS				
	Personal técnico (14.5 horas por empleado)	Personal sanitario (17.5 horas por empleado)	Resto del personal (19,9 horas por empleado)	Actividades exclusivas del SPP (219 horas totales)
Nº de actividades formativas desarrolladas	220	79	121	81
Nº de personas convocadas a las actividades	1630	675	530	435
Porcentaje de asistentes	82.5 %	78.9 %	95 %	98,1 %
Horas de formación impartidas	18563	17951	11391	2469

Fuente: Elaboración propia.

7.9.3. Resumen de las acciones formativas en 2012

Tabla LVIII. Acciones formativas externas en 2012

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS	
Número de actividades desarrolladas	24.600 cursos
Número de trabajadores asistentes	211.320
Horas lectivas	97.074
Índice de eficacia	90.6 %
Índice de aprovechamiento	96.3 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LIX. Acciones formativas internas en 2012

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS				
	Personal técnico (14.5 horas por empleado)	Personal sanitario (17.5 horas por empleado)	Resto del personal (19,9 horas por empleado)	Actividades exclusivas del SPP (219 horas totales)
Nº de actividades formativas desarrolladas	118	23	37	60
Nº de personas convocadas a las actividades	2150	929	1264	365
Porcentaje de asistentes	96.4 %	97.6 %	84,7 %	88,3 %
Horas de formación impartidas	15812	5624	15436	2681

Fuente: Elaboración propia.

7.9.4. Resumen de las acciones formativas en 2013

Tabla LX. Acciones formativas externas en 2013

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS	
Número de actividades desarrolladas	25.577 cursos
Número de trabajadores asistentes	226.501
Horas lectivas	92.181
Índice de eficacia	94.4 %
Índice de aprovechamiento	98.9 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LXI. Acciones formativas on-line en 2013

ACTIVIDADES FORMATIVAS ON LINE	
Número de actividades desarrolladas	734 cursos
Número de trabajadores asistentes	24.941
Horas lectivas	9.224
Índice de eficacia	94.2 %
Índice de aprovechamiento	98.8 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LXII. Acciones formativas internas en 2013

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS				
	Personal técnico (14.5 horas por empleado)	Personal sanitario (17.5 horas por empleado)	Resto del personal (19,9 horas por empleado)	Actividades exclusivas del SPP (219 horas totales)
Nº de actividades formativas desarrolladas	115	25	126	90
Nº de personas convocadas a las actividades	1637	299	1646	1091
Porcentaje de asistentes	87.3 %	79,8 %	97,2 %	96,9 %
Horas de formación impartidas	13417	14892	12381	1036

Fuente: Elaboración propia.

7.9.5. Resumen de las acciones formativas en 2014

Tabla LXIII. Acciones formativas externas en 2014

ACTIVIDADES FORMATIVAS EXTERNAS	
Número de actividades desarrolladas	29.610 cursos
Número de trabajadores asistentes	241.954
Horas lectivas	105.710
Índice de eficacia	97.6 %
Índice de aprovechamiento	99.1 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LXIV. Acciones formativas on-line en 2014

ACTIVIDADES FORMATIVAS ON LINE	
Número de actividades desarrolladas	992 cursos
Número de trabajadores asistentes	29.781
Horas lectivas	9.445
Índice de eficacia	91.1 %
Índice de aprovechamiento	98.8 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla LXV. Acciones formativas internas en 2014

ACTIVIDADES FORMATIVAS INTERNAS				
	Personal técnico (14.5 horas por empleado)	Personal sanitario (17.5 horas por empleado)	Resto del personal (19,9 horas por empleado)	Actividades exclusivas del SPP (219 horas totales)
Nº de actividades formativas desarrolladas	92	88	70	64
Nº de personas convocadas a las actividades	1962	1496	1761	361
Porcentaje de asistentes	88,7 %	97,4 %	98,8 %	99,9 %
Horas de formación impartidas	15221	15963	12297	3460

Fuente: Elaboración propia.

Por ser lo más representativos, se realiza una comparación de los dos últimos años:

Número de trabajadores asistentes: 241954. Variación 2013 vs 2014: + 6,82 %.

Horas lectivas. 105.710 Variación 2013 vs 2014: +14,68 %.

Número de cursos impartidos: 29.610 Variación 2013 vs 2014 + 15.77%.

On- Line.

Número de trabajadores asistentes: 29.781 Variación 2013 vs 2014: + 19,41 %.

Horas lectivas: 9.445 Variación 2013 vs 2014: + 2,40 %.

Número de cursos impartidos: 992 Variación 2013 vs 2014 + 35,15 %.

2

Ramírez Acuña M. (2000) Guía Urbana de Sevilla: El callejero de Sevilla. CB Ediciones Técnicas Sevilla.

Capítulo 9. Análisis de los resultados de la investigación

8.1. Análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios

En este capítulo vamos a mostrar los datos recopilados a través del cuestionario y realizaremos un análisis de tipo descriptivo enfocado en la distribución de frecuencias, la dispersión de los ítems y las medidas de tendencia central, igualmente incluiremos sus representaciones en gráficos. Para una sencillez en su presentación hemos separado los resultados en tres secciones pertenecientes a los tres grupos o secciones del cuestionario.

- a) Bloque 1: Información general de los encuestados.
- b) Bloque 2: Cuestiones relacionadas con el ámbito educativo.
- c) Bloque 3: Información relacionada con la mejora en la calidad de salud y prevención de accidentes.

8.1.1. Bloque 1. Información general de los encuestados

Lo primero que representamos tres tablas donde se representa el análisis descriptivo de las variables del cuestionario de la sección “Información general de los encuestados”. Debemos indicar que dos de sus ítems poseen un nivel de medida nominal y, para este nivel de medida, los estadísticos descriptivos de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (varianza y desviación típica) nunca son utilizados. Así, solo mostramos la moda de ellos. El ítem “Edad de las personas encuestadas”, al estar medido en nivel de escala, presentará los estadísticos descriptivos de tendencia central y de dispersión, al igual que los ítems que

pertenecen a las dimensiones “Educación” y “Salud” que tienen un nivel de medida ordinal.

Estadísticos

SEXO

N	Válido	400
	Perdidos	0
Moda		1

Estadísticos

EDAD

N	Válido	400
	Perdidos	0
Media		35,13
Mediana		35,00
Moda		42
Desviación estándar		5,278

Estadísticos

TIPOFORM

N	Válido	400
	Perdidos	0
Moda		1 ^a
Desviación estándar		,501

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla de frecuencia y porcentajes para el ítem.

1.- “Sexo de las personas encuestadas”

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	304	76,0	76,0	76,0
	MUJER	96	24,0	24,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Como podemos observar en la tabla de frecuencias y porcentajes para el ítem 1, el 76 % de los encuestados son hombres y un 24 % mujeres.

Gráfico para el ítem 1. “Sexo de las personas encuestadas”

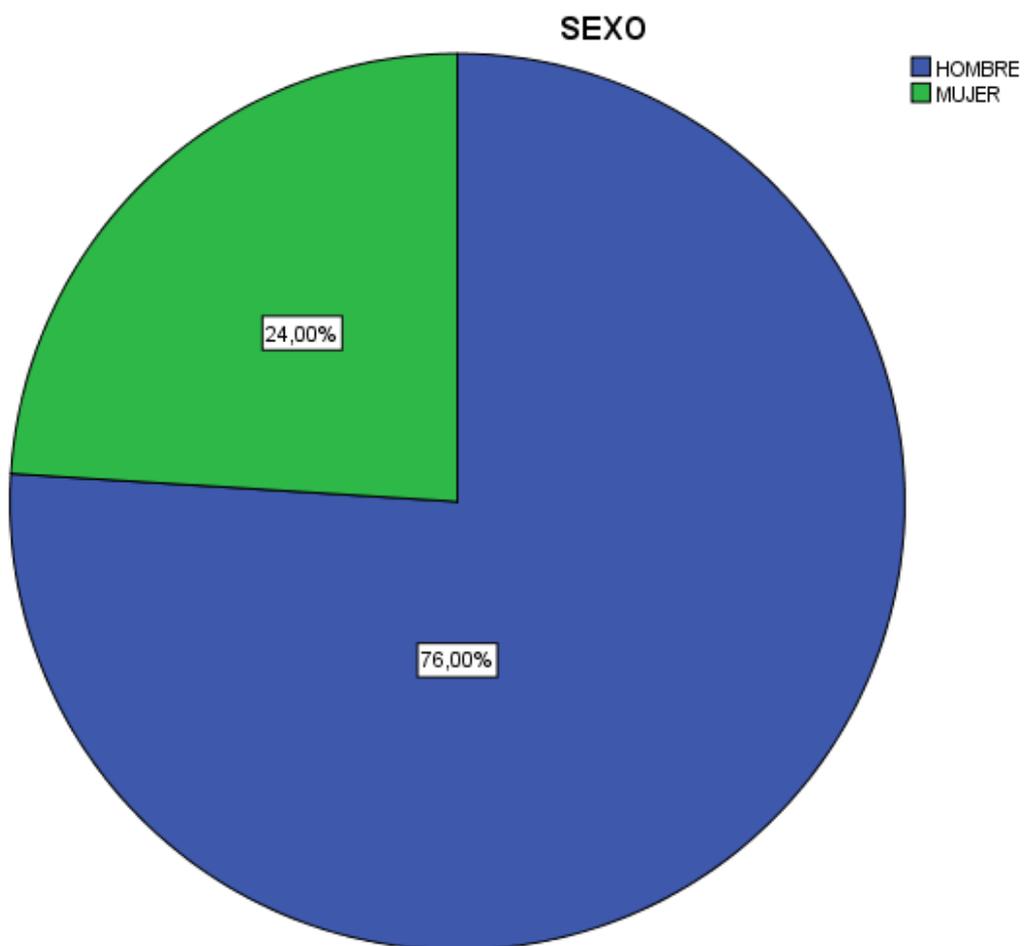
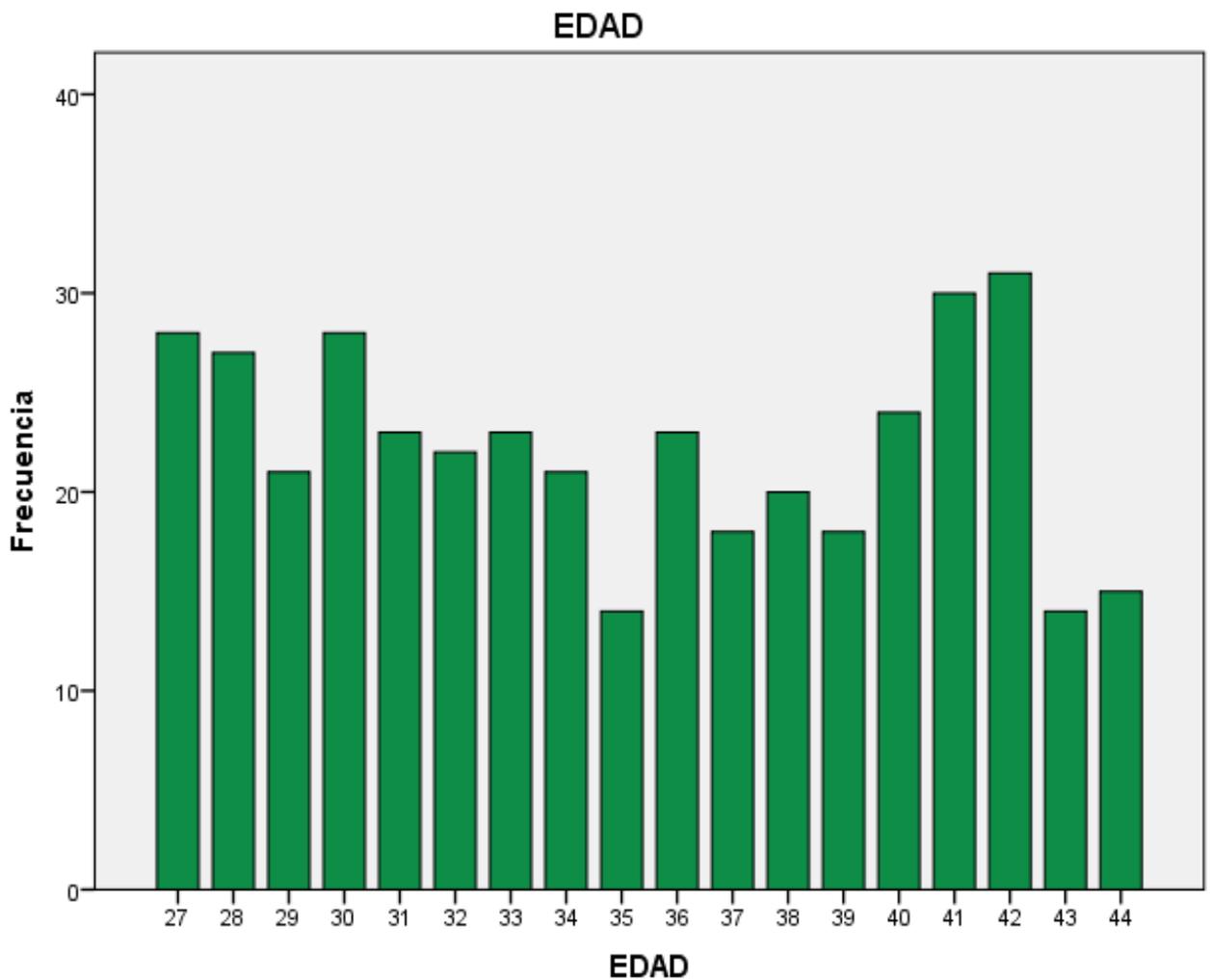


Gráfico para el ítem 2. "Edad de las personas encuestadas"



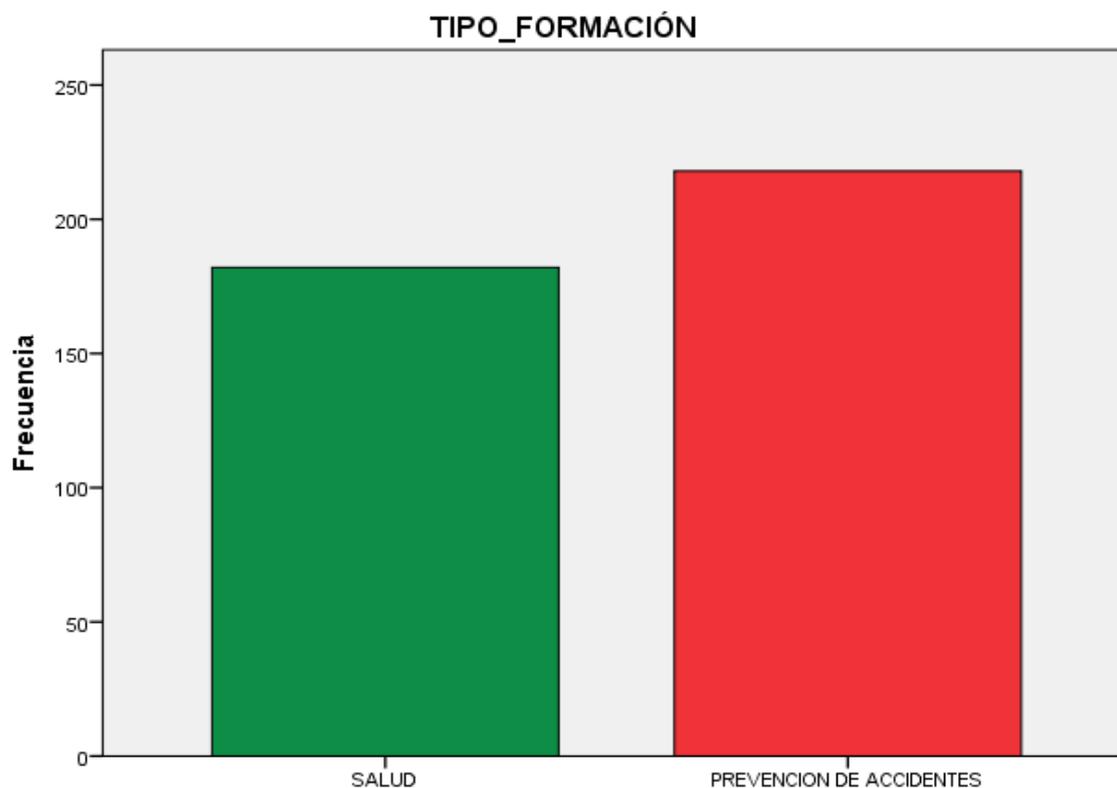
En el gráfico para el ítem 2 mientras que se observa que los encuestados tienen edades comprendidas entre los 26 y 45 años, aunque no hay diferencias excesivamente notorias, podemos ver que la edad de menos frecuencia, son los 35 años, Puede apreciarse que la mayoría de ellos, tienen entre 41 y 42 años. La edad de menor frecuencia como podemos ver es de 35 años.

Tabla de frecuencias y porcentajes para el ítem 3. "Tipo de formación"

		TIPO_FORMACIÓN			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SALUD	182	45,5	45,5	45,5
	PREVENCION DE ACCIDENTES	218	54,5	54,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Como podemos observar en la tabla de frecuencia del ítem 3, el mayor porcentaje de asistencia lo obtienen los cursos referentes a la parte de prevención de accidentes, con un 54.5 %, frente a los de salud con un 45,5%.

Gráfico para el ítem 3. "Tipo de formación"



8.1.2. Bloque 2. Educación.

A continuación, se detalla el análisis descriptivo de las variables del cuestionario pertenecientes a la dimensión “Educación”, obteniéndose para cada variable la media, la mediana, la moda, la varianza y la desviación estándar.

