



**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA - ESPAÑA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACION POR LA  
UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

***LECTURA CRÍTICA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN  
COLOMBIA.***

***MODELO TEORICO DE UN CURRÍCULO  
PARA LA EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD***

***TESIS DOCTORAL***

***Autor: SULAY ROCIO ECHEVERRY MEJIA***

***Director de Tesis: Dr. JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ DÍAZ***

***2016***

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **1. INTRODUCCION, 10**

### **2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL, 28**

#### **2.1. Concepto de Salud, 28**

2.1.1. ¿En qué consiste el enfoque de salud de la población?, 28

2.1.2. Factores determinantes de la salud: ¿Qué es lo que hace que las poblaciones sean saludables?, 34

2.1.3. Importancia de la colaboración intersectorial en Salud, 37

#### **2.2. Educacion para la Salud, 37**

2.2.1. Comportamientos Saludables, 44

2.2.2. Factores que influyen en el hecho que una persona se comporte de manera saludable, 44

2.2.3. Estrategias en la educación para la salud, 46

2.2.4. Condiciones que facilitan la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mensajes de salud, 48

2.2.5. Contextos de Educacion para la Salud, 50

2.2.5.1. La familia, 50

2.2.5.2 La Comunidad, 51

2.2.5.3. La vivienda, 53

2.2.5.4. Los Centros Educativos, 54

2.2.5.5 Los Municipios, 55

2.2.5.6 Los Centros Laborales, 56

### **2.3. Cultura de la Salud, 58**

2.3.1 .La salud y el contexto cultural, 60

2.3.2. Comportamientos arraigados en mitos, 63

### **2.4. Salud Comunitaria, 66**

2.4.1. Estilos de vida y conductas saludables, 68

2.4.1.1. Tabaco, 69

2.4.1.2. Alcohol, 70

2.4.1.3. Nutrición, 74

2.4.1.4. Higiene y ambiente, 76

2.4.1.5. Ejercicio Físico, 78

2.4.1.6. Habilidades para la vida, 80

2.4.1.7. Seguridad Vial y Cultura de Tránsito, 81

2.4.1.8. Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, 83

2.4.1.9. Salud sexual y reproductiva, 85

2.4.2. Abogacía y generación de políticas públicas saludable, 88

2.4.3. Comunicación y educación para la salud, 89

2.4.4. Participación comunitaria y empoderamiento, 91

2.4.5. Desarrollo humano y Salud Comunitaria, 92

2.4.6. Derechos en salud y equidad, 94

2.4.7. Derechos en salud y equidad de género, 95

2.4.8. Acción Educativa con la Adolescencia, 97

### **2.5. Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, 101**

2.5.1. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos, 117

2.5.2. La promoción de la salud en América Latina y el Caribe, 122

2.5.3. La promoción de la salud en la Actualidad, 123

2.5.4. Esquema operativo de la promoción de la salud, 124

### **2.6. Atención Primaria en Salud, 132**

### **3. LECTURA CRÍTICA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD, EN COLOMBIA. ANALISIS E INTERPRETACION DE EXPERIENCIAS EXITOSAS, 137**

#### **3.1. Implementacion de la Atencion Primaria en Salud, 138**

3.1.1. Proyecto de la declaración de las Américas sobre la renovación de la Atención Primaria de Salud (2005), 143

3.1.2. La APS en el contexto de las redes sociales, 149

3.1.3. Criterios de medición de las propiedades de la red, 153

#### **3.2. La iniciativa regional escuelas promotoras de la salud, 156**

3.2.1 Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, 163

3.2.2. Lineas de accion de Escuelas saludables, 172

3.2.3. Concepto y desarrollo de un instrumento de diagnóstico rápido, 182

3.2.4. El desafío de Colombia frente a los escolares, 185

### **4. MODELO TEORICO DE UN CURRICULO PARA LA EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD, 195**

#### **4.1. Currículo y Salud, 195**

#### **4.2. Teorías y Modelos de Educacion en Salud, 199**

4.2.1 .Teorías políticas sobre desarrollo comunitario participativo, 200

4.2.2. Teorías sobre la modificación del comportamiento, 200

4.2.4. Modelo de Creencias de Salud, 202

4.2.2. El Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, 209

4.2.5. El Modelo Precede – Procede, 215

4.2.6. Modelo de las 7 Esferas (M7e), 220

4.2.7. Modelo sobre Prevención de Comportamientos de Riesgo, 225

4.2.8. Nuevo Modelo Estructural y de Intervención Multidisciplinar desde los Centros Educativos en Educación para la Salud, 231

4.2.9. Enfoque de Habilidades para la Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes, 240

4.2.10 Modelos y Teorías de la Salud y la Comunicación Educativa, 253

**4.3. MODELO PEDAGOGIA CONCEPTUAL EN SALUD - PECOSA-, 256**

**4.4 IMPLEMENTACION DEL MODELO DE PEDAGOGIA CONCEPTUAL EN SALUD “PECOSA” CON ADOLESCENTES, 283**

**4.5 LAS ARTES MEDIALES EN LA EDUCACION PARA LA SALUD, 344**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, 375**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS, 392**

**ORGANISMOS E INSTITUCIONES, 405**

## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro N0. 1 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD., 100

Cuadro No.2 ELEMENTOS DIFERENCIALES ENTRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN, 112

Cuadro No. 3 SECTORES COMPROMETIDOS CON LA SALUD ESCOLAR, 182

Cuadro No. 4 MODELO TEORICO BASICO PARA EXPLICAR LA CONDUCTA EN RELACION CON LA ENFERMEDAD MENTAL, 215

Cuadro No. 5 ANALISIS DE MODELOS EN SALUD, 219

Cuadro No. 6 EL MODELO PRECEDE – PROCEDE, 250

Cuadro No. 7 SEGMENTACION DE LA AUDIENCIA,279

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura No. 1 ESPACIOS DE ACCIÓN COMUNES ENTRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, 114

Figura No. 2 RED DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, 152

Figura No. 3 MARCO CONCEPTUAL. INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD, 157

Figura No. 4 PUNTOS CLAVES DEL TRABAJO EN ESCUELAS SALUDABLES, 171

Figura No. 5 SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL SANTIAGO DE CALI. ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES,172