Estadísticos				
	Media	Mediana	Desviación estándar	Varianza
4. Existen problemas a la hora de elegir el curso de prevención y/o salud en el que matricularse.	2,78	3,00	,935	,874
5. Los recursos humanos técnicos y materiales para la formación en salud en su servicio de prevención son adecuados y suficientes.	4,39	4,00	,703	,494
6. Los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador en los servicios de prevención son adecuados y suficientes.	4,26	4,00	,858	,735
7. No existen problemas para comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo.	4,46	4,00	,620	,384
8. La información audiovisual que se proporciona en las aulas de los servicios de prevención es accesible para los trabajadores.	3,38	4,00	1,428	,640
9. Los docentes están concienciados y sensibilizados con la formación en salud.	4,45	4,00	,654	,428

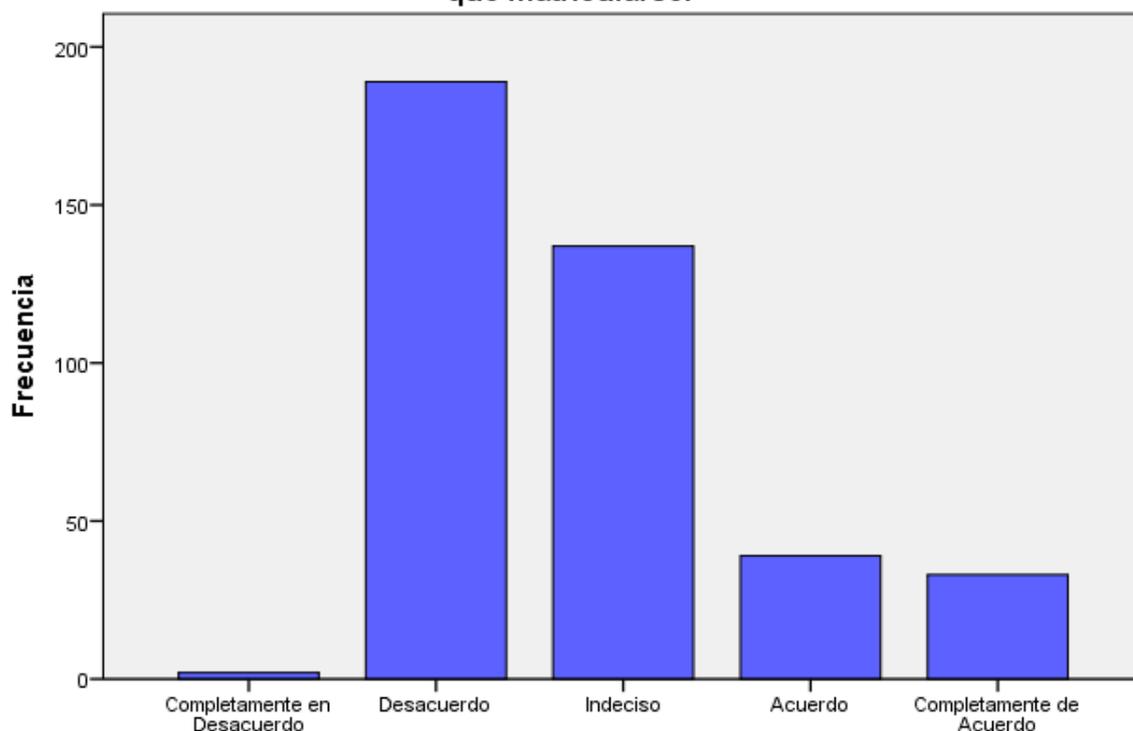
Puesto que las opciones de respuestas a los ítem que muestra la tabla anterior pueden ser CD (completamente en desacuerdo), D (desacuerdo), ¿? (indeciso) A (acuerdo), CA (completamente de acuerdo), el que mayor número de acuerdo tuvo fue el ítem 9, que valora el nivel de concienciación y sensibilización de los docentes. Siendo este muy próximo al 5, con un 4,45%

4. Existen problemas a la hora de elegir el curso de prevención y/o salud en el que matricularse.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en Desacuerdo	2	,5	,5	,5
	Desacuerdo	189	47,3	47,3	47,8
	Indeciso	137	34,3	34,3	82,0
	Acuerdo	39	9,8	9,8	91,8
	Completamente de Acuerdo	33	8,3	8,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Como puede observarse en la tabla de frecuencias y porcentajes para el ítem 4, los valores más frecuentes son “Desacuerdo” e “Indeciso”, lo que indicaría que los encuestados no suelen tener problemas a la hora de elegir curso o que quizás tienen dudas de que contestar a dicha cuestión. De hecho, si acumulamos los porcentajes correspondientes a las valoraciones más numerosas (D e ¿?), podríamos afirmar que el 82% de los encuestados se siente indeciso a la hora de opinar sobre esta cuestión. En el extremo opuesto, la valoración más negativa (CA) tan sólo presenta un porcentaje del 8,3%, lo que significaría que son muy pocos los encuestados que opinan tener problemas a la hora de elegir cursos. Así pues, la media para este ítem, está representada en un 2,78.

4. Existen problemas a la hora de elegir el curso de prevención y/o salud en el que matricularse.



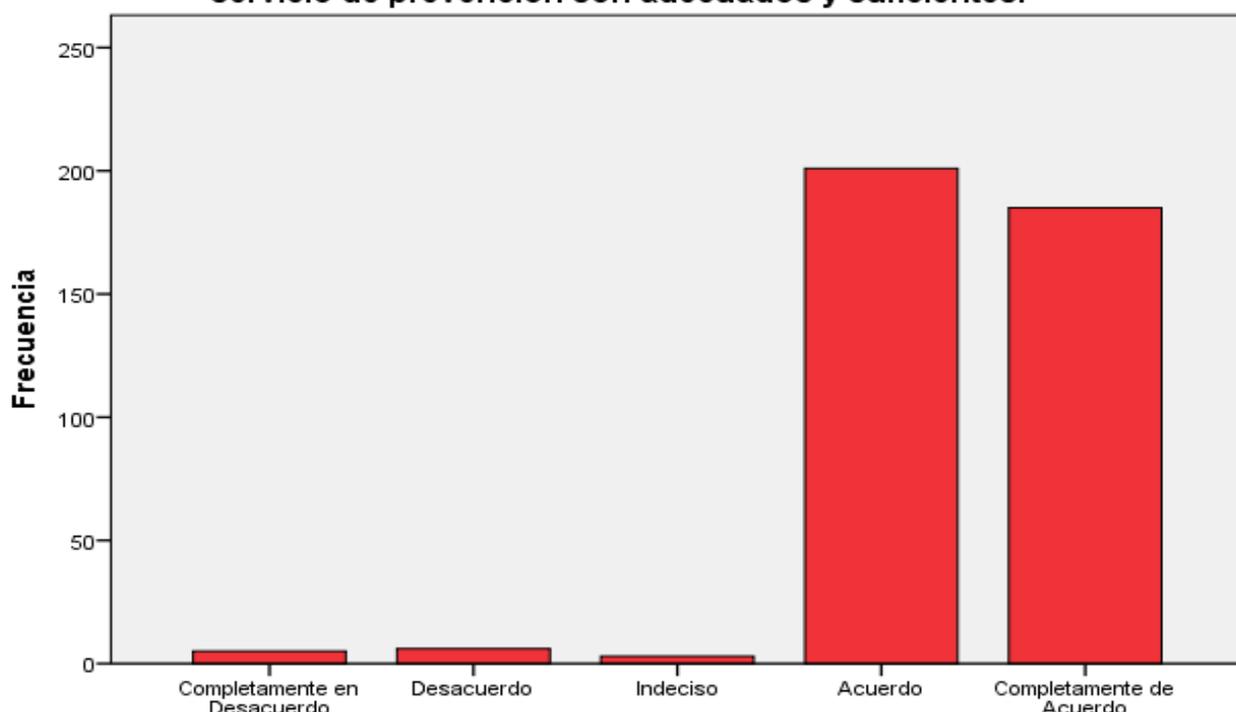
5. Los recursos humanos técnicos y materiales para la formación en salud en su servicio de prevención son adecuados y suficientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Completamente en Desacuerdo	5	1,3	1,3	1,3
Desacuerdo	6	1,5	1,5	2,8
Indeciso	3	,8	,8	3,5
Acuerdo	201	50,2	50,2	53,8
Completamente de Acuerdo	185	46,3	46,3	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Para esta opción puede observarse en la tabla de frecuencias y porcentajes para el ítem 5, los valores más frecuentes son “Acuerdo” y “Completamente de acuerdo”, lo que indicaría que los encuestados valoran los materiales que se les ofrecen desde sus servicios de prevención. La diferencia, además, es bastante para ser notable, ya que para la opción A tenemos un 50,2%, que es más de la mitad de la

población, teniendo en cuenta que los encuestados tenían 5 opciones de elegir. Seguidamente, con un 46,3% están los entrevistados que opinaron estar completamente de acuerdo. Siendo las frecuencias de ambos 201 y 185 respectivamente, frente a cantidades muy pequeña en los otros 3 casos. La media para cada ítem es de 4,39.

5. Los recursos humanos técnicos y materiales para la formación en salud en su servicio de prevención son adecuados y suficientes.

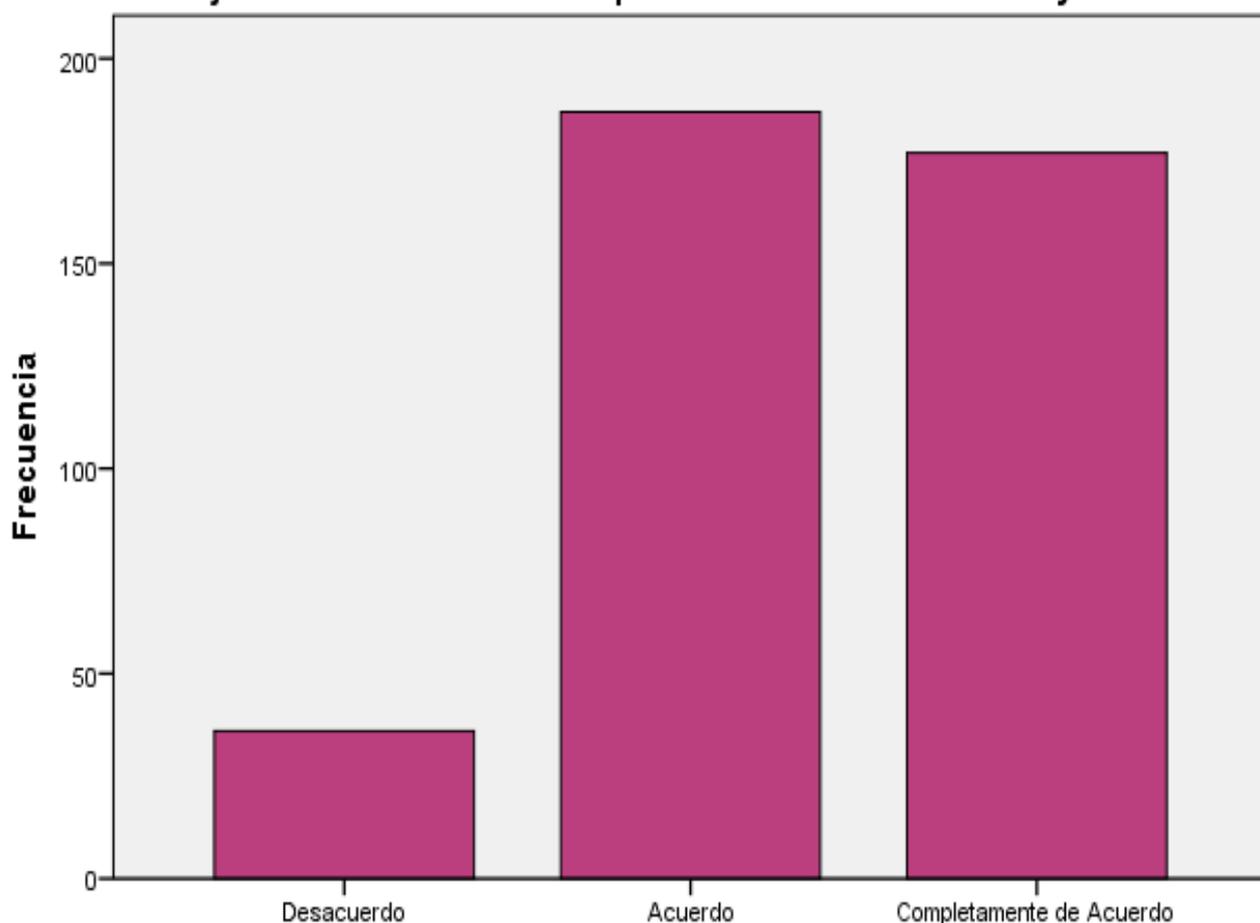


6. Los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador en los servicios de prevención son adecuados y suficientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desacuerdo	36	9,0	9,0	9,0
	Acuerdo	187	46,8	46,8	55,8
	Completamente de Acuerdo	177	44,3	44,3	100,0
Total		400	100,0	100,0	

Podemos ver, que lo más sorprendente de este ítem es la pérdida de respuestas de las otras dos opciones que nos da el cuestionario. Con lo que podemos ver que prevalecen las personas que opinaron estar de acuerdo con esta pregunta. Es decir, que un 46.8% de los encuestados, consideran que los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador, en los servicios de prevención, son adecuados y suficientes.

6. Los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador en los servicios de prevención son adecuados y suficientes.

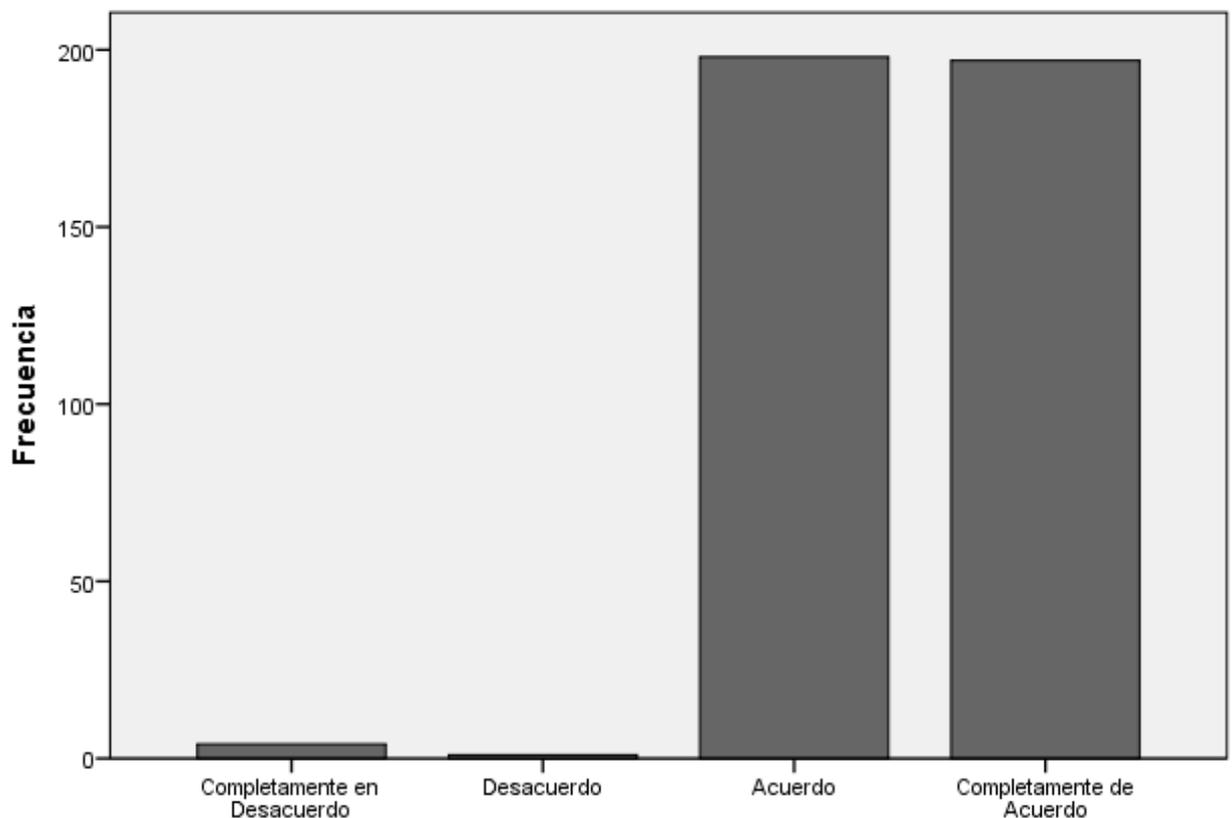


7. No existen problemas para comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en Desacuerdo	4	1,0	1,0	1,0
	Desacuerdo	1	,3	,3	1,3
	Acuerdo	198	49,5	49,5	50,7
	Completamente de Acuerdo	197	49,3	49,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

En esta tabla, podemos observar que existe casi unanimidad en la respuesta, siendo los valores más importantes y positivos, los de estar de acuerdo y completamente de acuerdo, en que no existe problema de comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo, ya que aglutinan casi el 100% de los datos estas dos opciones de respuestas.

7. No existen problemas para comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo.



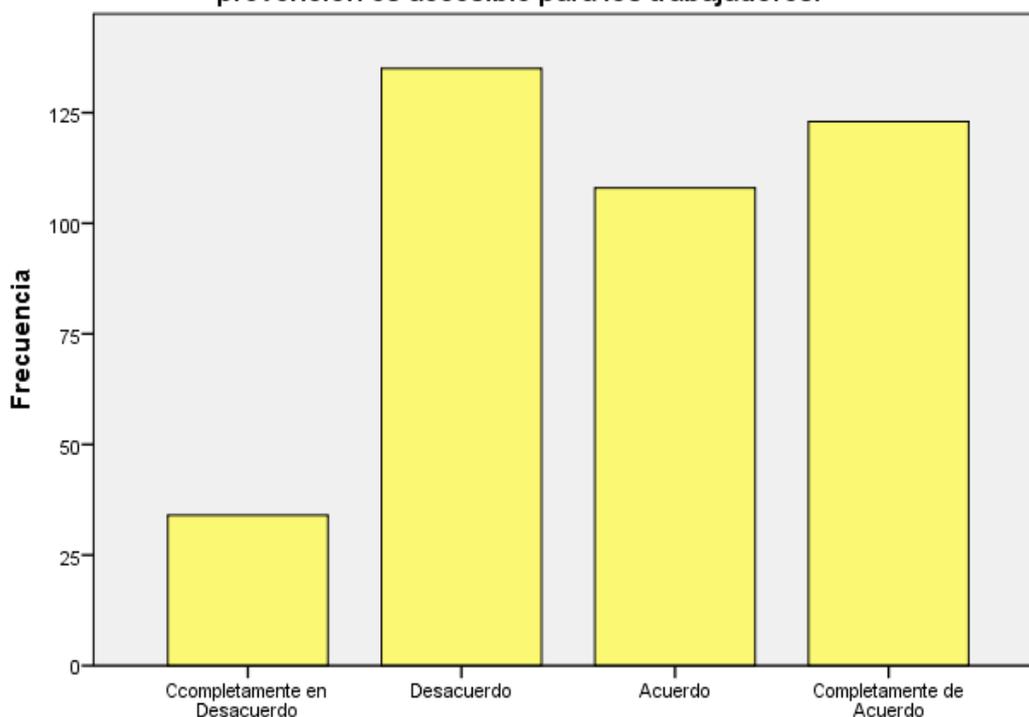
8. La información audiovisual que se proporciona en las aulas de los servicios de prevención es accesible para los trabajadores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en Desacuerdo	34	8,5	8,5	8,5
	Desacuerdo	135	33,8	33,8	42,3
	Acuerdo	108	27,0	27,0	69,3
	Completamente de Acuerdo	123	30,8	30,8	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Esta tabla nos muestra la diferencia de opinión con la tabla anterior, de que existe una buena comunicación frente a que la información audiovisual que proporcionan las aulas en los servicios de prevención, es accesible para los trabajadores.

La mayor parte de los encuestados afirma estar en desacuerdo, y los otros grandes valores de esta encuesta, los adquieren las personas que, en contrapunto con lo anterior, consideran que si están de acuerdo con la información audiovisual que se proporciona.

8. La información audiovisual que se proporciona en las aulas de los servicios de prevención es accesible para los trabajadores.

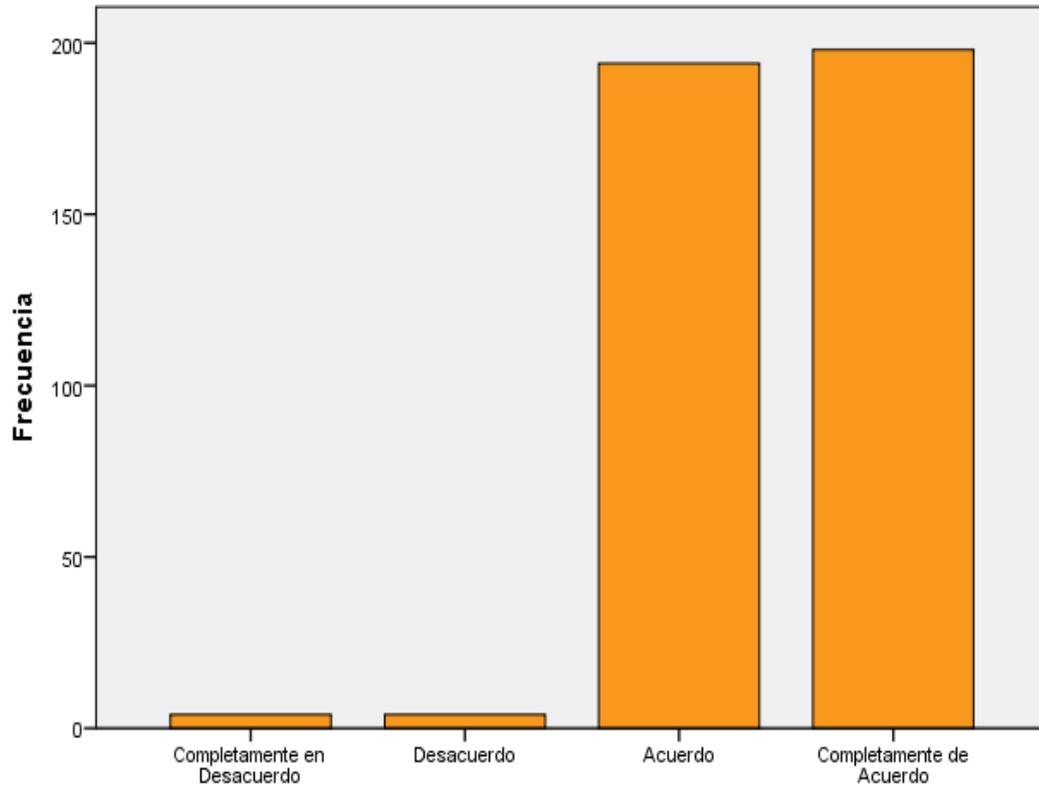


9. Los docentes están concienciados y sensibilizados con la formación en salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en Desacuerdo	4	1,0	1,0	1,0
	Desacuerdo	4	1,0	1,0	2,0
	Acuerdo	194	48,5	48,5	50,5
	Completamente de Acuerdo	198	49,5	49,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Si hacemos referencia al último ítem referente a la parte de educación, casi en su totalidad, los encuestados proporcionan que los docentes están concienciados y sensibilizados con la formación en salud, con unos porcentajes y completamente de acuerdo de 48,5 y 49,5 respectivamente.

9. Los docentes están concienciados y sensibilizados con la formación en salud.



8.1.3. Bloque 3. Salud.

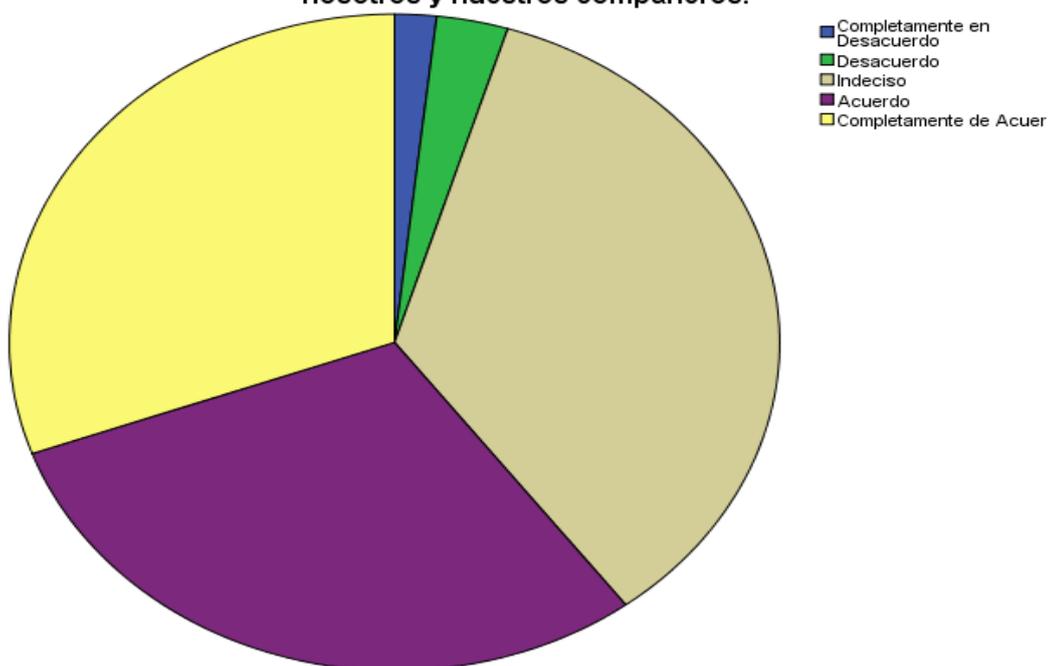
A continuación, se detalla el análisis descriptivo de las variables del cuestionario pertenecientes a la dimensión “Salud”, obteniéndose para cada variable la media, la mediana, la moda, la varianza y la desviación estándar.

10. El entorno en el que desarrollamos nuestra vida laboral es saludable para nosotros y nuestros compañeros.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Completamente en Desacuerdo	7	1,8	1,8	1,8
Desacuerdo	12	3,0	3,0	4,8
Indeciso	140	35,0	35,0	39,8
Acuerdo	119	29,8	29,8	69,5
Completamente de Acuerdo	122	30,5	30,5	100,0
Total	400	100,0	100,0	

El 59,8% de las personas encuestadas, dieron su conformidad a esta respuesta, repartida entre personas que estaban de acuerdo y totalmente de acuerdo, frente al 1,8% que estaba totalmente en desacuerdo. Otra gran parte del porcentaje, la asume también el resultado de las personas que se encontraban indecisas. Pero, podemos concluir indicando, que existe acuerdo en que la vida laboral es saludable para los encuestados.

10. El entorno en el que desarrollamos nuestra vida laboral es saludable para nosotros y nuestros compañeros.

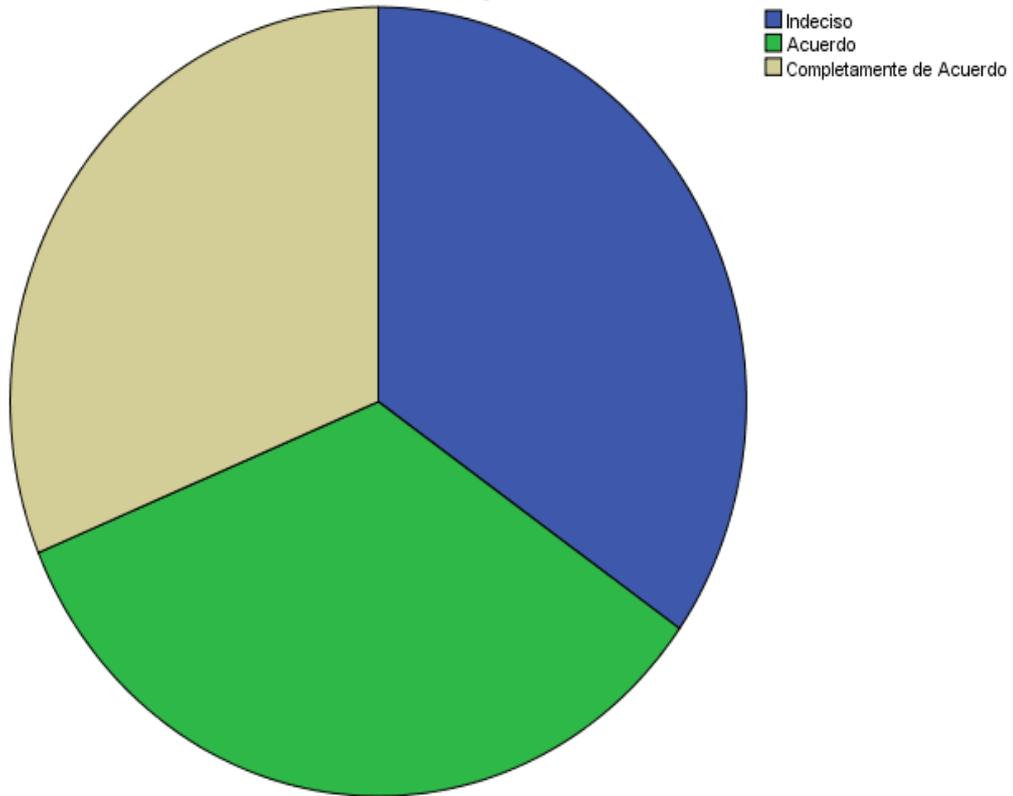


11. Existen problemas de accesibilidad a la formación en salud para algunos trabajadores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Indeciso	139	34,8	34,8	34,8
	Acuerdo	136	34,0	34,0	68,8
	Completamente de Acuerdo	125	31,3	31,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Según nos muestran los resultados, no hay demasiado acceso a la hora de la formación en salud para algunos trabajadores, absolutamente ninguna de las personas encuestadas, contestó que no existían problemas de accesibilidad a la formación. Los porcentajes recogidos son, indecisos 34,8%, acuerdo 34% y completamente de acuerdo 31,3%, así que si sumamos los acuerdos y completamente de acuerdo suman un 68,8% de personas que creen no tener acceso a la formación en salud.

11. Existen problemas de accesibilidad a la formación en salud para algunos trabajadores.

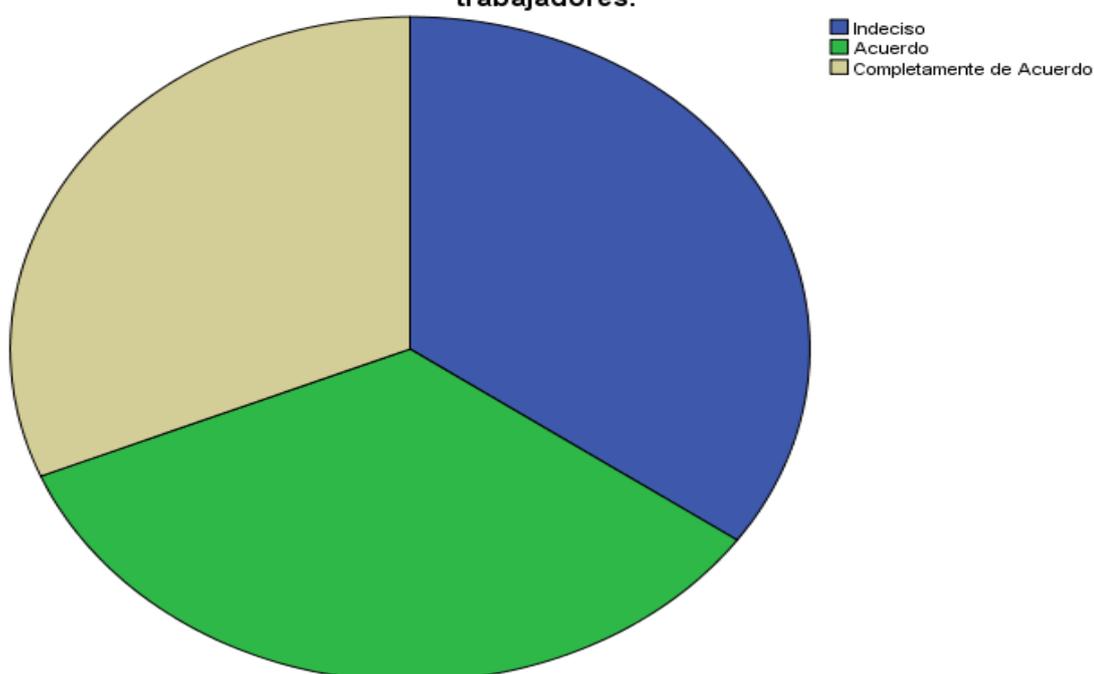


12. Existen problemas de salud y /o hábitos insaludables en la mayoría de los trabajadores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Indeciso	139	34,8	34,8	34,8
	Acuerdo	136	34,0	34,0	68,8
	Completamente de Acuerdo	125	31,3	31,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Debido quizás a la similitud de la pregunta, los encuestados respondieron exactamente igual a esta cuestión que a la anterior, comparten que existen problemas de salud y/o hábitos insaludables y, por eso, también respondieron que existía poca accesibilidad.

12. Existen problemas de salud y/o hábitos insaludables en la mayoría de los trabajadores.

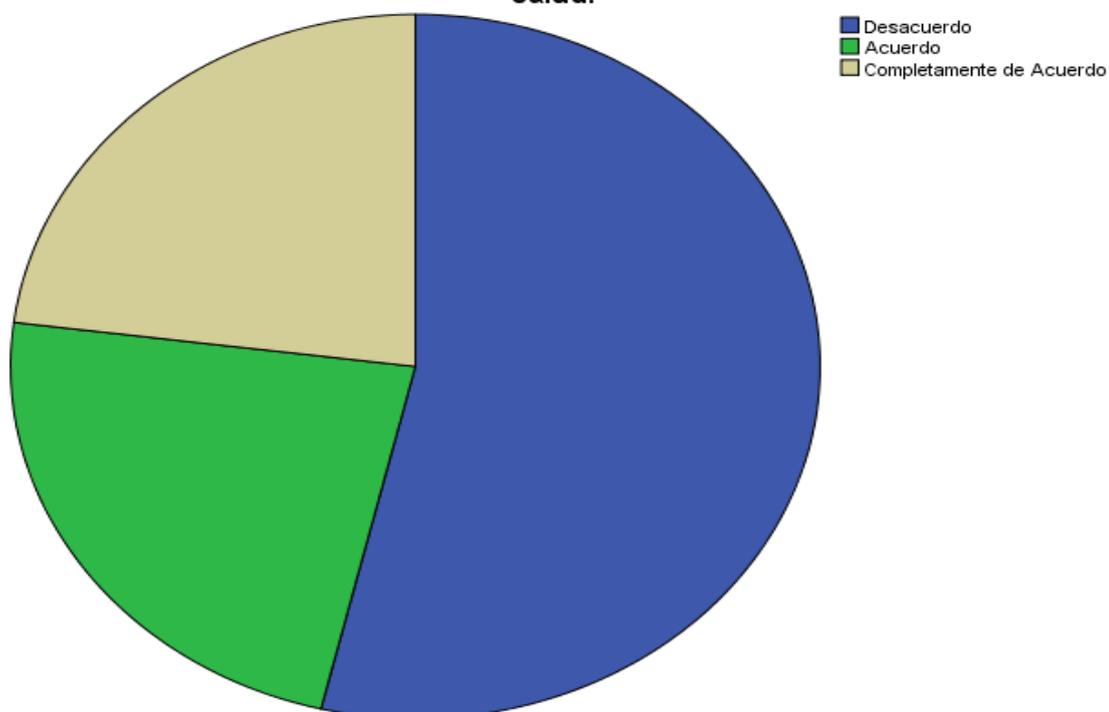


13. Existe actitud y aptitud por parte de los trabajadores a la hora de mejorar su salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desacuerdo	215	53,8	53,8	53,8
	Acuerdo	93	23,3	23,3	77,0
	Completamente de Acuerdo	92	23,0	23,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Los encuestados respondieron a esta pregunta, siendo más de un 56,3%, los que opinan estar de acuerdo o completamente de acuerdo con la opinión, de que hay intención por parte del trabajador en mejorar su salud y, la otra parte, 53,8% de personas, que opinan de forma más crítica y están en desacuerdo que por parte del trabajador haya intención de mejora su propia salud laboral.