Figura No.6 ESTRATEGIA DE VIVIENDA SALUDABLE EN EL DISTRITO CAPITAL, 178

Figura No.7 PROGRAMA DE FAMILIAS EN ACCIÓN, 178

Figura No. 8 ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE SILVIA-CAUCA, 179

Figura No.9 ESCUELAS SALUDABLES, UNA OPORTUNIDAD, PARA ERRADICAR EL ANALFABETISMO AFECTIVO EN EL MUNICIPIO DE PASTO, 180

Figura No. 10 ESCUELA SALUDABLE: UNA HERRAMIENTA  
PARA LA PAZ, 180

Figura No. 11 ARQUITECTURA DEL MODELO DE LAS 7 ESFERAS,  
222

Figura No. 12. POSTULADO 1 – PSICOLOGICO, 261

Figura No. 13. TRIANGULO HUMANO, 262

Figura No. 14. ESTRUCTURA DEL SER HUMANO, 262

Figura No. 15. TRIANGULO HUMANO, 263

Figura No. 16. SISTEMA MENTALES, 264

Figura No. 17. SISTEMA COGNITIVO, 264

Figura No. 18. SISTEMA AFECTIVO, 265

Figura No. 19. DIMENSIONES AFECTIVAS, 267

Figura No. 20. OPERACIONES MENTALES, 268

Figura No. 21. SISTEMA EXPRESIVO, 269

Figura No. 22. POSTULADO 2 – PEDAGOGICO, 269

Figura No. 23. HEXAGONO CURRICULAR, 271



## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** LOS OBJETIVOS DEL MILENIO UN RETO EN  
COLOMBIA

**ANEXO B** DECLARACIÓN“HACIA UNA ESTRATEGIA DE SALUD  
PARA LA EQUIDAD, BASADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA”  
2007 BUENOS AIRES, ARGENTINA

**ANEXO C** ESCUELAS SALUDABLES. FORMATO DE  
PRESENTACION DE BUENAS PRÁCTICAS

## INTRODUCCION

Las relaciones entre salud y educación son múltiples y comparten aspiraciones y objetivos comunes como es el desarrollo humano aspecto de primer orden en las políticas internacionales de *Educación para Todos, Salud para Todos y las Metas del Milenio para el Desarrollo*. Desde esta perspectiva, salud y educación son a la vez fuente y prerequisite del bienestar y la riqueza social, económica y espiritual de los individuos y los pueblos.

En Colombia el preámbulo de la Ley 100 de 1993, formula que la Seguridad Social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

La ley 10 de 1990 ya había reconocido el derecho a la asistencia sanitaria, pues se comprometía a una reforma en salud cuyos principios básicos eran: la universalidad de la salud para todos los colombianos, la búsqueda de una cobertura de atención que alcanzara por lo menos el 90% de la población, la participación ciudadana entendida como deber de todos los ciudadanos para la conservación, promoción y gestión – autogestión de

los servicios de salud y la participación comunitaria comprendida como derecho de la comunidad a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud.

En éste sistema de seguridad social integral, las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.), las instituciones Prestadoras de Servicios (I.P.S.) y las Administradoras de Riesgos Profesionales (A.R.P.), deben por ley, desarrollar programas y proyectos tendientes a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, entre sus afiliados. En los años de vigencia de la ley, las E.P.S. no tienen una propuesta establecida, teniendo en cuenta el volumen de usuarios y la pretensión de realizar procesos de educación en salud. Solo puede observarse acciones descoordinados y campañas aisladas de prevención que no potencian los sistemas.<sup>1</sup>

Desde una observación empírica de la realidad podemos referenciar en los contextos local, regional, nacional y mundial un desarrollo de

---

<sup>1</sup> **Ministerio de Salud RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000 (febrero 25)** Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y **CONSIDERANDOS:** Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud; Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención; Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública; Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

campañas educativas en salud para la prevención de diferentes entidades patológicas; sin embargo, nunca se ha determinado el nivel de impacto, los indicadores de logro y los resultados de estos programas educativos orientados a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Mucho de estos programas se han realizado en educación formal adjuntos a planes curriculares en áreas de las ciencias naturales y sociales; en educación no formal en procesos de capacitación dirigidos a profesionales de la salud, madres comunitarias, educadores y en varios grupos comunitarios y en educación informal a través de programas de comunicación social en salud empleando medios masivos de comunicación. Tal como se observa, los medios de comunicación, combinan de una manera compleja objetivos de mercado con determinantes culturales. Estos medios no pueden ser reducidos a simples productores de bienes materiales cuando lo son de bienes simbólicos. Los medios de comunicación deben ser vistos como agentes socializadores en la medida en que proponen maneras de vivir, claves para interpretar la realidad, campos posibles para la imaginación, sistemas simbólicos y axiológicos. Los medios no son ni la determinación del desarrollo ni están ajenos a él. Actúan en conjunción con la escuela y la familia y también en abierta contradicción con ellas.

En consecuencia, el poco impacto de estas acciones hace relevante crear un currículo en educación comunitaria en salud que no solo se origine en el saber académico – técnico – instrumental de las disciplinas en salud y educación, sino que conjugue el saber popular y el marco cultural partiendo de un análisis crítico de la educación en salud. Esto hace que se propongan medios más eficaces de educación en salud que combinen lo formal, lo informal y lo no formal, que tengan en cuenta los imaginarios

simbólicos individuales y colectivos y los mensajes subliminales que impactan el inconsciente humano.

En este sentido el currículo se constituirá en generador de cultura conducente a un cambio de enfoque predominantemente asistencial tradicional hacia la búsqueda de proceso de protección, promoción y preservación de la salud donde el individuo y la comunidad dejan de ser “objeto” de atención y se convierten en “sujetos” activos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

El currículo para la Educación Comunitaria en Salud se considera como una contribución académica y social para superar el asistencialismo y proponer alternativas conceptuales, metodológicas y operativas para la creación de Programas de Salud Comunitaria en los niveles formal, no formal e informal encaminados a la transformación social, para la consecución de estilos de vida saludables. Desde esta perspectiva, se proponen cambios materiales y simbólicos de prácticas de la Salud, donde el sujeto y su comunidad sean gestores de una cultura crítica de la Salud.

De esta forma el currículo se constituye en mediador para la participación comunitaria, para el fortalecimiento de su capacidad de gestión y de negociación con las instituciones, para el impulso del desarrollo local y regional, para la consolidación de la identidad cultural y para el conocimiento y transformación de su realidad.

Esto parte del supuesto de que cada sujeto en su vida cotidiana ha aprehendido y construido presaberes en Salud, que mediante un proceso sistemático e intencional de tematizaciones, como lo es el currículo,

puede aportar para la construcción de un nuevo conocimiento en Salud, que será válido en la medida que se pueda confrontar con una teoría general de la sociedad.

El objetivo general de este estudio es Configurar un Modelo Teórico de un Currículo para la Educación Comunitaria en Salud, a partir de una lectura crítica de la educación para la salud en Colombia para lo cual se plantearon como objetivos específicos:

- Analizar el nivel de registro, los elementos de recordación, de retención, de comprensión, de interpretación, de elaboración de sentido y de apropiación, que los sujetos dan a los mensajes sobre prácticas en salud.

Para el desarrollo de este objetivo se realizaron grupos focales con población escolar, jóvenes y personas adultas, quienes en procesos de discusión e interacción manifestaron recordar, retener y comprender la información derivada de procesos de educación en salud. Sobre la elaboración de sentido y apropiación de mensajes sobre prácticas en salud, expresaron la falta de conciencia, compromiso y voluntad sobre el autocuidado de su salud.

- Formular propuestas críticas, innovadoras y alternativas para mejorar las condiciones de salud, mediante la participación de los sujetos y colectivos, involucrando sus actitudes, prácticas e imaginarios simbólicos en diálogos culturales, para crear nuevas prácticas en salud.

Este objetivo se cumple mediante la propuesta del currículo para la educación comunitaria en salud que se describe en el numeral 4.3.

- Reconstruir medios educativos en salud, mediante la articulación de los sistemas Formal, no Formal e Informal, para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.

En la búsqueda de información documental para el marco teórico - conceptual, se logra elaborar un estado del arte alrededor de la categoría Educación para la salud.

Como enfoque Metodológico se privilegiaron las ciencias histórico hermenéuticas donde se tematiza la subjetividad, el mundo vivido, la experiencia vivida, el mundo vital, la experiencia cotidiana (vivencia intersubjetiva), mediante una relación comunicativa entre los sujetos que producen el conocimiento. La realidad se abre desde adentro del sujeto, de humano a humano; el sujeto no es obstáculo, porque está implicado en el conocimiento. En las disciplinas hermenéuticas el concepto de vivencia o experiencia vital, tienen la posibilidad de objetivarse en un medio que es el lenguaje que es común a los actores. En el lenguaje nos reconocemos, nos distinguimos, a través de lo que se dice, se salva la distancia entre el mundo vivido y el mundo simbólico (representación). No se trata de comprender al otro, es comprender el texto, independiente del sujeto. En la lógica histórico-hermenéutica se pregunta por lo holístico, lo global en el contexto, por la totalidad, por el conjunto para captar el sentido. No se agota en una lectura, permite muchas lecturas, que en forma sucesiva muestran nuevos elementos.

En ello cuenta el marco de nuestra precomprensión, preguntas, supuestos, que son sesgados porque no somos iguales. Esto lleva a la construcción de categorías que preceden a las cuasi-inducciones. Las categorías no se definen sino que se determinan desde supuestos o intencionalidades investigativas, por eso es posible dar diferentes miradas a la realidad,

dando riqueza al conocimiento. Esta realidad hay que fragmentarla para poder hacer ciencia. Y es a través del lenguaje que se formulan preguntas, se interpreta la información y se busca transformar esa realidad.

Esta reflexión epistémico metodológica del proceso Investigativo, desde un enfoque cualitativo, pretende dar a conocer nuevos paradigmas que surgen en los mundos públicos y privados a medida que se avanza en la revisión de textos bibliográficos y literatura gris, en el obtener información a la que se accede por medios de comunicación como prensa, radio, televisión, revistas, volantes, escritos; en la comunicación personal cotidiana con variados interlocutores, en escuchar sus testimonios, y muy especialmente en observar y analizar el mundo real, porque cuando el investigador se compromete con su problema de investigación, impregna su vida y su mente en forma permanente y casi en ningún momento lo olvida o deja de asociarlo, reconocerlo e interpretarlo.

Y la lógica cualitativa, no se comprende y asimila cuando se revisa teóricamente sino cuando se vive en procesos investigativos, que se perciben lentos, pero que luego son considerados necesarios, porque en el dato real es donde se encuentra la esencia de la construcción teórica y toca la experiencia humana común a todos. La investigación cualitativa se constituye entonces, en un proceso total de estudio sobre la naturaleza del mundo, donde las fases de descripción, interpretación y búsqueda de sentido se van dando simultáneas.



En este sentido, ésta propuesta metodológica, se constituye en un proceso de investigación cualitativa, cuyo diseño se muestra secuenciado a saber<sup>2</sup>:

1. TEORIZACION REFERENCIAL: Referida a los presaberes del Investigador en el campo específico. Esto le ayuda a descubrir la fisura teórica y le permite formular preguntas preliminares.

2. OBSERVACION DE LA REALIDAD: Permite problematizar desde el fenómeno o la experiencia humana.

3. CATEGORIZACION INICIAL: Se construye una matriz de análisis cualitativo, que dé cuenta de todos los conceptos desde los cuales se va a mirar el fenómeno.

4. RECOLECCION Y ANALISIS CONCURRENTENTE: Mediante un proceso inductivo - interactivo se realiza la recolección de datos, con los instrumentos que más se ajusten al objeto de estudio. Paralelo a la recolección de la información se inicia el análisis de los datos, donde emergen nuevas categorías, se desarrollan y se conectan para realizar la inferencia teórica que debe ser confrontada con comunidades académicas y con la realidad. De allí, surgen otras preguntas que inducen nuevas búsquedas hasta que se produzca la saturación, es decir, que ya no se obtenga información nueva.

5. CONSTRUCCION DEL MODELO TEORICO: Consistente en la nueva propuesta teórica por inducción de conceptos desde el mundo social.