13. Existe actitud y aptitud por parte de los trabajadores a la hora de mejorar su salud.

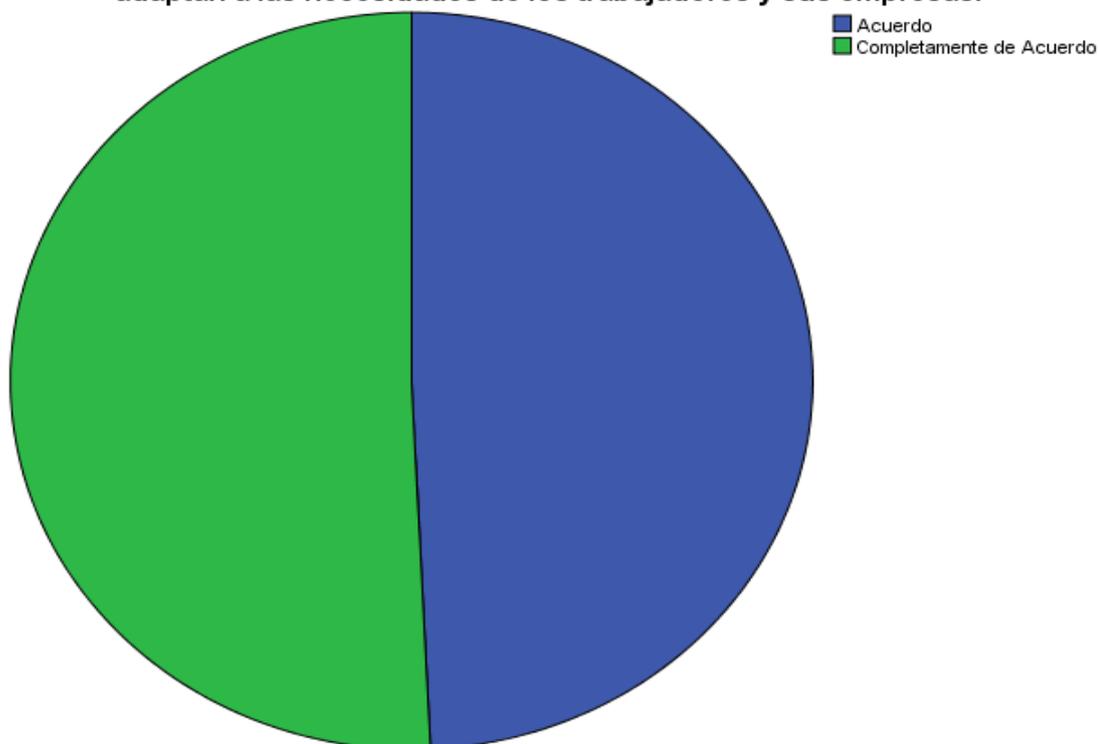


14. Los cursos de educación para la salud del Servicio de Prevención se adaptan a las necesidades de los trabajadores y sus empresas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Acuerdo	197	49,3	49,3	49,3
Completamente de Acuerdo	203	50,7	50,7	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Desde el punto de vista educativo, todos los encuestados, hicieron una valoración positiva de los cursos de educación para la salud, las opciones de acuerdo y completamente de acuerdo, suman el porcentaje total de los encuestados, siendo esto un punto muy positivo.

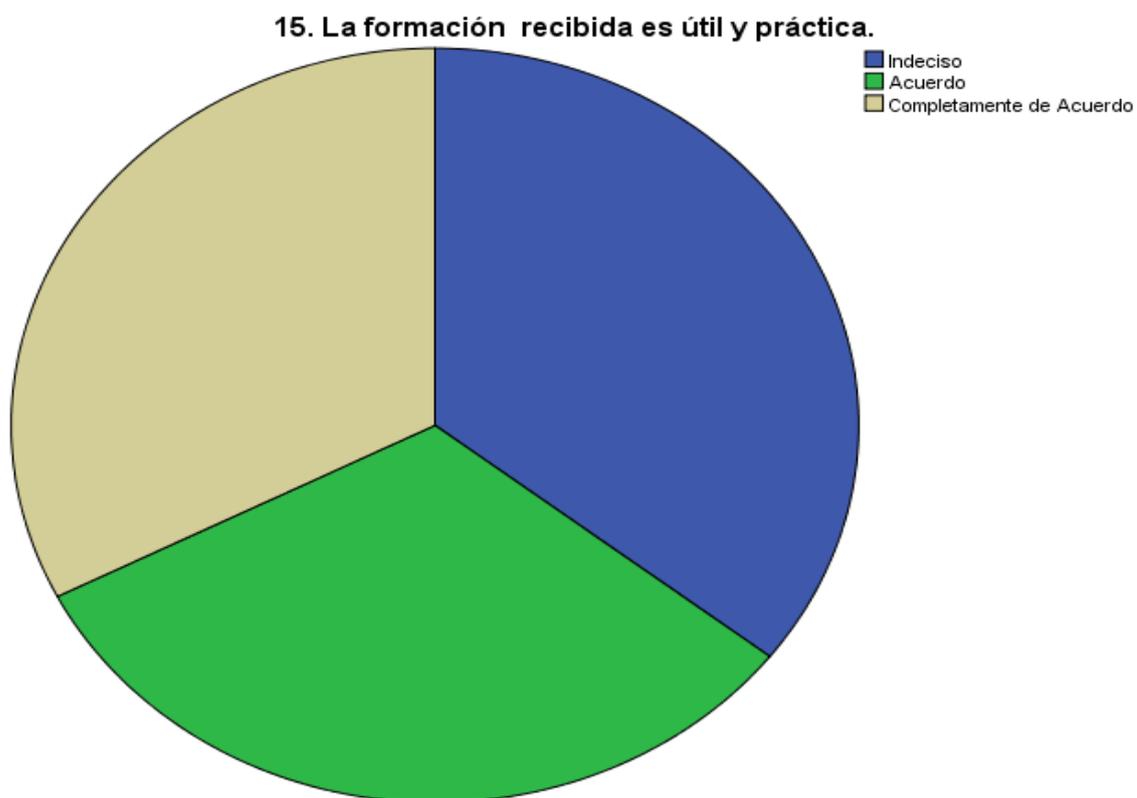
14. Los cursos de educación para la salud del Servicio de Prevención se adaptan a las necesidades de los trabajadores y sus empresas.



15. La formación recibida es útil y práctica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Indeciso	142	35,5	35,5	35,5
	Acuerdo	128	32,0	32,0	67,5
	Completamente de Acuerdo	130	32,5	32,5	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

Cabe destacar, que a pesar de haber un grupo de personas que se encuentran indecisos con esta cuestión, la mayor parte de ellos, confiesa que la formación les ha sido útil y práctica. El porcentaje suma de los mismos es un 64,5%, si sumamos los acuerdos y completamente de acuerdo, y un 35,5% de aquellos que quedaron indecisos.

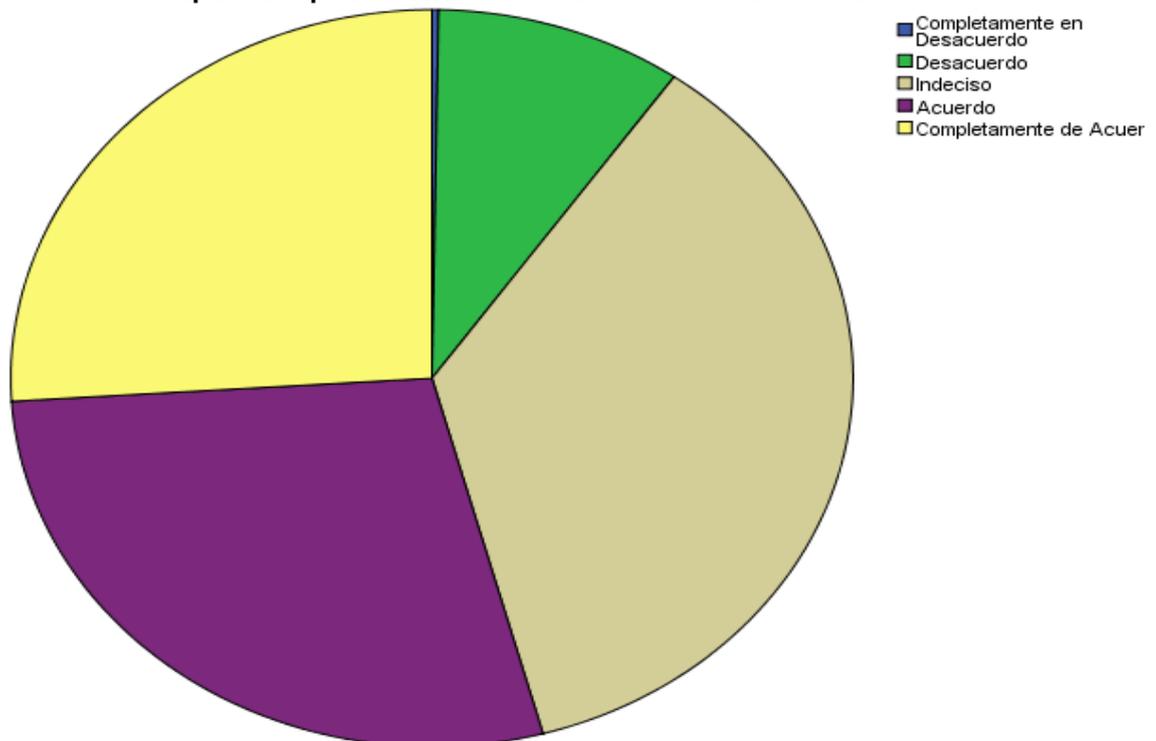


16. Las empresas son conscientes que invertir en salud en sus trabajadores repercute positivamente en los beneficios finales de esta.

			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Completamente en Desacuerdo		1	,3	,3	,3
	Desacuerdo		38	9,5	9,5	9,8
	Indeciso		144	36,0	36,0	45,8
	Acuerdo		113	28,2	28,2	74,0
	Completamente de Acuerdo		104	26,0	26,0	100,0
	Total		400	100,0	100,0	

La diversidad de opinión que podemos ver en esta respuesta, hace suponer también, por tanto, que hay diversidad de empresas que le dan una importancia significativa, a invertir en la salud de sus trabajadores y, otras, que según sus trabajadores, no lo hacen. Los porcentajes son: 0.3, 9.5, 36, 28.2 y 26% para completamente en desacuerdo, desacuerdo, indeciso, acuerdo y completamente de acuerdo respectivamente.

16. Las empresas son conscientes que invertir en salud en sus trabajadores repercute positivamente en los beneficios finales de esta.

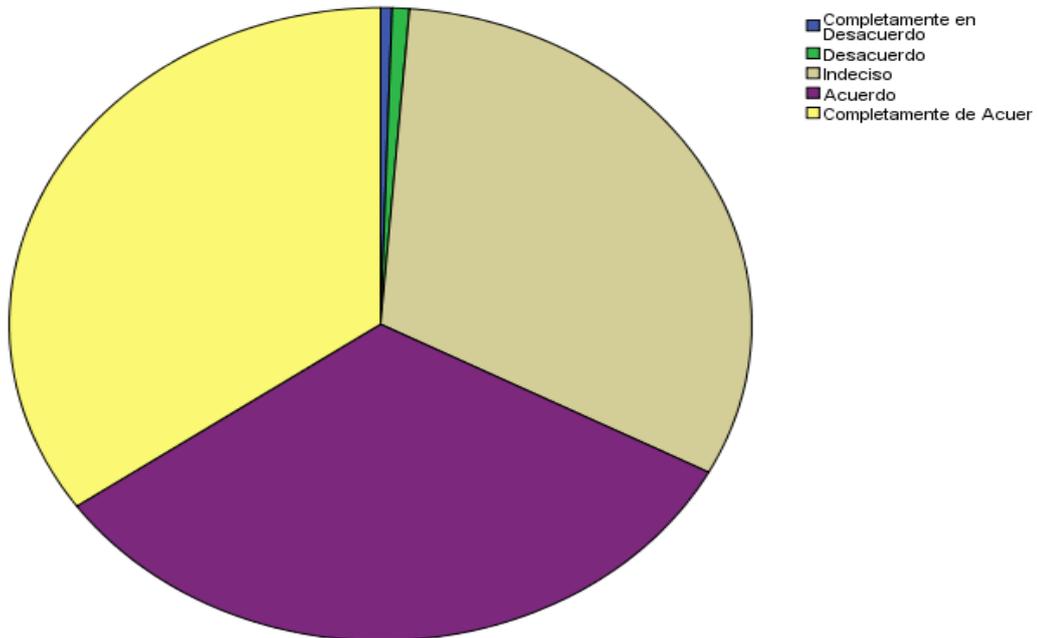


17. La formación en educación para la salud en el mundo laboral es extrapolable al mundo social y familiar de los trabajadores mejorando la salud de toda la comunidad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Completamente en Desacuerdo	2	,5	,5	,5
Desacuerdo	3	,8	,8	1,3
Indeciso	126	31,5	31,5	32,8
Acuerdo	130	32,5	32,5	65,3
Completamente de Acuerdo	139	34,8	34,8	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Y, una vez llegados al punto final del cuestionario y objetivo final que queríamos analizar, pocas son las personas que piensan que su salud laboral no afecta a su salud familiar y social, con lo cual, es motivador desde el punto de vista de nuestro estudio, que los porcentajes que están de acuerdo y completamente de acuerdo en este punto, sean 32,5% y 34,8%. Habría que hacer mención especial, también, al grupo de personas que opinan estar indecisos con la respuesta a esta pregunta, siendo del 31,5%.

17. La formación en educación para la salud en el mundo laboral es extrapolable al mundo social y familiar de los trabajadores mejorando la salud de toda la comunidad.

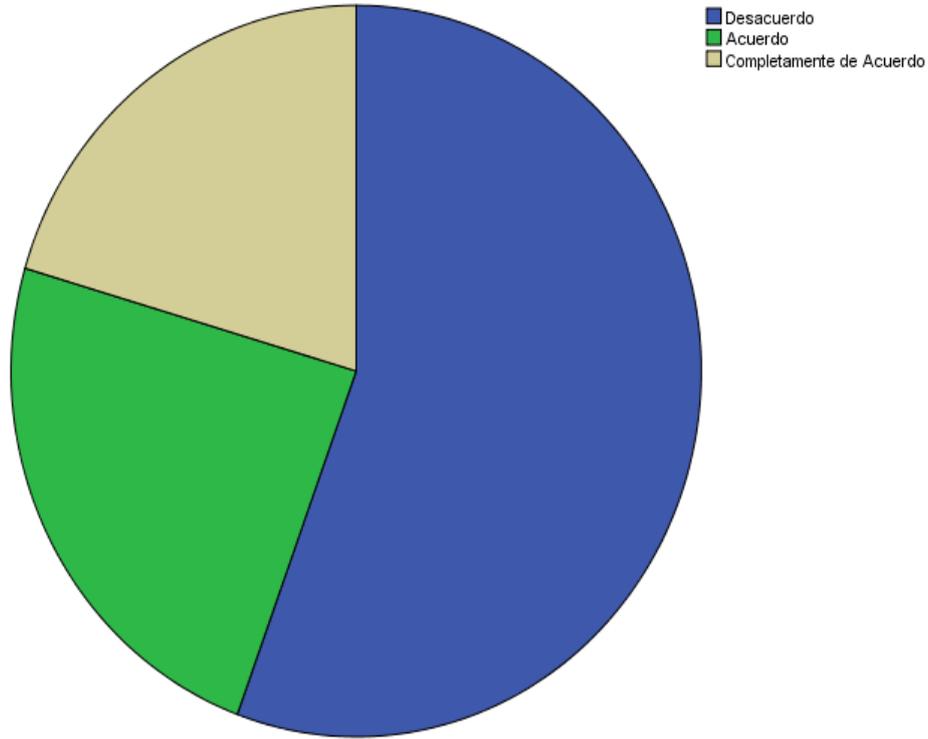


18. Los tiempos tanto para la teoría como para la práctica son adecuados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desacuerdo	144	36,0	55,6	55,6
	Acuerdo	62	15,5	23,9	79,5
	Completamente de Acuerdo	53	13,3	20,5	100,0
	Total	259	64,8	100,0	
Perdidos	Sistema	141	35,3		
Total		400	100,0		

Y, para finalizar, se hizo también una pregunta, con vista a mejorar para el futuro, si la satisfacción con los tiempos de teoría y práctica para los mismos eran adecuados, para los que los porcentajes fueron, de desacuerdo 55,6%, acuerdo 23,9% y completamente de acuerdo 20,5%.

18. Los tiempos tanto para la teoría como para la práctica son adecuados.



8.2. Observación participante.

8.2.1. Datos obtenidos de las observaciones

Vamos a presentar los datos que se han recopilado en las observaciones realizadas en la Sociedad de Prevención de Fremap.

8.2.1.1. Bloque A. Personas que acuden a la sociedad de Prevención de FREMAP

		Estudios			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin estudios	17	4,3	4,3	4,3
	Estudios primarios	20	5,0	5,0	9,3
	Estudios secundarios	27	6,8	6,8	16,0
	Bachillerato	21	5,3	5,3	21,3

	FPMed	94	23,5	23,6	44,9
	FPSupe	111	27,8	27,8	72,7
	DiplomUniv	38	9,5	9,5	82,2
	LicenUniv	17	4,3	4,3	86,5
	Grado Univ	28	7,0	7,0	93,5
	Master/Doctorado	26	6,5	6,5	100,0
	Total	399	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,3		
Total		400	100,0		

El 4,36% de las personas observadas no tienen estudios, el 5% ha cursado estudios primarios, el 6,8% la educación secundaria obligatoria, el 5,3% el bachillerato, el 23,6% la formación profesional de grado medio, el 27,8% la formación profesional de grado superior, el 9,5% una diplomatura universitaria, el 4,3% una licenciatura universitaria, el 7% grado y el 6,5% un máster o doctorado.

Entre las distintas profesiones que ejercen nuestros trabajadores destacamos:

- Empleado de banca
- Autónomo
- Carnicero
- Conductor
- Construcción
- Fruteros
- Peluquero - esteticista
- Pescadero
- Electricista

- Ingeniero
- Herrero
- Camarero
- Mecánico
- Cocinero
- Secretaria
- Técnico Informático
- Administrativo
- Vendedor ONCE

Motivo por el que acude a los SPF

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Formación en salud	107	26,8	26,8	26,8
Formación en prevención	95	23,8	23,8	50,5
Formación en salud y prevención	90	22,5	22,5	73,0
Vigilancia de la salud	108	27,0	27,0	100,0
Total	400	100,0	100,0	

El 27% de las personas observadas acuden para realizar vigilancia de la salud, el 23,8% información sobre actividades formativas en prevención, el 26,8% demanda formación relacionada con salud y el 22,5% realiza ambas formaciones en la SPF.

Cree que ha evitado algún accidente laboral propio o a algún compañero gracias a los cursos de prevención de accidentes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	347	86,8	86,8	86,8
	NO	53	13,3	13,3	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

El 86,8% de los trabajadores reconocen haber aumentado su seguridad y haber bajado el número de accidentes personales o de compañeros.

Cree que ha mejorado su salud en cuanto a calidad y/o evitar enfermedades tras realizar algún curso de educación para la salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	316	79,0	79,0	79,0
	NO	84	21,0	21,0	100,0
	Total	400	100,0	100,0	

El 79% de las personas observadas declaran haber mejorado su salud, gracias a la formación recibida en actividades de promoción de la salud.

8.2.1.2. Bloque B. Organización y coordinación interna de la Sociedad de Prevención de FREMAP

¿Qué tipo de formación y servicios proporciona el SPF a los trabajadores que acuden?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Formación en salud	204	51,0	51,0	51,0
	Formación en prevención	144	36,0	36,0	49,0
	Vigilancia de la salud	52	13,0	13,0	100,0

Total	400	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

Después de estudiar los datos presentados en las tablas de observación, podemos indicar que el 51% de los cursos de formación, que ofrece la SPF a los trabajadores, éstos acuden a dichos cursos para mejorar y aumentar la calidad de la salud. En relación a los cursos de prevención son el 36% los que acceden a los mismos con la intención de conocer aspectos relacionados con esta temática, mientras que el resto 13% acude simplemente a la vigilancia de la salud.

Los recursos materiales que la SPF facilita a los trabajadores que acuden a los mismos son:

- Recursos audiovisuales (películas y documentales).
- Recursos de formación (material fungible, material didáctico...).
- Recursos documentales sobre salud (libros, artículos).

Los cursos tienen un número limitado de trabajadores, donde el límite máximo de asistentes oscila entre los 20 y 50 alumnos.

Los cursos están compuestos de trabajadores de diferentes empresas, las cuales han ofrecido los cursos ofrecidos por el SPF a sus trabajadores. Existen cursos específicos para algunas profesiones específicas como, por ejemplo, el curso de prevención de patologías vocales. Igualmente, el SPF crea y desarrolla cualquier otro curso relacionado con la salud y la prevención que cualquier cliente demande.

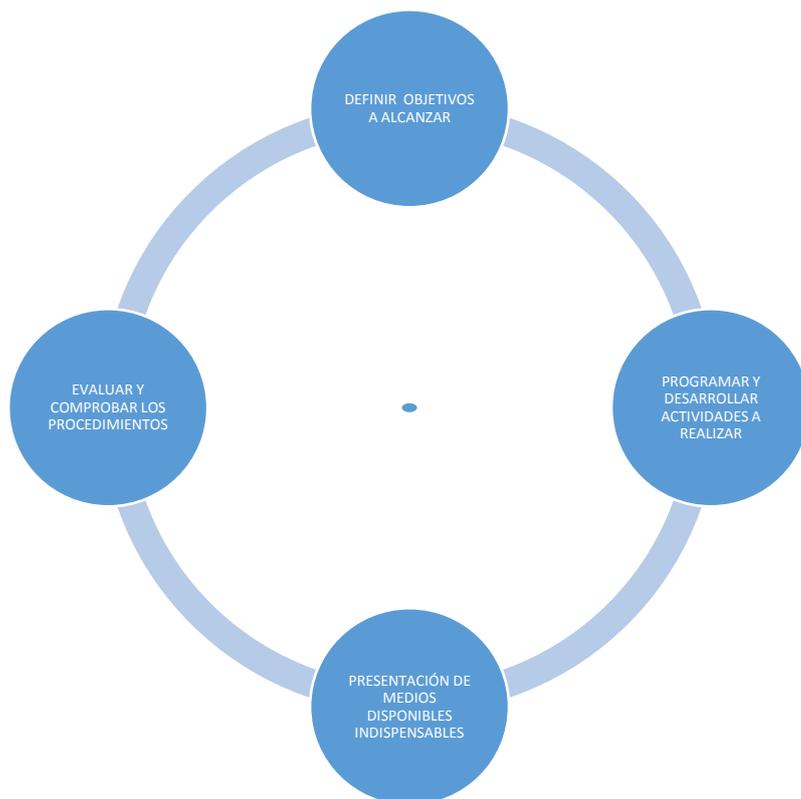
Los cursos ofrecidos por la SPF se coordinan así:

- Mediante un calendario de trabajo establecido y coordinado.

- Organización por equipos de trabajo.
- Mediante correo electrónico.
- Mediante la página Web de la SPF.
- Existe asesoramiento multidisciplinar.

La SPF fija un sistema de seguimiento y evaluación continua de sus propios procesos de actuación, como se desarrolla en el gráfico expuesto a continuación:

Gráfico VIII. Seguimiento y evaluación continua realizada por la SPF.



Fuente: Elaboración propia.

¿Cuál es el perfil de los trabajadores que acuden a los cursos de formación en la SPF?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Trabajadores poco cualificados por cuenta ajena	132	33,0	33,0	33,0
Trabajadores autónomos	122	30,5	30,5	63,5
Directivos y otros profesionales	146	36,5	36,5	100,0
Total	400	100,0	100,0	

Durante las sesiones de observación, un total de 400 trabajadores acudieron al SPF para realizar cursos de formación relacionados con la salud y la prevención.

El 33% de los trabajadores que acuden a formación son trabajadores pocos cualificados, el 36,5% son directivos y profesionales con titulación y el 30,5% son autónomos o profesionales libres.

La SPF promueve sus cursos a través de:

- Su página Web.
- Sus empresas clientes. Redes Sociales.
- Trípticos y folletos informativos.
- E-mail.
- Congresos, conferencias y jornadas

8.3.1.3. Bloque C. Colaboración externa de la SPF

La SPF colabora con diferentes organismos, entidades y Administraciones públicas.

Entre ellas podemos citar, como más relevantes:

- Ayuntamiento de Sevilla.
- Universidad de Sevilla.
- Universidad Pablo Olavide.
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ministerio de Defensa.

- Sevilla Futbol Club.

- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).

- Supermercados ALCAMPO S.A. Sevilla.

- Scheneider Sletric, antigua ABENGOA.

- CC.OO.

En definitiva, podemos concluir indicando que un gran porcentaje de trabajadores está muy preocupado por sus condiciones de salud y por asuntos relacionados con la prevención. Dada la gran siniestralidad laboral que sufre nuestro país, la prevención se torna como una necesidad crucial y esta carencia la asumen una mayoría de trabajadores, porque entienden que es preciso formarse en esta materia, para entrar en los puestos de trabajo sin riesgos y con la seguridad precisa que otorga la formación recibida en estas materias. El reto está en extender este deseo de formación en asuntos de higiene laboral, seguridad y prevención a todos los trabajadores y a las empresas, de forma que estos colectivos entiendan y asuman la necesidad de esta formación que mejoraría, sin duda, la calidad del trabajo.

Capítulo 9. Conclusiones y futuras líneas de investigación

En este capítulo de conclusiones nos vamos a referir a los distintos matices vinculados con la educación para la salud en el mundo laboral y a su influencia en la sociedad que rodea a los trabajadores que son formados en esta materia. Estas conclusiones son el resultado de la labor llevada a cabo en esta investigación desarrollado gracias a varias facetas como pudiera ser la teórica y la práctica realizada por la experiencia en formación de la Sociedad de Prevención Fremap, de los trabajadores que acuden a este tipo de cursos y de las declaraciones de aquellos profesionales que trabajan en este campo para mejorar en definitiva la salud de todos.

9.1. Conclusiones generales

Llevado a fin el arduo procedimiento que conlleva el estudio de una realidad definida, es imprescindible sintetizar el amplio conocimiento adquirido y convertirlo en algo viable para su trasmisión mediante un proceso de síntesis y desde el cual se pueda afrontar de forma general los rasgos más importantes y atrayentes de esta investigación. La selección de las estrategias utilizadas para nuestro estudio, ha estado caracterizada por los componentes de dicho estudio que han sido tanto de tipo cultural, educativo como social.

La Sociedad e Prevención de Fremap se funda con la pretensión de ser un servicio a las empresas, a sus trabajadores y por ende a la sociedad, con el fin de preservar y fomentar la salud de todos. Desde la SPF se pretende dar un tratamiento integral de la salud de los trabajadores así como promover empresas más seguras y saludables.

Así Los trabajadores que acuden a sus cursos de formación en educación para la salud y prevención de accidentes, reciben información y formación tanto teórica como práctica haciéndolos parte integrante como sujetos activos de dicha formación e incluso de los procesos de formación de la SPF. En los trabajadores que han recibido los programas de educación para la salud y prevención de accidentes , las diferencias encontradas entre los valores promedio del pretest y del postest, en todas las variables estudiadas, alcanzan significación estadística en la mejora y calidad de la salud de estos y en la de su entorno.

La Sociedad de Prevención de Fremap, desde su segregación parcial de la mutua Fremap en 2005 y total un año después, ha tenido y tiene un cometido fundamental, el cuidar y fomentar la salud de todos sus trabajadores, promoviendo, planificando y desarrollando entre otras cosas estrategias y cursos formativos de educación para la salud en diferentes áreas del mundo laboral que acaban repercutiendo a corto plazo en la salud de toda su comunidad y por tanto en toda la sociedad, ya que dichos trabajadores tienen sus roles en diferentes escenarios donde todos están interrelacionados. La accesibilidad a este tipo de formación, favorece de una forma u otra, a todos los individuos que forman parte de la sociedad.

Gráfico. IX. La interrelación del trabajador con la comunidad.



Fuente: Elaboración propia

De suma importancia es el tener en cuenta que no hay que olvidar a los formadores, pertenecientes a diferentes disciplinas de la salud y la prevención, pues son profesionales muy comprometidos y concienciados de su importante labor, presentando verdaderas inquietudes tanto a nivel pedagógico como social de todo lo que conlleva una buena educación para la salud a todos los niveles. Ellos son el principal motor de motivación y el eje conductor de la educación para la salud de la SPF, para que cada trabajador, como protagonista y promotor de su salud, y por extensión la de su comunidad y la de toda la sociedad en general, en un lugar y momento determinado, sea participe y consciente de sus propios procesos de cambio y transformación, asumiendo un punto de vista responsable y crítico ante su entorno tanto laboral, familiar como social y por tanto sea capaz de ofrecer todo su empeño para desarrollarla y fomentarla.

Todos los formadores de la SPF, consideran importantísima esta concienciación del trabajador, ya que es uno de los motores de cambio más importantes de la salud en el lugar de trabajo y en la comunidad pues son conscientes de los problemas y deficiencias y pueden participar en resolución. Desde la SPF se le concede gran importancia a la participación activa de los trabajadores, a su compromiso con la mejora de su propia salud, la de su entorno de trabajo y a la de toda la comunidad, así como a mantenerse a la expectativa de nuevas formaciones y encuentros para el fomento y el aumento de la calidad de vida relacionada con la salud. De los programas de salud centrados en la resolución de problemas de salud parece desprenderse, que los protocolos para atender este problema de salud deben incluir programas concretos y específicos a los diferentes grupos de trabajadores.

Los cursos de formación en educación para la salud, creados y desarrollados por la SPF, han englobado diferentes aspectos de la mejora e incremento de la salud en los trabajadores. Así podemos indicar que la SPF ha proporcionado soluciones a los problemas específicos vinculados a la salud en la empresa. Por ello estos programas y cursos personalizados para cada grupo específico de trabajadores son claramente eficaces para la prevención de accidentes laborales y enfermedades tanto profesionales como comunes, aumentando la concepción general de mejora en la

salud del trabajador y por tanto de toda la sociedad frente a la no realización de estos programas de educación para la salud.

Los trabajadores son capaces de identificar cuáles son los riesgos e igualmente de automatizar mecanismos y hábitos de comportamientos positivos en relación a los problemas y ataques que se presentan hacia su salud.

Bien es verdad que entre los problemas detectados en dichos cursos de formación debemos destacar la deficiencia a la hora de reafirmar conocimientos con el apoyo de nuevos cursos más cercanos en el tiempo así como la realización de otros de profundización en las materias impartidas.

Debemos señalar, después de nuestra investigación, que con el fin de mejorar la salud en el mundo laboral por parte de la SPF, hemos comprobado un aumento importante en este tipo de formación, ya hemos observado que las empresas, aunque sea de una forma egoísta, han sido conscientes de la importante repercusión que tiene en su productividad y organización, tanto la buena salud como la calidad de esta en sus trabajadores.

Dentro de la SPF los distintos profesionales correspondientes a otras tantas disciplinas han sido capaces de combinar sus esfuerzos y conocimientos para, desde una forma interdisciplinar, englobar y adaptar los programas de educación para la salud a los distintos niveles de formación requeridos.

A pesar de la extensa y compleja terminología aplicada en las ciencias de la salud, usando un lenguaje sencillo, claro y nada rimbombante, se ha podido llegar a todos los niveles educativos e intelectuales de los diferentes grupos participantes, gracias tanto a los materiales pedagógicamente diseñados por los profesionales correspondientes, como al material de apoyo.

La educación para la salud en el mundo laboral, es una labor que necesita la interdisciplinariedad. A pesar de ello, este tipo de formación está considerada como exclusivamente perteneciente al mundo de la medicina. Es por ello que es necesario un

nuevo enfoque en este sentido, ya que los nuevos modelos formativos, requieren de otros roles profesionales para dar respuesta a las demandas creadas en estos tipos de cursos de formación. Consideramos fundamental la formación universitaria bajo una visión interdisciplinar para el desarrollo de estos dentro del mundo de la educación para la salud en un entorno laboral.

La educación para la salud dentro de nuestra sociedad, está necesitada de intervenciones inaplazables tanto de las instituciones públicas como desde las privadas. Debe abarcar todos los estratos sociales. A tener en cuenta la importancia que tiene el comenzar con este tipo de educación tanto en la enseñanza básica, en los institutos y por supuesto como ya hemos indicado en la universitaria. El objetivo último será el incrementar los niveles de salud, tanto como en calidad como en durabilidad en la comunidad. Los profesionales que trabajan con y para esta población deben asumir un comportamiento más activo en la defensa de los principios de normalización e integración social de estos colectivos. Los cimientos para hacer frente a esta necesidad está más o menos creados pero la crisis económica y por tanto la del estado de bienestar en nuestro país, ha causado merma en este tipo de formación.

Se han hecho pequeños esfuerzos en este sentido creando asignaturas transversales y otras específicas que no han tenido en nuestra opinión el calado necesario, “nada más que hay que asomarse ahí fuera...” Bien sea por la falta de recursos tanto humanos como materiales para afrontar estas necesidades educativas de la toda la comunidad. Muy importante es tener en cuenta el entorno donde se desarrollan estos individuos ya que marcará su salud para toda la vida. No apoyar este tipo de formación desde todos los ámbitos, obstaculizará el desarrollo y lo niveles de calidad en salud de estas personas. La diversidad de los estudios encontrados sobre nuestra temática y la gran cantidad de conclusiones a las que llegan los diversos autores, nos permiten aproximarnos a plantear presupuestos teóricos sobre la resolución de problemas de salud desde la Pedagogía, desde donde se debe hacer hincapié en la adaptación de los diferentes programas de salud según los niveles conceptuales de los individuos y por extensión de los trabajadores, la creación de material más didáctico y adecuado a la docencia y la inversión en crear nuevos

programas de salud en el trabajo que redundan en toda la comunidad. Considerar a los trabajadores que acuden a los cursos de educación para la salud como un grupo homogéneo entre ellos, es un error. Este conjunto de individuos comparte las mismas diferencias que comparte otro grupo heterogéneo cualquiera, en razón de sexo, edad, nivel intelectual, económico o cultural. Por ello debemos de tener en cuenta a la hora de desarrollar cualquier programa, a quien va dirigido y cuáles son sus características para adaptarlo a estas diferencias citadas.

Desde la perspectiva del principio de “salud para todos”, se refleja la necesidad de ejecutar de manera estricta la normativa que regula el cumplimiento de mínimos de accesibilidad, así como facilitar la formación adecuada a los profesionales relacionados con el sector.

Las nuevas tecnologías, han supuesto la aparición de nuevas y variadas oportunidades a todos los niveles, bien sea en el acceso a la educación, a la información o a la cultura pero también ha traído nuevos obstáculos que pueden convertirse en nuevos retos formativos como podría ser la formación On-line. En este sentido en los últimos años, este tipo de formación en salud ha advertido un relevante aumento, debido principalmente al abaratamiento de los costes y al ahorro de tiempo que supone el no desplazamiento a los centros de formación, pero a la vez creemos que podría ir en decremento de la calidad y la asimilación de conocimientos ya que es muy importante la motivación y la concienciación del trabajador-alumno, así como la necesidad de desarrollar de forma práctica aquellos conocimientos que se van adquiriendo, perdiéndose además ese dinamismo en las relaciones sociales que posibilitan el intercambio de experiencias de individuos pertenecientes a otros contextos.