---

<sup>2</sup> Echeverry M. Sulay Rocio. Salud Comunicativa: Aspectos Conceptuales, Contextuales y Praeologicos. Manizales.1998.

*Enfoque:* Cualitativo; *Tipo:* Documental - Hermenéutico.

## DISEÑO:

FASE DESCRIPTIVA: Delimitación de categorías iniciales, recolección de datos, delimitación de nuevas categorías, consolidación de argumentos descriptivos (elevar a la categoría teórica las evidencias recopiladas en el contexto, alrededor de las categorías planteadas).

FASE INTERPRETATIVA: Construcción de argumentos interpretativos, validación del argumento interpretativo (confrontación comunidades académicas).

FASE DE CONSTRUCCION DE SENTIDO: Formulación de un argumento de sentido (comprensión global y estructural del Lenguaje), validación del argumento de sentido (hasta cuando resista la crítica de la comunidad científica y responda completamente a los interrogantes iniciales planteados por el investigador.

## CATEGORIAS INICIALES:

### *Categorías Empíricas:*

- *Espacios de producción de conocimiento:* Ministerio de Protección Social, Dirección Territorial de Salud de Caldas, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Universidades locales, regionales, nacionales, e Internacionales, Centros atención en salud, Centros de investigación.

-*Tipos de producción:* Informativa, Formativa, Proyectos pedagógicos, Proyectos en salud.

- *Campos de acción:* Según la acción: Promoción, Prevención, Educación, Investigación.
- *Según la orientación de la acción:* Drogadicción, Tabaquismo, Sida, Infecciones de Transmisión sexual, Cáncer, Discapacidad, Alcoholismo.

### ***Categorías Lógicas:***

- *Procesos educativos:* Formal, No formal, Informal.
- *Marcos Lógicos:* Saber Popular, Saber Académico, Imaginarios Simbólicos en salud (individuales y colectivos), Semiología Médica y Semiología Social, Semiología de los Actos de Habla.
- *Actores - Escenarios:* Clínico, Educativo (proyectos pedagógicos sobre estilos de vida saludables), Comunitario (proyectos de comunicación para la salud).

### ***Categorías Dialécticas:***

- Lectura Epistemológica
- Lectura Metodológica
- Lectura Ontológica

## **PLAN DE TRABAJO**

- Revisión crítica de la literatura existente en educación para la salud a nivel mundial, nacional y local.
- Lectura crítica de la educación para la salud en diferentes comunidades.

Experiencias en Educación para la Salud: Ciudades saludables y Escuelas Saludables;

Políticas de salud, Estrategias para la promoción de la salud, Estilos de Vida Saludables, Educación para la Salud en la Escuela (Dr. Domingo Martín Rivas, Dra. Piedad Najera Morrondo); Red Andaluza de ciudades saludables, Plan de acción local; Instituto Municipal de Salud Pública (Barcelona);

\*Saber popular: Comunidad Local (Manizales).

\*Saber académico: Profesionales de la salud y la educación, Comunicadores sociales.

\*Saber institucional: O.P.S.- O.M.S. (Marketing Social en Salud) Ministerios, Seccionales y Secretarías de Salud y Educación

Universidades: Rastreo y revisión de Investigaciones y proyectos ya realizados en éste campo: U. Nacional de Colombia, U. de Antioquía, U. del Valle, U. de Caldas, U. Javeriana, U. Industrial de Santander , U. Pedagógica, U. Tecnológica de Tunja,, U. de Cartagena, U. de Nariño, U. Surcolombiana, U. del Norte, U. Metropolitana.

\*Pilotaje de Programas de Comunicación Social en Salud, Evaluación de experiencias exitosas: Prevención drogadicción, alcoholismo, sida, tabaquismo, cancer, discapacidad.

\*Pilotaje de programas de Salud Ocupacional. Empresa - Trabajo.

Esta investigación pretendió realizar un estado del arte sobre las tendencias mundiales, nacionales y locales en educación para la salud, reconstruir los medios educativos en salud, articulando los sistemas educativos formal, no formal e informal, mediante procesos comunicativos para la creación de un modelo teórico de un currículo para la educación comunitaria en salud.

Sobre el significado que confieren los adolescentes a los programas de educación en salud se privilegió un diseño cualitativo que buscó explicar y comprender el significado del comportamiento humano. En este enfoque el investigador estuvo implicado con las personas y los grupos sociales que estudiaron. Se emplearon como técnicas de recolección de información la entrevista semiestructurada, los grupos focales y los grupos de discusión.

Para caracterizar los programas de educación para la salud que se han desarrollado con los adolescentes de la ciudad de Manizales se diligenció un instrumento que contiene información acerca de las instituciones y los programas de apoyo ofrecidos y se realizaron entrevistas semiestructuradas a informantes claves.

Para identificar los programas de educación para la salud a los cuales han tenido acceso los adolescentes con problemas de autocuidado, se indagó con los adolescentes el tipo de programas de educación para la salud a los cuales han tenido acceso en asignaturas de educación formal, programas informales en salud y mensajes difundidos por medios de comunicación.

Para analizar el nivel de registro conceptual, sentido, significado y apropiación, que los adolescentes de Manizales dan al mensaje recibido en la educación formal, no formal e informal sobre prácticas en salud se realizaron grupos focales y grupos de discusión.

Como unidad de análisis y unidad de trabajo se contó con adolescentes hombres y mujeres entre los 12 y 20 años de la ciudad de Manizales integrados en instituciones de apoyo para adolescentes alcohólicos, farmacodependientes, jóvenes embarazadas y adolescentes

diagnosticados con ITS (infecciones de transmisión sexual), así:

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>Unidad de Análisis</b>
Farmacodependencia	Adolescentes y jóvenes institucionalizados en entidades de rehabilitación.
Alcoholismo	Jóvenes que asisten a los grupos terapéuticos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.
Jóvenes Embarazadas	Adolescentes y jóvenes embarazadas protegidas en hogares para la joven y estudiantes embarazadas matriculadas en Instituciones Educativas oficiales de Manizales.
Infecciones de Transmisión Sexual	Adolescentes y jóvenes que asisten a puestos de salud y que frecuentan la zona de tolerancia de la ciudad de Manizales.
Medios de Comunicación	Emisoras radiales, canal regional de TV, periódico local.

Como categoría de Análisis se partió de la *Salud del adolescente*. La salud y el desarrollo de los adolescentes están amenazados por problemas que incluyen las consecuencias de una sexualidad precoz o desprotegida, el consumo de alcohol y tabaco, los accidentes y violencia (incluyendo el suicidio), la mala nutrición y ciertas enfermedades infecciosas, incluyendo la TBC).

Para la implementación de las Artes Mediales en Educación para la Salud la Metodología propuesta es de carácter cualitativa de tipo interpretativo. Desde la *perspectiva cualitativa*, la investigación pretende la interpretación de los fenómenos, *comprender* e interpretar la realidad y

los significados de las personas (se busca construir nuevo conocimiento), a través de investigación de observación participante.

La metodología cualitativa se replantea hoy como la vía más adecuada para el estudio de la complejidad social, de ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, en este caso los adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, la investigación cualitativa es interpretativa; es el estudio interpretativo de un problema determinado en el que el investigador es responsable en la producción del sentido. El investigador se implica.

La Metodología propuesta fue Cualitativa de tipo interpretativo, a través del siguiente procedimiento: diseño, ejecución y evaluación de talleres, análisis de la estrategia. Las Categorías y unidad de análisis fueron: Teoría de la persuasión, Audiencia (Adolescentes y jóvenes) y Estrategias mediales en educación para la salud.

La Unidad de trabajo fue conformada por adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años de edad de las Instituciones educativas del municipio de Manizales, quienes con base en el estudio: “*Consumo de medios masivos de comunicación en estudiantes universitarios de Manizales, 2009*”, consideran que los programas más representativos en TV son películas, la lectura que más realizan es la sección de entretenimiento y cultura general de revistas y lo que más escuchan es música, seguido de un uso

informativo digital al acceder a los medios para conocer noticias relacionadas con la actualidad nacional acerca de la violencia, la política y la economía. Así mismo, el tipo de información relacionada con temas de salud que más recordación genera entre los estudiantes universitarios de Manizales tiene que ver con violencia, política, salud sexual y dieta saludable. La información relacionada con salud es usada en alguna medida para la modificación de estilos de vida nocivos por estilos de vida saludables”.

Consecuente con los resultados más actuales sobre el uso de medios de comunicación en la educación para la salud y acorde con las tendencias mundiales, se propusieron las artes mediales como estrategias para construir con los adolescentes y jóvenes de colegios de Manizales las habilidades suficientes para afrontar sus problemas, activar soluciones creativas a los mismos y facilitar su desarrollo integral como personas independientes, responsables, racionales, autocríticas y autónomas, que les permita la toma de decisiones ante su vida y su salud.

Los programas de educación para la salud en Colombia han trabajado de manera general a través de métodos tradicionales como charlas, materiales impresos y editoriales generando contenidos poco atractivos, generadores de resultados negativos y sin ningún tipo de impacto en las poblaciones objetivo.

Con base en lo anterior, los intereses y necesidades de este grupo etareo y las posibilidades que ofrecen las artes mediales como nuevas prácticas artísticas en el área visual, sonoro y audio-visual a través de medios informáticos, se pretendió validarlas como estrategias de educación y comunicación, para promover la adopción de comportamientos sanos en adolescentes y jóvenes en la ciudad de Manizales. Por ello este estudio



buscó implementar estrategias mediales en educación para la salud a través de: Cine, Advergames, Música, Artes Plásticas, Videos, Caricaturas/Comics que interesaran, impactaran y persuadieran al público objetivo para la adopción de comportamientos sanos.

Comienza con el trabajo de campo, mediante la observación participativa y talleres con grupos de adolescentes y jóvenes empleando cada una de las artes mediales en estudio, y luego construye a partir de las relaciones descubiertas, proposiciones teóricas. Mediante el estudio de los fenómenos semejantes y diferentes analizados, desarrolla una teoría explicativa. Se orienta al descubrimiento de los constructos analíticos o categorías que pueden obtenerse a partir del continuo comportamental; Es un proceso de abstracción en el que las unidades de análisis se revelan en el transcurso de la observación y descripción.

Mediante estrategias adecuadas, se busca obtener y analizar datos de tipo subjetivo. Su propósito es reconstruir las categorías específicas que los participantes emplean en la conceptualización de sus experiencias y en sus concepciones.

Desde la perspectiva cualitativa el ambiente natural y el contexto en que se da el asunto o problema es la fuente directa y primaria, y la labor del investigador constituye ser el instrumento clave en la investigación; la recolección de los datos es verbal; los investigadores enfatizan tanto los procesos como los resultados; el análisis de los datos se da de modo inductivo; se interesa por saber lo que los sujetos piensan y que significado poseen sus perspectivas en el asunto que se investiga, en este caso sobre las estrategias mediáticas en educación para la salud.

El proceso investigativo:

- Identificación del problema a investigar – el mismo problema o asunto se reformula a medida que se lleva la investigación en sus inicios.
- Identificación de los participantes – generalmente es una muestra seleccionada, no aleatoria, ya que el investigador procura por una muestra que concierne más a los propósitos específicos de la investigación.
- La formulación de hipótesis –las hipótesis no se formulan al inicio de la investigación, sino que surgen a medida que se lleva a cabo la investigación. Las mismas pueden ser modificadas, o surgen nuevas o se descartan en el proceso.
- La recolección de los datos – se van recogiendo durante el proceso que es continuo durante toda la investigación.
- El análisis de los datos – es uno mayormente de síntesis e integración de la información que se obtiene de diverso instrumentos y medios de observación. Prepondera más un análisis descriptivo coherente que pretende lograr una interpretación del asunto o problema de investigación. (Enfoque holístico).
- Conclusiones – se derivan o se infieren continuamente durante el proceso.

*Procedimiento:*

- Realización de una introducción oral que sirva para situar a la audiencia en el contexto educativo con el fin de favorecer el interés del auditorio. Tener claros los objetivos planteados con la proyección. Finalmente realizar análisis con la participación del auditorio y profundizar con reflexiones.