El 8 de noviembre del 1995 se aprueba la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y dos días después entra en vigor esta nueva ley en donde se habla de la necesidad de garantizar y establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores, indicando que cada trabajador reciba una formación tanto teórica y

práctica, suficiente y adecuada. La salud de los trabajadores se reconoce como un valor en nuestra sociedad y es un indicador del desarrollo de la misma. Por tanto a partir de esta fecha y de manera exponencial, se ha ido fomentando con el diseño de nuevos cursos la educación para la salud y la prevención de accidentes. A pesar de ello, aun existen escollos culturales y económicos que se deben de superar por todos los miembros de la comunidad laboral participante en este contexto que abarca desde los empresarios, los trabajadores, los representantes de estos a los servicios de prevención. Sin embargo no cabe duda que con esta ley se ha conseguido un avance importante para garantizar los derechos de los trabajadores tanto en el fomento de su salud como en el de la prevención de accidentes. Pensamos que habría que concienciar más al sector empresarial para que fuera consciente de la enorme repercusión que tiene este tipo de formación en el tiempo, dentro de sus empresas, tanto en ahorro económico, en horas de trabajo como en personal. Hay que crear y consolidar una cultura de la salud en el trabajo donde participen todos los agentes sociales. La educación para la salud debe desarrollarse desde el reajuste de las estructuras empresariales y las peculiaridades y actitudes en que se reafirman.

Es imprescindible el total acatamiento de la normativa específica que desarrolla el mandato constitucional (Constitución Española 1978), en sus artículos número 15, 40, 43, que establece la cobertura de los derechos civiles básicos de los ciudadanos.

Es fundamental por parte de los trabajadores, de sus representantes y de sus coordinadores en prevención, conocer cuáles son sus carencias, conocer cómo deben gestionar su participación, llegando a ser capaces de proponer medidas, solicitar información y documentación o conocer las recomendaciones que pueden incorporarse a la negociación colectiva, y que tipo de formación requieren para que redunde en un mayor beneficio para el conjunto de ellos, de la empresa de su entorno y de toda la sociedad, en materia de salud.

Tanto la educación en general como más concretamente la educación para la salud deben estar capacitadas para dar soluciones a la pluralidad, debiendo buscar una mayor implicación del individuo en su aprendizaje, en la cultura para la salud y en la

preventiva, así como en su ámbito social, realizando intervenciones educativas que favorezcan la integración de todos los individuos llegando a ser un contexto educativo normalizado desde sus inicios.

9.2. Futuras líneas de investigación

Es fundamental seguir investigando en la educación para la salud en el ambiente laboral. Debemos partir de las premisas iniciales de este trabajo, donde se hacía referencia a que esta educación debe tener sus inicios en las edades más tempranas de los niveles educativos infantiles, para así obtener una total asimilación, desarrollo y puesta en práctica de los conocimientos obtenidos, que mejoren nuestra salud y, en definitiva, nuestra calidad de vida, aumentando esa cultura de la salud de la población que repercutirá en todos los ámbitos sociales tanto económicos, educativos como sanitarios.

Papel importante sería el desempeñado por los pedagogos como expertos en la creación de planes formativos en la materia, ya que aparte de la raíz técnico-sanitaria de base, la adaptación de estos conocimientos a los diferentes estatus sociales, ya sean peones o directores económicos, es un factor decisivo y fundamental a tener en cuenta para la comprensión y asimilación de estos conocimientos por parte de los discentes. Es aquí donde se abre un amplio abanico de posibilidades, que los pedagogos deberíamos aprovechar como nuevos retos profesionales y con la posibilidad, de poder llegar a todos los estratos sociales de la población, mejorando la calidad de vida de todos y de cada uno en particular. Como nos recuerda Morón Marchena (1998), la salud es objeto de estudio de la pedagogía, es, más, la concepción actual de salud, asociada a su promoción, no puede entenderse sin contemplar el elemento educativo.

El entorno laboral constituye un lugar idóneo para avanzar en la consecución de objetivos como la evaluación, la educación, el asesoramiento y la promoción de la

salud en general. Desde el enfoque de la formulación de políticas de prevención de riesgos laborales, el lugar de trabajo favorece el desarrollo de este tipo de actividades, ya que su aplicación suele requerir una amplia concentración de personas. Además, la mayoría de los trabajadores se encuentran en una ubicación laboral predecible durante un periodo de tiempo significativo.

El lugar de trabajo suele ser un entorno controlado en el que las personas o los grupos pueden someterse a un programa educativo o recibir consejos sin las distracciones propias del hogar o la precipitación habitual de los centros médicos.

La salud es una función habilitadora, es decir, permite a las personas alcanzar otras metas, incluida una actuación acertada en el cumplimiento de sus funciones profesionales.

Las empresas desean optimizar la salud de sus trabajadores debido a la directa vinculación que existe entre esta y la productividad en el trabajo, tanto cuantitativa como cualitativa. Por tanto, reducir la aparición (incidencia) y la existencia (prevalencia) de enfermedades que conlleven al absentismo, incapacidad o trabajo deficiente constituye un objetivo prioritario que justifica una inversión considerable. Las organizaciones de trabajadores, creadas para aumentar el bienestar de sus miembros, también tienen un interés intrínseco en patrocinar programas que pueden mejorar el estado de salud y la calidad de vida.

El patrocinio financiero debe completarse con el compromiso de la empresa, tanto de la alta dirección como de los mandos intermedios.

Las empresas tienen muchas prioridades. Si la promoción de la salud es una de ellas, debe ser apoyada financieramente de forma activa y manifiesta por la dirección y recibir una atención continuada, destacando su importancia ante los trabajadores, los accionistas, los directivos y los inversores.

La planificación de los programas suele comenzar con una evaluación de las necesidades. En algunos casos, la evaluación de las mismas comprende el análisis de los problemas de salud de los trabajadores, con base en el estudio de los archivos clínicos del servicio médico, los registros de asistencia sanitaria, las indemnizaciones por incapacidad o por accidente de trabajo y los datos sobre absentismo. Este análisis ofrece información epidemiológica sobre la prevalencia y el coste de los diferentes problemas de salud, tanto somáticos como psicológicos, y permite la evaluación de las oportunidades existentes en materia de prevención desde el punto de vista programático (planificador) y financiero.

Por último y no por ello menos importante, queremos mostrar nuevos caminos de investigación que se van abriendo a medida que se ha profundizado en la materia relacionada con la asimilación de hábitos y valores en salud, el fomento de la salud y su calidad y de la prevención de accidentes, todo ello dentro del mundo laboral:

- La inclusión de la formación en educación para la salud en el mundo laboral a nivel universitario.
- El impacto en el gasto sanitario con la reducción de accidentes laborales, enfermedades profesionales y con el fomento de la salud en el mundo laboral.
- Eficacia del uso de nuevos recursos tecnológicos en la educación para la salud en los contextos laborales.
- La importancia de la integración de equipos multidisciplinares en la educación para la salud en el mundo laboral.
- La importancia de la adaptación pedagógica en programas de salud con diferentes grupos sociales.

IV BIBLIOGRAFÍA

1. Referencias bibliográficas

ÁLVAREZ, J.M. (1986). Investigación cuantitativa / Investigación cualitativa: ¿Una falsa disyuntiva? En Cook, T. D. y Reichardt, CH. S (2005). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, pp. 9-23.

ANDER-EGG, E. (1988). *Diccionario del Trabajo Social*. Buenos Aires: Humánitas. 10ª edición.

ANGUERA, M.T. (1985). *Posibilidades de la metodología cualitativa vs. Cuantitativa*. En Revista de Investigación Educativa. Vol. 3, 6, pp. 127-144.

ANGUERA, M.T. (1987). *Uso de mapas conductuales y cognitivos en evaluación ambiental*. En Pérez, G. (1994). Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Madrid: La Muralla.

ANGUERA, M.T. (1995). *Metodología cualitativa*. Madrid: Cátedra.

ANDER, E. (1980). *Técnicas de investigación social*, Buenos Aires: El Cid Editor.

ANDER, E. (1990). *Evaluación de programas de trabajo social*. Buenos Aires: Humánitas.

ATKINSON, R. (1981). *The use of model in experimental psychology*. New York: Reidel Publishing Company.

BARQUÍN, J. y FERNÁNDEZ, J. (1992). *Investigación e intervención en el ámbito sociocultural*. Málaga: ANCYSA.

BARTOLOMÉ, M. (1992). *Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar?* Revista de Investigación Educativa, 20, pp. 7-36.

BECKER, H.S. y WAX, R.H. (1979). *Observación social y estudios de casos sociales*. En Sills, D.L. (Dir.). Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Madrid: Aguilar, Vol. 7, pp. 384-389.

- BERICAT, E. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y medida*. Barcelona: Ariel.
- BOIX, P. y VOGEL, L. (1997). Participación de los trabajadores. En García, F. C.; Ruiz, C. y García, A.M. *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson, 373-381.
- BOGDAN, R. y BIKLEN, S. (1982). *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- BOURDIEU, P. (1991). *El Sentido Práctico*. Madrid: Taurus.
- BOVEDA, (1993). *Investigación II*. En Sánchez R., Javier. Medellín: FUNLAM (Módulo).
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1994). *Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales*. *Fermentum*, 8-9: 165-176.
- BROWN, H. (1983). *La nueva filosofía de la ciencia*. Madrid: Tecnos.
- BUENDIA, L. (2002). La observación científica en educación social y animación sociocultural. En López, F. y Pozo, T. (Coords). *Investigar en educación social*. Sevilla: Consejería de Relaciones Institucionales. Junta de Andalucía, pp. 49-69.
- BUNGE, M. (1973). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- BUNGE, M. (1980). *Epistemología*. Barcelona: Ariel.
- BUNGE, M. (1992). *La ciencia, su método y su filosofía*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CABERO, J. (2001). *Tecnología educativa. Diseño y utilización de medios en la enseñanza*. Barcelona: Paidós,
- CABERO, J. y Barroso, J. (2013). *La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el coeficiente de competencia experta*. *Bordón* 65 (2), pp. 25-38.
- CALVO BRUZOS, S. (1992). *Educación para la Salud en la Escuela*. Madrid: Díaz de Santos.

CAMACHO HERRERA, A. (2000). *Educación de Adultos y Salud Comunitaria, La coordinadora de Salud del Polígono Sur*. Sevilla: Departamento de Teoría e Historia de la Educación y Pedagogía Social. Universidad de Sevilla.

CAMPBELL, D. (1986). *Grados de libertad y el estudio de casos*. En Cook, T. D. y Reichardt, Ch. S. (Eds.). *Métodos cuantitativos y cualitativos en investigación educativa*. Madrid: Morata, pp. 80-104.

CARR, W. (1983). *Can educational research be scientific?* En *Journal of Philosophy of Education*. Vol. 17, 1, pp. 35-43.

CARR, W. (1990). *Hacia una ciencia crítica de la educación*. Barcelona: Laertes.

CARR, W. y KEMMIS, S. (1988). *Teoría crítica de la enseñanza. La investigación acción en la formación del profesorado*. Barcelona: Martínez Roca.

CLARCK, C. y YINGER, R. (1977). *Research on teacher thinking*. Michigan: University of State of Michigan.

COHEN, L. y MANION, L. (1980). *Research methods in education*. London: Croom Helm.

COLÁS, P. (1994). *La metodología cualitativa en España. Aportaciones científicas a la educación*. *Bordón*, 46, pp. 407-412.

COLÁS, M^a. P; BUENDÍA, L. y HERNÁNDEZ, F. (1997). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.

COLÁS, M^a. P. y BUENDÍA, L. (1998). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.

COLÁS Bravo, P. y REBOLLO, M^a A. (1993). *Evaluación de programas. Una guía práctica*. Sevilla: Kronos.

COLÁS, P. y EISMAN, B. (1992). *Investigación educativa*. Sevilla: Alfar.

COMELLES, J.M. Y MARTÍNEZ, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad: un ensayo sobre la Antropología social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

COOK, T. y REICHARDT, C.H. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.

COULON, A. (1988). *La etnometodología*. Madrid: Cátedra.

DEL RINCÓN, D; ARNAL, J; LATORRE, A. y SANZ, A. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.

DE MIGUEL, M. (2000). Evaluación externa de un programa de educación social. En Pérez, G. (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural*. Aplicaciones prácticas. p.301. Madrid: Narcea, pp. 287-319.

DEMO, P. (1985). *Investigación participante. Mito y realidad*. Buenos Aires: Cincel-Kapelusz.

DEMO, P. (1988). *Ciencias sociales y calidad*. Madrid: Narcea.

DE VOS, G. (1981). *Antropología psicológica*. Barcelona: Anagrama.

DEWALT, KATHLEEN M. & DEWALT, BILLIE, R. (2002). *Participant observation: a guide for fieldworkers*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.

DOC, EDF (2009). *Educación inclusiva. De las palabras a los hechos. Declaración*. Disponible en Web:

http://www.feaps.org/SPIP/IMG/pdf/EDF_Declaracion_Educ._Inclusiva.pdf.

DURKHEIM, E. (1974). *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Morata.

EGGLESTON, J. (1980). *Sociología del currículo escolar*. Buenos Aires: Troquel.

ELLIOT, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Morata.

ERICKSON, F. (1989). *Métodos cualitativos de la investigación sobre enseñanza*. Madrid: Paidós-MEC.

ESCUADERO, J. M. (1987). *La investigación-acción en el panorama actual de la investigación educativa: algunas tendencias*. En Revista de Innovación e Investigación Educativa, 3, pp. 14-25.

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD (2000). *Prevención de Conductas de Riesgo en Adolescentes*. Madrid: Formación Continuada, Universidad Complutense.

ESTEBAN, M^a. L.; COMELLES, J.M.; DÍEZ MINTEGUI, C. (Eds.) (2010). *Antropología, Género, Salud y Atención*. Barcelona: Bellaterra.

FALS BORDA, O. (2001). Investigación-acción participativa. En Pérez, G. (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea, pp. 57-81.

FAURE, E. y OTROS. (1983). *Aprender a ser*. Madrid: Alianza y UNESCO.

FEDERIGUI, P. (1992): Tendencias europeas en la educación de adultos. Comunicación presentada en el II Curso de formación de la Confederación de AA.VV. de España. Celebrada en Mallorca, del 24 al 30 de agosto.

FEDERIGUI, P. (1994): Tendencias actuales en la educación de adultos en Europa. En *Entre líneas. Apuntes para la educación popular*. Nº 10, 77-107.

FIELDING, J.E. (1999). Asistencia Sanitaria. Promoción de la salud en el Trabajo. En Organización Internacional del Trabajo. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 15.9-15.13

FREIRE, P. (1970). *La Concientización*. Caracas: Instituto Agrario Nacional.

FREMAP (2014) Mutua de Accidentes de Trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social nº 61 en Web:

<http://www.fremap.es/Conocenos/quienesfremap/Paginas/TrayectoriaHistorica.aspx>

GARCÍA AMILBURU, M^a. (2002). El ser cultural del hombre. En Bouché Peris, H.; García Amilburu, M^a. ; Quintana Cabanas, J.M^a.; Ruiz Corbella, M. *Antropología de la educación*. Madrid: Síntesis, Educación. 83-93.

GARCÍA MARTÍNEZ, A. (Coord.) (1998). *Claves de Educación para la Salud*. Lleida: Colección Texto-Guía ICE, Universidad de Murcia.

GARCÍA MARTÍNEZ, A.; SÁEZ CARRERAS, J.; ESCARBAJAL DE HARO, A. (2000). *Educación para la Salud: La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones S.A.

GARCÍA, V. (1994). *Tratado de educación personalizada: Problemas y métodos de investigación en educación personalizada*. Madrid: Ediciones RIALP.

GARCÍA, E. (1991). *Una teoría práctica sobre la evaluación. Estudio etnográfico*. Sevilla, M.I.D.O.

GARROTE GARROTE, A.; DEL COJO ARROYO, T. (2011). *La Educación Grupal para la Salud: Reto o realidad*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.

GARY, K. (2000). *El diseño de la investigación social: la inferencia de los estudios cualitativos*. Madrid: Alianza.

GEERTZ, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

GEORGE, D. y MALLERY, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A Simple Guide and Reference*. 11.0 Update (4.ª ed.). Boston: Allyn y Bacon.

GERVÁS, J. (2004). La prevención cuaternaria. *Madrid: OMC*. 95: 8.

GERVÁS J. (2007). ¿El trabajo diario? ¡Basado en la prevención cuaternaria! Alcalá de Henares: *Boletín REAP*. Abril-junio 2007 Volumen 4, nº 1, 6-7.

GIL HERNÁNDEZ, F. (Coord.) (2005). *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona: Masson.

GLAZER, N. y HUBERMAN, B. A. (1993). The outbreak of cooperation. *Journal of Mathematical Sociology*, 17, 281-302.

GOETZ, J. P. y LECOMPTE, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.

GOYETE, G. y LESSARD-HERBERT, M. (1998). *La investigación-acción: sus funciones, sus fundamentos y su instrumentación*. Barcelona: Laertes.

GRIAULE, M. (1977). *Método etnográfico*. París: Universitaires Press.

- GUBA, E. G. (1981). *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista*. En Gimeno, J. y Pérez, A. (Eds.) (1985). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, pp. 148-165.
- GUERRERO, J. (1991). *Introducción a la investigación etnográfica en educación especial*. Salamanca: Amarú.
- GUYOT, I; PUJADE, L. y ZIMERMAN, D. (1974). *La recherche en èducation*. Paris: Les Editions ESF.
- HABERMAS, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- HABERMAS, J. (1984). *Ciencia y técnica como ideología*. Madrid: Tecnos.
- HABERMAS, J. (1988). *Teoría y praxis*. Madrid: Tecnos.
- HAMILTON, D. (1980). Contraste de supuestos entre el análisis de muestras y el estudio de casos en la investigación. En Gimeno, J. y Pérez, A. (Eds.) (1985). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, pp. 139-147.
- HAMILTON, D. (1982). La investigación educativa y las sombras de Francis Galton y Ronald Fischer. En Dockrell, W. B. y Hamilton, D. (Eds.). *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa*. Madrid: Narcea, pp. 183-203.
- HERNÁNDEZ, R. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill.
- HERRERA, M^a M. (2002). La técnica de encuesta en investigación social. En López, F. y Pozo, T. (Coords.). *Investigar en educación social*. Sevilla: Consejería de Relaciones Institucionales. Junta de Andalucía, pp. 107-115.
- HOLT, R. (1984). *Research methods in social relations*. New York: E. Press.
- IBAÑEZ, J. (1986). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En García Ferrando, M. et al. (Comps.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, pp. 49-83.
- ILLICH, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.