- Diseño de talleres, Ejecucion de talleres, Evaluación de talleres y análisis de la estrategia mediática.
- Las Categorías y unidad de analisis fueron: Teoría de la persuasión, Audiencia (adolescentes y jóvenes) y Estrategias mediales de educación en salud. La Unidad de trabajo se constituyo con adolescentes y jovenes de 12 a 18 años de edad, de ambos sexos, de las Instituciones educativas oficiales y privadas del municipio de Manizales.

## **INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

Instituto Sanin Cano - Inem

Institucion Educativa Marco Fidel Suarez

Escuela Nacional de Auxiliares de Enfermeria

Institucion Educativa Mundos Posibles

## **2. MARCO TEORICO - CONCEPTUAL EN SALUD**

Después de revisar la literatura relacionada con la tematica general de Educacion en salud, los conceptos que sustentan y soportan el analisis critico estan relacionados con: el concepto de salud, educacion para la salud, cultura de la salud, salud comunitaria, promocion de la salud y prevencion de la enfermedad y atención primaria en salud. En el se exponen las posturas de diferentes autores e instituciones y se realizan aportes a la tematica.

### **2.1 Concepto de Salud**

La Salud ha surgido como concepto biológico donde se ha privilegiado una racionalidad técnica - instrumental, consolidando un enfoque asistencialista de la enfermedad, ahora se concibe como un concepto humano y social que puede ser contextualizado e interrelacionado en sistemas educativos, económicos, políticos y legales de la sociedad.

Esta nueva visión de la Salud responde a las demandas de la declaración de ALMA - ATA:

- El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de Salud para todos y para reducir el abismo que separa, en el plano de la Salud, a los países en desarrollo de los desarrollados. La promoción y protección de la Salud del pueblo son indispensables para un desarrollo social y económico sostenido, que contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la Paz mundial.

- El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de Salud.
- Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la Salud de los pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo final de los gobiernos será el que en los próximos decenios todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de Salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

En este sentido, la Salud es creada y vivida por la gente en el marco de su vida cotidiana y está condicionada por aspectos comunicativos, sociales, ecológicos, biológicos y culturales. Esta relación con tan múltiples condicionantes sociales, hace que la Salud se cree a través de procesos sociales, económicos y políticos y no únicamente a través de la atención de la enfermedad. Las acciones requeridas para lograrla, necesitan por lo tanto de apoyo político y participación de todos los sectores sociales y de las comunidades.

Los principios de la educación y promoción de la salud, propuestos por el Dr. J. Del Rey Calero. UAM. determinan los cambios nosológicos, epidemiológicos, culturales y socioeconómicos y establecen tres tipos de modelos generacionales de la educación sanitaria:

Una primera generación de la educación sanitaria, basada en una relación médico - enfermo, de tipo vertical. El que tiene el conocimiento es el médico y prescribe las normativas de salud.

Una segunda generación se establece a partir de los modelos de Lalonde sobre los determinantes de la salud, al ver la importancia que juegan los estilos de vida, en el determinismo de la mayoría de los procesos mórbidos que producen la mortalidad. Agrupadas las causas más frecuentes que inciden en la mortalidad están los estilos de vida en el 43%, la biología en el 27%, el entorno en el 19% y el sistema de cuidados sanitarios en el 11%.

Una tercera generación establece el modelo participativo; es horizontal pero orientado a grupos activos, proponiendo alternativas de cambio social. El tejido social causa unos patrones de morbimortalidad, por tanto las desigualdades en salud hay que afrontarlas con la participación responsable de los afectados. El subdesarrollo comienza cuando no se saben detectar los propios problemas; por ello, es fundamental la participación responsable de la comunidad. Las recomendaciones de Alma - Ata y la carta de Ottawa estimulan así a los países con esta nueva filosofía para el protagonismo activo de la sociedad. La actuación en conciencia del hombre, base de su consideración ética se mueve por un imperativo categórico respecto a la realidad y a la vida. Es la ética ecológica actual, frente a la moral individual, o frente a la ética antropológica de la ilustración.

La promoción de la salud pretende entonces, capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla (O.M.S. 1986). En la conferencia de Ottawa 1986 se definían 5 líneas esenciales para su acción sobre la salud: construir las políticas saludables, crear entornos saludables a la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar las habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

El binomio Salud - Enfermedad se define como un proceso social del ciclo vital que indica constantes variaciones ininterrumpidas en el tiempo desde cuando el hombre nace hasta su muerte. Un equilibrio armónico que hasta ahora se ha considerado como salud, se altera y surge un desequilibrio o enfermedad. En la actualidad se considera el concepto de enfermedad como constitutivo del concepto de Salud.

La imagen de la salud y de lo saludable que posee la comunidad, ha sido determinada de manera evidente por las concepciones científicas del proceso salud - enfermedad provenientes de la medicina moderna. El concepto contemporáneo de salud es una acepción positiva, simbólica y funcional de vida individual y colectiva. Sin embargo, en el plano operativo la salud es concebida como un bien de consumo y no como un bien social. Por ello es necesario establecer puentes dialógicos entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales y económicas y también entre los científicos y los ciudadanos.

El cambio de paradigmas de salud ha significado, entre otras cosas, un *mayor consenso sobre la relación estrecha entre salud y desarrollo*. La salud se considera ahora no sólo un componente fundamental del proceso de desarrollo, sino esencialmente su razón de ser. Desde esta perspectiva, la salud es ante todo un *producto social*, toda vez que depende y es resultante de todas aquellas acciones que realizan a favor, o en contra, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de la población. La disminución en los niveles de pobreza y el avance en el desarrollo económico de los países sólo son posibles cuando los ciudadanos tienen la libertad u oportunidad de acceder a la educación básica y al cuidado de la salud.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Education Development Center (2000) EFA 2000 Assessment Thematic Study on School Health and Nutrition. Boston: EDC.

Los determinantes que más inciden en las condiciones de la salud no son aquellos derivados del acceso a los servicios de atención en salud, sino aquellos que resultan del complejo de vivencias que se derivan de la calidad del ambiente físico y social, de la vida en familia y en comunidad, del trabajo y la recreación, desde la etapa de la educación y el desarrollo infantil temprano hasta la plena incorporación de las personas de todas las edades y condiciones en la vida productiva, es decir, todos los elementos que conforman la estrategia de la promoción de la salud como un bien público del primer orden. De allí es que se haya puesto de relieve la necesidad de enfoques más amplios en salud pública que superen la aparente dicotomía de la naturaleza biológica y social del ser humano, de manera que con el reconocimiento de la intrínseca complejidad de la realidad de los hombres y las mujeres reales, se puedan puntualizar mejor las intervenciones y líneas de acción tendientes a superar los obstáculos a la salud de los pueblos.

En este sentido, el país de la Región de las Américas que desde hace varios años ha constituido la punta de lanza de este nuevo paradigma en la salud ha sido Canadá. Desde antes del lanzamiento de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986, los salubristas canadienses han venido reflexionando y produciendo una doctrina de gran riqueza y con amplia proyección sobre estos temas. En los últimos años, las discusiones obtenidas en este país han trascendido los ámbitos de la academia y la práctica salubrista local para convertirse en política sectorial y de Estado, no sólo a nivel de sus provincias, sino también a nivel federal.



Es importante destacar el trabajo pionero que el Instituto Canadiense para Investigación Avanzada (CIAR en inglés), bajo la dirección del connotado investigador y humanista Dr. Fraser Mustard, ha desarrollado en los últimos diez años. Ha vuelto operativo, para efectos de la política pública, el concepto de *Salud de la Población*.

En el Reino Unido se ha adoptado el Informe Acheson sobre Desigualdades en Salud como el eje de la política de salud del gobierno laborista de Tony Blair; otros países de la Región Europea, y la misma Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, (EURO), han adoptado enfoques similares para alcanzar una mayor equidad en la situación de salud de sus poblaciones, así como en Australia y Nueva Zelandia. Es preciso reconocer que mucho del andamiaje teórico y metodológico de estas nuevas propuestas se basa en los avances conceptuales alcanzados de antemano por sus colegas canadienses.

En los países de América Latina y el Caribe (ALC), se muestran las mayores disparidades en ingresos así como en otros factores socioeconómicos determinantes de la salud. En muchos países desarrollados, la investigación ha aportado evidencias sólidas sobre el grado y fuerza de la relación entre estos factores determinantes y la salud; sin embargo, relativamente poco ha sido establecido respecto a esto en el contexto de los países de América Latina y el Caribe, a pesar de que las evidencias de que disponemos muestran que la distribución de la situación de la salud y del acceso a los servicios de la salud entre los diferentes grupos socioeconómicos siguen patrones que colocan a los grupos más vulnerables en situaciones de mayor desventaja.

Experiencias de los pueblos y gobiernos latinoamericanos en el campo de la atención primaria, la participación comunitaria y los procesos de reforma sanitaria, también pueden ser reconocidas como factores determinantes de la salud, es decir, los factores que contribuyen a que la población sea y se mantenga saludable.

### ***2.1.1. ¿En qué consiste el enfoque de salud de la población?***

El enfoque de salud de la población se diferencia del concepto tradicional de atención médica en dos aspectos principales. Las estrategias de salud de la población abordan un amplio rango de los factores determinantes de la salud. La atención de salud tradicional se concentra en los riesgos y los factores clínicos relacionados con enfermedades específicas. Las estrategias de salud de la población están diseñadas para llegar a toda la población. La atención de salud está dirigida a las personas en forma individual, frecuentemente a aquellas que ya presentan un problema de salud o para las cuales el riesgo de presentar un problema es significativo. Invertir en un enfoque de salud de la población ofrece beneficios en tres áreas principales: mayor prosperidad, ya que una población sana contribuye a una economía dinámica; menores gastos en salud y problemas sociales; además de un clima general de estabilidad social y bienestar.

### ***2.1.2. Factores determinantes de la salud: ¿Qué es lo que hace que las poblaciones sean saludables?***

Existe un cúmulo creciente de evidencias sobre los factores determinantes de la salud, los cuales analizaremos a continuación.

La evidencia indica que los factores claves que influyen en la salud de la población son el ingreso y la posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y las condiciones de trabajo, entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y la constitución genética, los hábitos de salud y las aptitudes de adaptación, el desarrollo del niño y los servicios de salud.

***Ingreso y posición social.*** Es el factor determinante de mayor importancia para la salud. Muchos estudios revelan que el estado de salud mejora a medida que se asciende en la escala de ingreso y jerarquía social. Igualmente, las sociedades con razonable prosperidad y cuya riqueza está distribuida equitativamente tienen poblaciones más sanas, independientemente de lo que gasten en atención de salud.

***Redes de apoyo social.*** El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades va asociado a un mejor estado de salud. Algunos expertos sostienen que el efecto sobre la salud, de las relaciones sociales, puede ser tan importante como los factores establecidos de riesgo como el consumo de tabaco, la inactividad física, la obesidad y la hipertensión.

***Educación.*** El estado de salud mejora con el nivel de educación, incluidas las autoapreciaciones de salud positiva o los indicadores de un mal estado de salud como la limitación de actividades o la pérdida de días de trabajo. La educación aumenta las oportunidades de ingreso y la seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control en las circunstancias de su vida, factores claves que influyen en la salud.

***Empleo y condiciones de trabajo.*** Las personas que tienen mayor control de las circunstancias de su trabajo y menos exigencias laborales relacionadas con el estrés son más sanas. Los riesgos y las lesiones en el

lugar de trabajo son causas significativas de los problemas de salud. El desempleo se asocia con un peor estado de salud.

***Entorno físico.*** Los factores físicos en el ambiente natural como la calidad del aire, el agua y el suelo son influencias claves en la salud. Los factores en los entornos construidos por el hombre, tales como la vivienda, la seguridad en el lugar de trabajo, el diseño de comunidades y caminos, son también influencias importantes.

***Características biológicas y dotación genética.*** La dotación genética del individuo, el funcionamiento de diversos sistemas corporales y los procesos de desarrollo y envejecimiento son factores fundamentales que determinan la salud. Las diferencias biológicas entre los sexos y el concepto de género influyen en la salud en forma individual y a nivel de la población.

***Hábitos personales de salud y aptitudes de adaptación.*** Los ambientes sociales que permiten y apoyan elecciones y estilos de vida sanos, al igual que conocimientos, intenciones, comportamientos y aptitudes de adaptación para hacer frente a la vida de manera sana, son influencias claves en la salud.