- JANESICK, V. (1994). *Stretching excersises for cualitative researchers*. Sage: Thousand Oaks.
- KAUFMAN, R.A. (1972). *La planificación de sistemas educativos*. México. Trillas.
- KATZ, D. (1979). Los estudios de campo. En Festinger, L. y Katz, D. (Eds.). *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Paidós, pp. 67-103.
- KEMMIS, S. y MAC TAGGART, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Alertes.
- KUHN, T. S. (1986). *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- LAMSON, W. (1976). *Elementos de investigación*. Barcelona: Omega.
- LANDETA, J. (2002). *El método Delphi: una técnica de previsión del futuro*. Barcelona: Ariel.
- LANDSHEERE, G. DE (1986). *Le recherche en èducation dans le monde*. París, P.U.F.
- LAUDAN, L. (1986). *El progreso y sus problemas. Hacia una teoría del crecimiento científico*. Madrid: Encuentro.
- LAPLANTINE, F. (1999). *Antropología de la Enfermedad: Estudios etnológicos de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Buenos Aires: Del Sol S.R.L., Serie Antropología.
- LEAVELL, H.R. and CLARK, E.G. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An Epidemiologic Approach*. Blakiston Division, New York: McGraw-Hill.
- LEÓN, G. y MONTERO, I. (2004). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw-Hill.
- LÓPEZ NOGUERO, F. (2002). Prólogo. Investigar en educación social, conocer y reflexionar para la acción. López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (Coords.). *Investigar en educación social*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Relaciones Institucionales, 9-13.

LUCIO-VILLEGAS RAMOS, E.L. (1994). Movimientos Sociales y Educación de Personas Adultas. En Sánchez Román, A. (Comp.). *La educación permanente como proceso de transformación*. Sevilla: M. C. E. P., 197-209.

MALDONADO, A. y RODRÍGUEZ, C. (2002). *Los organismos internacionales y la educación en México. El caso de la educación superior y el Banco Mundial*. Revista *Acta Académica* (Universidad Autónoma de Centroamérica-Costa Rica) 30, pp. 180-203.

MARCELO, C. y PARRILLA, A. (1991). *El estudio de casos: una estrategia para la formación del profesorado y la investigación didáctica*. En Marcelo, C; Parrilla, A; MINGORANCE, P; ESTEBARANZ, A; SÁNCHEZ, M^a. V. y LLINIARES, S. (1991). *El estudio de casos en la formación del profesorado y la investigación didáctica*. Sevilla: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla, pp. 11-74.

MARÍN, R. y PÉREZ, G. (1984). *Pedagogía Social y Sociología de la Educación*. Madrid: UNED.

MARSHALL, C. y ROSSMAN, G. B. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.

MARTÍN GALÁN A. M. (2004). Promoción de la salud en la empresa. Martín Galán A.M. (Coord.) Curso superior de prevención de riesgos laborales. Planificación y gestión en la enfermería de empresa. Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna E ilustre colegio Oficial de enfermería de Sevilla.

MARTÍN ZURRO, A. y CANO PÉREZ J.F. (2003). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (5ª edición). Madrid: Elsevier España.

MCDONALD, B. (1976). *La evaluación y el control de la educación*. En Gimeno, J. y Pérez, A. (Eds.) (1985). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal, pp. 467-478.

MEAD, G. (1999). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona: Paidós.

MEJÍAS MARTÍNEZ, J. C. (1995). Educación para la salud en el medio laboral. En Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Educación para la Salud, un reto para todos*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 255-259.

MEJÍAS MARTÍNEZ, J. C. (1998a). Educación para la salud en la tercera edad. En Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Educación para la Salud: Fundamentos y Metodología*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 147-149.

MEJÍAS MARTÍNEZ, J. C. (1998b). Crear un programa de educación para la salud, formar a formadores. En Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Educación para la Salud, experiencias e investigaciones en el campo comunitario, social y escolar*. Sevilla: Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 234-236.

MEJÍAS MARTÍNEZ, J.C. (2000b). Educación para la salud: la ley de prevención de riesgos laborales. En Morón Marchena, J. A. (Dir.). *Educación para la Salud, de la teoría a la práctica*. Sevilla. Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 262-264.

MEJÍAS MARTÍNEZ, J.C. (2000b). Educación para la salud: un reto para toda la sociedad. En Morón Marchena, J.A. (Dir.). *Educación para la Salud, de la teoría a la práctica*. Sevilla. Excmo. Ayuntamiento de Dos Hermanas, 307-310.

MONCLÚS, A. (1990). *Educación de adultos: Cuestiones de planificación y didáctica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

MORSE, H. (1971). *Selected ítem of study skills and critical thinking*. Washington: National Counsel for the Social Studies.

MOSCOSO SÁNCHEZ, D.; MOYANO ESTRADA, E. (Coord.) (2009). *Deporte, Salud y Calidad de vida*. Barcelona: Obra Social, Fundación "La Caixa. Colección de Estudios Sociales nº 26.

MUÑOZ, P. y MUÑOZ, I. (2000). Intervención en la familia: estudio de casos. En Pérez, G. (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones Prácticas*. Madrid: Narcea, pp. 221-252.

NAVARRO, V. (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica.

- OLSON, M., (1965). *The Logic of Colective Action*. Harvard: Harvard University Press.
- OREFICE, P. (1986). ¿Qué cultura lleva a una reconstrucción comunitaria? En Quintana, J. M^a. (Ed.). *Investigación Participativa. Educación de adultos*. Madrid: Narcea. pp. 50-55.
- OSORIO CARRANZA, R. M^a. (2001). *Entender y Atender la Enfermedad: Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Méjico: CIESA: Instituto Nacional Indigenista (INI), Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Biblioteca de la medicina tradicional.
- PADUA, J. et al. (1979). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Fondo de Cultura Económica, Chile, 1994. En Kazez, R. (2009). *Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra. Aportes del sistema de matrices de datos. Subjetividad y procesos cognitivos*. ISSN 1852-7310. vol.13 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. enero/junio 2009, p.p. 71-89.
- PATTON, M. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- PEIRÓ, J. (1989): Educación de adultos. En Ferrández, A.; Peiró, J. (Dirs.): *Estrategias educativas para la participación social*. Barcelona: Humanitas y Universidad Popular del Ayuntamiento de Zaragoza, 113-125.
- PÉREZ DE GUZMÁN, M^a V. (2002). La investigación cualitativa. Características generales. En López, F. y Pozo, T. (Coords.) (2005). *Investigar en educación social*. Sevilla: Junta de Andalucía, consejería de Relaciones Institucionales, pp. 39-48.
- PEREZ DE GUZMÁN Y PUYA, M^a V. (2002). La investigación cualitativa. Características generales. López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (Coords.). *Investigar en educación social*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Relaciones Institucionales, 39-48.
- PÉREZ, A. (1985). Modelos contemporáneos de evaluación. En Gimeno, J. y Pérez, A. (Eds). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal. pp. 426-449.

- PÉREZ, G. (1990). *Investigación-acción. Aplicaciones al campo educativo*. Madrid: Dykinson.
- PÉREZ, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*, Madrid: La Muralla.
- PÉREZ, G. (2000). Presupuestos metodológicos. Perspectiva crítico-reflexiva. En Pérez, G. (Coord.) (2004). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea, pp. 21-56.
- PÉREZ, G. (2004). *Pedagogía Social, Educación Social. Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- PÉREZ, G. (2006). *Elaboración de proyectos sociales: casos prácticos*. Madrid: Narcea.
- PIÉDROLA, G. (2001). *Medicina preventiva y salud pública*, 10ª edición. Barcelona: Masson.
- POLAINO-LORENTE, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- POPKEWITZ, T. (1988). *Paradigma e ideología en investigación educativa*. Madrid: Mondadori. Disponible en Web: <http://es.scribd.com/doc/111141714/Popkewitz-Paradigma-e-ideologia-en-investigacion-educativa>
- POPPER, K. R. (1985). *La lógica de la investigación científica*. Madrid: Tecnos.
- POZO LLORENTE, T. (2002). La planificación de la investigación en educación social. López Noguero, F. y Pozo Llorente, T. (Coords.). *Investigar en educación social*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Relaciones Institucionales, 15-38.
- QUINTANAL, J. (2014). *Fundamentos básicos de metodología de investigación educativa*. Madrid: CCS.
- RAMÍREZ ACUÑA M. (2000) *Guía Urbana de Sevilla: El Callejero Sevillano*. C.B. Ediciones Técnicas. Sevilla.
- RANCHAL SÁNCHEZ, A., FONT, P., LÓPEZ CABELLO, P., PÉRULA DE TORRES L.A. (2015). Utilidad de winmedtra para conocer la prevalencia del tabaquismo en un hospital de referencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo (internet)*; 61 (239) 172-183

Red Andaluza de centros de trabajo promotores de la salud. Disponible en:
<http://www.centrosdetrabajosaludables.es/central/>

REICHARDT, CH.S. y COOK, T.D. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En Cook, T.D. y Reichardt, CH. S. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata, pp. 25-58.

ROMERO GARCIA, O. (1985). *Motivando para el Trabajo*. Caracas: Cuadernos Lagoven.

ROSET ELIAS, M^a. y VILADOT AGUAYO, R. (2005). Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa. Cruz Molina, M^a. ; Fortuny, M. (Eds.). *Experiencias Educativas para la Promoción de la Salud y la Prevención*. Barcelona: Laertes - psicopedagogía.

ROTTER, J. B. (1966). "Generalized expectatives Internal Versus External Control of Reinforcement". In *Psychological Monographs General and Applied*. (Kimble A., Ed.). 1-28. Vol. 80, nº 609. The American Psychological Association.

RUBINSTEIN A. (2003). *Medicina de familia y práctica ambulatoria*. Madrid: Médica Panamericana.

RUIZ, C. (2002). *Instrumentos de investigación educativa: Procedimientos para su diseño y validación*. Barquisimeto: CIDEG.

RUIZ, M.J. (1998). Epidemiología General: Epidemiología Laboral. En *Salud Laboral, un debate permanente*. Madrid: Sindicato de Enfermería, 355-386.

SÁEZ, J. (1988). *El debate teoría-praxis en Ciencias de la Educación y su repercusión en Pedagogía Social*. *Pedagogía Social*, 3, pp. 9-47.

SAINZ MARTÍN, M. (1984). Educación para la salud. ADEPS. Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

SAMPREDO, J. L. (1983). *El reloj, el gato y Madagascar*. En *Revista de Estudios Andaluces*, 1, pp. 119-126.

SAN MARTÍN, H. (1983). *Salud y enfermedad*, 4ª ed., 1ª reimp. México, La prensa Médica Mexicana S.A.

SAN MARTÍN, H. (1985). *Crisis mundial de la salud*. Madrid. Editorial Ciencia.

SÁNCHEZ IGLESIAS, A. L., VILLALOBOS CABREAR, F., CIRUJANO GONZÁLEZ A. (2007). *Manual de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales*. Fremap. Majadahonda (Madrid): Imagen A.G. S.A.

SANCHÍZ, Mª L. (2001). Investigación etnográfica sobre un club de ocio para personas con deficiencia mental. En Pérez, G. (Coord.) (2004). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea, pp. 165-191.

SALLERAS, L. (1985). *Educación Sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Diaz de Santos.

SELIGMAN, M. E. P. (1975). *Helplessness: on Depression Development and Death*. San Francisco: Freeman.

SCHON, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.

SCHWARTZ, H. y JACOBS, J. (1984). *Sociología cualitativa. Método para la reconstrucción de la realidad*, México: Trillas.

SECORD, P. (1989). ¿Cómo resolver la dialéctica actor-sujeto en la investigación psicosocial? En Ibáñez, T. (Ed.). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai, pp. 13-37.

SIERRA, R. (1992). *Técnicas de investigación social*, Madrid: Paraninfo.

SIMMEL, G. (1998). *El individuo y la libertad*. Barcelona: Península.

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, Historia en Web:

<https://infoteca.prevencionfremap.es/informacioncorporativa/Paginas/Memorias.aspx>

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, Trayectoria histórica en Web:

<http://www.prevencionfremap.es/corporativa/informacion-historia.php>

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, (2011). *Memoria anual*. SPF.

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, (2012). *Memoria anual*. SPF.

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, (2013). *Memoria anual*. SPF.

SOCIEDAD DE PREVENCIÓN DE FREMAP, (2014). *Memoria anual*. SPF.

STAKE, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

STENHOUSE, L. (1987). *La investigación como base de la enseñanza*, Madrid: Morata.

SUÁREZ, M.T. (1990). *Needs Assessment Studies*. En Houston, R. (Ed), Handbook of Research on Teacher Education. New York: Macmillan, 26-31.

TAYLOR, S.J. y BOGGDAN, R. C. (2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.

TESCH, R. (1990). *Cualitative research: analyses, types and software tools*. London: Falper Press.

TORTOSA, V. (2014). *Metodología de la investigación científica: guía para la elaboración del trabajo académico humanístico*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

TRIVERS, R.M. (1986). *Introducción a la investigación educacional*. Barcelona: Paidós.

TRILLA, J. (Coord.) et al. (2007). *El legado pedagógico del siglo XX para la escuela del siglo XXI*. Barcelona: Graó.

VALADEZ, I. (1995). *Participación comunitaria*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

VEGA, M^a C. (2001). Evaluación de la animación sociocultural en el ámbito rural en la comunidad de Madrid. En Pérez, G. (Coord.). *Modelos de investigación cualitativa en*

educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas. Madrid: Narcea. pp. 253-286.

WALKER, R. (1982). La realización de estudios de casos en educación: ética, teoría y procedimientos. En Dockrell, W. B. y Hamilton, D. (Eds.). *Nuevas reflexiones sobre la investigación educativa.* Madrid: Narcea, pp. 42-82.

WALLESRSTEIN, N.; WEINGER, M. (1992). "Health and safety education for worker empowerment". *Am J Ind. Med.*, 11, 5.

WARSHAW, L. J. y MESSITE, J. (1999). Asistencia Sanitaria. Protección y Promoción de la Salud: Visión General. En Organización Internacional del Trabajo. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 15.2-15.9

WEBER, M. (1922). La naturaleza de la acción social. En Weber, M. (1984). *La acción social: ensayos metodológicos.* Barcelona: Península. pp. 11-48.

WOODS, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa.* Madrid: Paidós.

YIN, R. K. (1984). *Case study research. Design and methods.* Beverly Hills: Sage Publications.

YOUNG, A. (1982). "The anthropologies of illness and sickness". *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

YUNI, J. A. y URBANO, C. (1999). *Investigación etnográfica e investigación-acción,* Córdoba (Argentina): Brujas.

YUNI, J. A. y URBANO, C. (2005). *Mapas y herramientas para conocer la escuela. Investigación etnográfica. Investigación - Acción,* 3ª ed. Córdoba (Argentina): Brujas.

ZABLAZA, M. A. (1986). *Diseño y desarrollo curricular.* Madrid: Narcea.

2. Fuentes documentales

COLLADO, M., (1992): "La L.O.G.S.E. y la educación de adultos". Comunicación presentada en el II Curso de Formación de la Confederación de AA.VV. de España. Celebrado en Mallorca, del 24 al 30 de agosto.

Conferencia de Adelaida (1988). OMS, sur de Australia.

Conferencia Internacional de Salud (1946), OMS, en vigor el 7 de abril de 1948.

Declaración de Alma-Ata (1978). OMS, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Kazajistán (URSS), 6-12 de septiembre.

Declaración de Copenhague (2002). Declaración de los Ministros Europeos de Educación y Formación Profesionales y la Comisión Europea, reunidos en Copenhague los días 29 y 30 de noviembre de 2002. Cooperación europea en materia de educación y formación profesionales.

Declaración de Jakarta (1997). OMS, sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI, Indonesia.

Declaración de Ottawa para la promoción de la Salud, (1986). OMS, Canadá.

Declaración Mundial de la Salud. 51ª Asamblea Mundial de la Salud, Mayo.

(1998). OMS, Salud para todos en el siglo XXI.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2000). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: UIPES.

Notas de prensa (2015). *Cifras de Población a 1 de enero de 2015*. Madrid:

I.N.E.

Sociedad Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2013)

Tercera Conferencia: ambientes de apoyo para la salud - Conferencia de Sundsvall, Suecia, (1991). OMS.

UNESCO (1977): Actas de la Conferencia General. 19a. reunión Nairobi. Vol.1 Resoluciones. París.

UNIÓN EUROPEA, (2010): Comunicado de los Ministros Europeos de Educación y Formación Profesionales, los interlocutores sociales europeos y la Comisión Europea, en su reunión celebrada en Brujas el 7 de diciembre de 2010 para revisar las prioridades y el planteamiento estratégico del proceso de Copenhague para 2011-2020.

VV.AA. (2013). “Decálogo por la medicina del trabajo”. Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo – 28 de abril. Madrid. Sociedad Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, SEMST, Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.

3. Fuentes legislativas

Constitución española del año 1978.

Ley de Especialidades Médicas de 20 de julio de 1995.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, B.O.E. 1995; nº 269, de 10 de noviembre.

Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE 4-10-1991).

Ley 33/2011 General de Salud Pública, artículo 3.e.

Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Orden de 21 de noviembre de 1959 del Ministerio de Trabajo, del Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. B.O.E., núm. 284, de 27 de noviembre de 1959.

Real Decreto 39/97 de 11 de enero. Reglamento de los Servicios de Prevención, B.O.E. nº 27, 1997, de 31 de enero de 1997.

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.

Real Decreto 688/2005, de 10 de junio, por el que se regula el régimen de funcionamiento de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social como servicio de prevención ajeno.

Real Decreto 395/2007, de 23 de marzo, artículo 15.

Real Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Sociedades de Capital.

Real Decreto 843/2011, artículo 3.1.

Recomendación 97 de la OIT del año 1953.

Recomendación 112 de la OIT del año 1956. Sobre la creación de los Servicios Médicos del Trabajo.

Recomendación 171 de la OIT del año 1985. Sobre los Servicios de Salud en el Trabajo.

Tratado de la Unión Europea (TUE), (1992). [Maastricht](#) 7 de febrero de [1992](#), en vigor el 1 de noviembre de [1993](#).

4. Fuentes telemáticas

<https://infoteca.prevencionfremap.es/informacioncorporativa/Paginas/Memorias.aspx>

<http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

<http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/Eat13marAv/ANE/PRESENTACION.htm>

http://www.feaps.org/SPIP/IMG/pdf/EDF_Declaracion_Educ._Inclusiva.pdf.

<http://www.fremap.es/Conocenos/quienesfremap/Paginas/Memorias.aspx>

<http://www.fremap.es/Conocenos/quienesfremap/Paginas/TrayectoriaHistorica.aspx>

http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/boletinEstadistico/docs/numero_4_Abril_2013.pdf

<http://www.prevencionfremap.es/corporativa/informacion-historia.php>

Red Andaluza de centros de trabajo promotores de la salud.

Disponible en Web: <http://www.centrosdetrabajosaludables.es/central/>

ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de observación.

TABLA DE OBSERVACIÓN	
Lugar:	
Fecha:	
Hora:	
Duración de la observación:	
A OBSERVAR	ANOTACIONES
<p>A. Personas que acuden al Servicio de Prevención de Fremap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Tipo de trabajo - Nivel de estudios - Profesión - Motivopor el que acude al Servicio de Prevención. - ¿Declara sentir la necesidad de formarse en salud y prevención para mejorar la suya y la de su entorno laboral? - ¿En qué actividades encuentra 	

<p>mayores dificultades de accesibilidad, comprensión y puesta en práctica?</p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Declara realizar las indicación recibidas en cada programa? - ¿Declara tener problemas de accesibilidad a la formación en salud y prevención? - ¿Declara realizar varios cursos de formación? - ¿Cuál es la formación que más cree que repercute en su salud?	
---	--

B. Organización y coordinación interna del Servicio de Prevención

- ¿Qué tipo de información/formación proporciona el Servicio de Prevención a los trabajadores que acuden?

- ¿Cuáles son los recursos que ofrece a los trabajadores que acuden?

- ¿Cuál es el protocolo de actuación del Servicio de Prevención?

- ¿De qué manera se coordinan los recursos y servicios?

- ¿En qué consiste el seguimiento y la evaluación del programa de salud o prevención?

- ¿Cuál es el perfil de las personas que solicitan cursos de formación?

- ¿Cuáles consideran que son las claves de la problemática de la accesibilidad a la cultura en salud

<p>y prevención?</p> <p>- ¿De qué manera se publicitan en el Servicio de Prevención los cursos de formación?</p>	
--	--

<p><i>C. Colaboración externa del Servicio de Prevención</i></p> <p>- ¿Con qué otros organismos, entidades y administraciones públicas colabora el Servicio de Prevención?</p> <p>- ¿Cómo se financian los cursos de formación?</p> <p>- ¿Cómo se forman sus recursos humanos para sus investigaciones, actividades y proyectos?</p> <p>- ¿Existen dificultades para</p>	
---	--

<p>conseguir la participación activa de las empresas en los diferentes cursos promovidos por el Servicio de Prevención?</p>	
---	--

ANEXO 2. Cuestionario

CUESTIONARIO

Título: Cuestionario de opinión para el análisis socioeducativo de los trabajadores que han realizado cursos de formación en salud y/o prevención de accidentes laborales ante la repercusión de estos en su salud en general y en la de su entorno laboral.

Autoría: Juan Carlos Mejías Martínez

Objetivo de investigación: El siguiente cuestionario es una herramienta de obtención de datos para la investigación titulada *“Educación para la Salud en el mundo laboral, los servicios de Prevención como motor de cambio para alcanzar un modelo óptimo de salud en el trabajo”*. El objetivo principal de la investigación es realizar un análisis descriptivo, con carácter social y educativo, de la repercusión en la salud de los trabajadores y en la de su entorno laboral más cercano tras realizar cursos formativos de dicha materia en su servicio de prevención.

Muestra: El cuestionario va dirigido a un grupo de trabajadores de la provincia de Sevilla, que han realizado algunos de los cursos relacionados con la salud en su servicio de prevención.

Instrucciones:

El cuestionario se estructura en 17 ítems divididos en 3 bloques o dimensiones, le pedimos que para cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación, exprese su grado de acuerdo o desacuerdo con el contenido de la misma, conforme a la siguiente escala:

CD Completamente en desacuerdo

D En desacuerdo

? Indeciso/a

A De acuerdo

CA Completamente de acuerdo

Bloque: “Información general de los trabajadores”

1. Edad: _____

2. Sexo: Hombre: _____ Mujer: _____

3. Tipo de formación: Salud: _____ Prevención de Accidentes: _____

Bloque: “Educación”	CD	D	?	A	AC
4. Existen problemas a la hora de elegir el curso de prevención y/o salud en el que matricularse.					
5. Los recursos humanos técnicos y materiales para la formación en salud en su servicio de prevención son adecuados y suficientes.					
6. Los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador en los servicios de prevención son adecuados y suficientes.					
7. No existen inconvenientes ni problemas para comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo.					
8. La información audiovisual que se proporciona en las aulas de los servicios de prevención es accesible para los trabajadores.					
9. Los docentes están concienciados y sensibilizados con la formación en salud.					

<i>Bloque "Salud"</i>	CD	D	?	A	CA
10. El entorno en el que desarrollamos nuestra vida laboral es saludable para nosotros y nuestros compañeros.					
11. Existen problemas de accesibilidad a la formación en salud para algunos trabajadores.					
12. Existen problemas de salud y /o hábitos insaludables en la mayoría de los trabajadores.					
13. Existe actitud y aptitud por parte de los trabajadores a la hora de mejorar su salud.					
14. Los cursos de educación para la salud del Servicio de Prevención se adaptan a las necesidades de los trabajadores y sus empresas.					
15. La formación recibida es útil y práctica .					
16. Las empresas son conscientes que invertir en salud en sus trabajadores repercute positivamente en los beneficios finales de esta.					
17. La formación en educación para la salud en el mundo laboral es extrapolable al mundo social y familiar de los trabajadores mejorando la salud de toda la comunidad.					
18. Los tiempos empleados tanto para la parte teórica como para la práctica son adecuados.					

ANEXO 3. Guion de las entrevistas

1. ¿Cuáles son los **objetivos principales** de la organización donde trabaja?
2. ¿Qué **proyectos o actividades** están llevando a cabo?
3. ¿Considera que el **entorno** en el que desarrollamos nuestros trabajos es **saludable** para todos los trabajadores?
4. ¿Dónde cree que existen más problemas a la hora del **acceso a la información** y la cultura para la salud para los trabajadores? ¿En el entorno laboral o en el social?
5. ¿Cuáles son los principales **problemas** que encuentran los trabajadores ante el **acceso** a la cultura preventiva y de la salud?
6. ¿Cree que existe **discriminación** hacia los trabajadores con distinto **nivel cultural y de formación** a la hora de participar en actividades de educación para la salud? ¿En qué tipo de actividades?
7. ¿Cuál cree que es la principal **problemática en el acceso** a este tipo de educación para la salud la educación para los trabajadores el propio trabajador o la empresa?
8. ¿Cree que los **programas y cursos** de prevención y salud en el servicio de prevención, son de **calidad y funcionan** correctamente? ¿A qué cree que se debe? ¿Podrían mejorar?
9. ¿Cree que las **empresas facilitan y favorecen** este tipo de formación?
10. ¿Cree que la salud es un bien al que todas las personas pueden acceder **en igualdad de condiciones**? ¿Existen **recursos** para la accesibilidad de todos los trabajadores a este tipo de formación? ¿A qué cree que se debe?

11. ¿Se podrían **introducir** de una manera más notoria este tipo de formación para la salud **en todas las empresas**? ¿Por qué es necesario?

12. Con la implantación de la **Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, su evolución, desarrollo y modificaciones mediante los diferentes reales decretos, ¿Ha habido una mayor **concienciación de las empresas** a la hora de desarrollar y crear actividades encaminadas al fomento de la salud en el trabajo y de la prevención de accidentes?

13. ¿Y de los **Servicios de prevención**?

14. ¿Los trabajadores han llegado son **conscientes y han asimilado** la repercusión de esta formación tanto en su salud como en la de su entorno? ¿Se **pone en práctica** lo aprendido en dicha formación?

15. ¿Se ha podido comprobado una **mejora en la calidad de la salud** y por extensión de calidad de vida de los trabajadores, debido a este tipo de formación?

ANEXO 4. Cuestionario de validación de los instrumentos para el grupo de expertos

TABLA DE OBSERVACIÓN	
¿Cree que la Tabla de Observación se adecua a los objetivos de la investigación planteada?	
¿Cree que se debería modificar algo en relación a su aspecto formal o relacionado con el contenido que no resulte adecuado o sea incomprensible?	
¿Modificaría, eliminaría o añadiría alguno o algunos de los ítem de observación?	
¿Desea realizar alguna observación o plantear sugerencias?	

CUESTIONARIO

¿Cree que el cuestionario se ajusta a los objetivos de la investigación?	
¿Cree que se debería modificar algún aspecto formal o de contenido que no resulte adecuado o sea incomprensible?	
¿Modificaría, añadiría o eliminaría alguna pregunta?	
Observaciones y sugerencias	

GUIÓN DE ENTREVISTAS

GUIÓN DE ENTREVISTAS	
<i>¿Cree que el guión de entrevistas se adecua a los objetivos de la investigación?</i>	
<i>¿Cree que se debería modificar algún aspecto formal o de contenido que no resulte adecuado o sea incomprensible?</i>	
<i>¿Añadiría, modificaría o eliminaría alguna pregunta?</i>	
<i>Observaciones y sugerencias</i>	

ANEXO 5. Tabla de observación inicial

TABLA DE OBSERVACIÓN INICIAL	
A OBSERVAR	ANOTACIONES
<p><i>A. Trabajadores que acuden a su servicio de prevención</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Edad. - Nivel de estudios - Tipo de trabajo - Curso al que asiste - ¿Declara sentirse bien formado a la hora de los temas relacionados con su salud laboral y general tras los cursos de formación recibidos en el servicio de prevención? - ¿En qué actividades encuentra mayores dificultades de aplicación? - ¿Declara poner en práctica lo aprendido? - ¿Declara tener problemas de accesibilidad a los diferentes cursos por parte de su empresa?	

<ul style="list-style-type: none"> - ¿Declara realizar alguno o varios cursos cada año? ¿A cuáles? - ¿Cuál es el curso de educación para la salud que cree más práctico para la vida diaria? 	
<p>B. Organización y coordinación interna del Servicio de Prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué tipo de información/formación proporciona el Servicio de Prevención a los trabajadores que acuden? - ¿Cuáles son los recursos que ofrece a los trabajadores que acuden? - ¿Cuál es el protocolo de actuación del Servicio de Prevención? - ¿De qué manera se coordinan los recursos y servicios? - ¿En qué consiste el seguimiento y la evaluación del programa de salud o prevención? - ¿Cuál es el perfil de las personas que solicitan cursos de formación? - ¿Cuáles consideran que son las claves de la problemática de la accesibilidad a la cultura en salud y prevención? - ¿De qué manera se publicitan en el Servicio de 	

Previsión los cursos de formación?	
<p><i>C. Colaboraciones externas</i></p> <p>- ¿Con qué otros organismos, entidades y administraciones públicas colabora el Servicio de Prevención?</p> <p>- ¿En qué consiste esa colaboración?</p>	

CUESTIONARIO INICIAL

CD Completamente en desacuerdo D En desacuerdo ? Indeciso A De acuerdo CA Completamente de acuerdo
--

Bloque: *“Información general de los trabajadores”*

1. Edad: _____

2. Sexo: Hombre: _____ Mujer: _____

3. Tipo de formación: Salud: _____ Prevención de Accidentes: _____

Bloque: “Educación”	CD	D	?	A	AC
4. Existen problemas a la hora de elegir el curso de prevención y/o salud en el que matricularse.					
5. Los recursos humanos técnicos y materiales para la formación en salud en su servicio de prevención son adecuados y suficientes.					
6. Los recursos técnicos o materiales para la atención a la diversidad formativa de cada trabajador en los servicios de prevención son adecuados y suficientes.					
7. No existen problemas para comunicarse y acceder a la información en el contexto educativo.					
8. La información audiovisual que se proporciona en las aulas de los servicios de prevención es accesible para los trabajadores.					
9. Los tiempos empleados tanto para la parte teórica como para la práctica son adecuados.					

<i>Bloque "Salud"</i>	CD	D	?	A	CA
10. El entorno en el que desarrollamos nuestra vida laboral es saludable para nosotros y nuestros compañeros.					
11. Existen problemas de accesibilidad a la formación en salud para algunos trabajadores.					
12. Existen problemas de salud y /o hábitos insaludables en la mayoría de los trabajadores.					
13. Existe actitud y aptitud por parte de los trabajadores a la hora de mejorar su salud.					
14. Los programas formativos de salud son adecuados a los trabajadores y a sus empresas.					
15. La formación recibida es útil y práctica.					
16. Las empresas son conscientes que invertir en salud en sus trabajadores repercute positivamente en los beneficios finales de esta.					
17. La formación en educación para la salud en el mundo laboral es extrapolable al mundo social y familiar de los trabajadores mejorando la salud de toda la comunidad.					

GUIÓN INICIAL DE LAS ENTREVISTAS

1. ¿Considera que el entorno en el que desarrollamos nuestros trabajos es saludable para todos los trabajadores?
2. ¿Dónde cree que existen más problemas a la hora del acceso a la información y la cultura para la salud para los trabajadores? ¿En el entorno laboral o en el social?
3. ¿Cuáles son los objetivos principales de la organización donde trabaja?
4. ¿Qué proyectos o actividades están llevando a cabo?
5. ¿Cuáles son los principales problemas que encuentran los trabajadores ante el acceso a la cultura preventiva y de la salud?
6. ¿Los trabajadores han llegado son conscientes y han asimilado la repercusión de esta formación tanto en su salud como en la de su entorno? ¿Se pone en práctica lo aprendido en dicha formación?
7. ¿Cree que existe discriminación hacia los trabajadores con distinto nivel cultural y de formación a la hora de participar en actividades de educación para la salud? ¿En qué tipo de actividades?
8. ¿Cuál cree que es la principal problemática en el acceso a este tipo de educación para la salud la educación para los trabajadores el propio trabajador o la empresa?

9. ¿Cree que la salud es un bien al que todas las personas pueden acceder en igualdad de condiciones? ¿Existen recursos para la accesibilidad de todos los trabajadores a este tipo de formación? ¿A qué cree que se debe?
10. ¿Cree que las empresas facilitan y favorecen este tipo de formación?
11. ¿Cree que los programas y cursos de prevención y salud en el servicio de prevención, son de calidad y funcionan correctamente? ¿A qué cree que se debe? ¿Podrían mejorar?
12. ¿Se podrían introducir de una manera más notoria este tipo de formación para la salud en todas las empresas? ¿Por qué es necesario?

ANEXO 6. Aportaciones del grupo de expertos para la validación de los instrumentos

TABLA DE OBSERVACIÓN	
<p>¿Cree que la Tabla de Observación se adecua a los objetivos de la investigación?</p>	<p><i>“Pienso que la tabla de observación sí puede ayudarte a recoger datos que te sean útiles para los objetivos que se han planteados”</i> Experto 8</p> <p><i>“Creo que se adecua a los objetivos de la investigación”</i> <i>la tabla de observación te dará información sobre lo que buscas”</i> Experto 7</p> <p><i>“La presente tabla te llevara a recopilar la información necesaria para llegar a tus objetivos”</i> Experto 6</p> <p><i>“Pienso que si se adecua a los objetivos de la investigación”</i> Experto 1</p>
<p>¿Cree que deberíamos cambiar algún aspecto formal o de contenido que no resulta adecuado o comprensible?</p>	<p><i>“Creo que es adecuada”</i> Experto 9</p> <p><i>“Pienso que sería apropiado añadir al principio de la tabla un apartado donde se indique la fecha el lugar donde se realizo y la hora así como la duración de la observación”</i> Experto 1</p> <p><i>“Para hacer más fácil el registro de los datos se deberían marcaren negrilla los conceptos claves de los Ítems”</i></p>

<p>¿Añadiría o eliminaría algún/os ítem de observación?</p>	<p>Experto 5</p> <p><i>“Incluiría el nivel de estudios y el tipo de trabajo o profesión de los sujetos que acuden a la SPF para la formación, con ello aumentaría la información que se pretende recoger el apartado A de la tabla”.</i></p> <p>Experto 4</p> <p><i>“No veo el por qué deba modificarse”</i></p> <p>Experto 9</p> <p><i>“Debes añadir un ítem que te facilite obtener datos acerca del protocolo de actuación de la SPF donde se realiza la observación, además de los perfiles de los sujetos que solicitan cualquier tipo de formación relacionado con la salud y la prevención”</i></p> <p>Experto 1</p> <p>Experto 2</p> <p><i>“Se podría añadir un ítem para conocer si existe dificultad para los trabajadores para poder acudir a este tipo de formación.”</i></p> <p>Experto 6</p>
<p>Observaciones y sugerencias</p>	<p><i>“Las ya indicadas solamente”</i></p> <p>Experto 3</p> <p><i>“Nada”</i></p> <p>Experto 1</p>