***Desarrollo del niño sano.*** El efecto ulterior de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las aptitudes de adaptación y la competencia es muy fuerte. Por ejemplo, un peso bajo al nacer va asociado a problemas sociales y de salud desde el principio hasta el final de la vida. Y a medida que las madres van escalando niveles de ingreso tienen bebés con mayor peso al nacer, en promedio sobre las madres que están en el nivel inmediatamente inferior.

***Servicios de salud.*** Los servicios de salud, en particular los diseñados para mantener y promover la salud y prevenir las enfermedades, contribuyen a la salud de la población.

### ***2.1.3 Importancia de la colaboración intersectorial en Salud***

La colaboración a través de muchos sectores y el apoyo activo del público en general son esenciales para lograr el éxito de las estrategias de salud de la población. Al aplicar el marco conceptual, el sector de la salud no puede actuar solo, debido a que la mayoría de los factores determinantes de la salud están fuera de su competencia. Los sectores claves que necesitan estar envueltos, además del sector salud, son el sector económico, educación, ambiental, trabajo y social. Las organizaciones voluntarias, profesionales, empresariales, de consumidores y sindicales deben participar junto con todos los niveles del gobierno. Los representantes de las poblaciones que viven en circunstancias desfavorables y con disparidades significativas de salud serán socios fundamentales en las iniciativas para abordar sus necesidades singulares. Igualmente, otros grupos como las comunidades religiosas, las organizaciones etnoculturales y otras que representan a poblaciones con necesidades especiales podrían ser participantes destacados.

## **2.2 Educación para la Salud**

Se define la educación para la salud como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto la impartición sistemática de conocimientos teóricos-prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente

a su estilo de vida, como requisito, para preservar en óptimas condiciones su estado de salud.<sup>4</sup>

La educación para la salud es más que una información de conocimientos respecto de la salud. Es enseñanza que pretende conducir al individuo y al colectivo a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de su salud. La práctica de la educación para la salud puede ser separada en cinco responsabilidades principales interrelacionadas: planeación del programa, ejecución del programa, servicios directos de educación para la salud, administración del programa y evaluación del mismo.

Miguel Costa y Ernesto Lopez (1998), la definen como *un proceso planificado y sistemático de Comunicación y de enseñanza – aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo.*<sup>5</sup>

Cualquier proceso educativo está inmerso en un entorno social. Esto significa que la sociedad, en general, y la comunidad, en particular, son agentes educativos de gran importancia para la educación y muy especialmente para la Educación para la Salud, EpS. Las diferentes formas de educación dan lugar al establecimiento de una red de Educación Permanente, que favorezca también al desarrollo de un auténtico sentido de comunidad. Educación como un proyecto global orientado a desarrollar todas las posibilidades del sistema educativo tanto dentro como fuera del mismo.

---

<sup>4</sup> Dueñas Becerra J. Educación para la salud: teoría y práctica. En: Castanedo Váldez R. Dueñas Becerra J, Toledo Curbelo G. Temas escogidos de Higiene y Epidemiología. La Habana: Facultad de Medicina.

Según Fletcher la educación comunitaria supone la participación de las comunidades en la educación y el desarrollo comunitario, el compromiso de las actividades educativas con el bienestar de la comunidad que las acoge. Se debe colocar a la EpS formando parte del desarrollo comunitario, al considerar que es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a informar, hacer análisis crítico de los problemas de salud e implicar y responsabilizar a los ciudadanos y a los grupos sociales en las decisiones orientadas a conseguir un comportamiento saludable individual y colectivo.

La EpS es una acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar sus comportamientos. Se busca capacitar a los individuos de una comunidad para que traspasen la terapia y reconozcan la raíz de sus problemas de salud, ofreciendo mediante una metodología de grupo alternativas a las situaciones que viven. San Martín subraya la preparación de los individuos para que conozcan lo referente a su salud, pero en contextos ambientales y comunitarios, orientada al conocimiento ecológico-social de la salud.

La OMS insiste en la responsabilidad del individuo y las colectividades en un propio desarrollo sobre la salud. La conexión de la pedagogía con la EpS es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta, se hace necesario encontrar los modelos metodológicos y fundamentación teórica para la acción educativa en este ámbito.

Al igual que la salud está vinculada con lo social, la participación comunitaria lo está con la promoción y la EpS.

---

<sup>5</sup> Costa, Miguel y Lopez Ernesto. Educación para la Salud. Una Estrategia para cambiar los Estilos de Vida. Ediciones Pirámide. Madrid. 1998.

El instrumento esencial para elevar los niveles de salud, es la participación, por ello las estrategias de promoción o atención primaria de salud tienen que apoyarse en la participación comunitaria, aunque lo cierto es que no puede decirse que hoy en día haya una cultura participativa amplia y por lo tanto eficaz. Para favorecer la participación de los destinatarios es imprescindible el acercamiento a los problemas para entenderlos, estudiarlos y resolverlos.

La educación a cada sujeto se enfoca sobre el conocimiento integral que debe poseer el educador en salud acerca de las características psicosociales del grupo y de cada persona que lo integra. Por ejemplo, cuando se desarrolla el tema del alcoholismo en el contexto de la educación para la salud, el educando con ese hábito no percibe ni descifra el mensaje transmitido por el educador de la misma forma que el educando que no lo padece. La educación para la salud busca un proceso de cambio, es decir, una sustitución o modificación de los hábitos o conductas establecidas

Los principales fundamentos de la educación para la salud son las ciencias de la conducta, la educación y la salud pública. La educación para la salud ha evolucionado rápidamente y en muchos casos sin una base teórica, enfocada más en el aspecto práctico, lo que ha hecho olvidar ciertas premisas fundamentales. Una de ellas es que el conocimiento, junto con la actitud positiva, favorece conductas específicas de conservación y promoción de la salud.

El elemento cognitivo es un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables. Las intervenciones preventivas cuya meta es evitar comportamientos de riesgo, pueden beneficiarse si incluyen un componente cognitivo, siendo esto más marcado en ciertos grupos



poblacionales. Este aspecto cognitivo está siendo olvidado en muchas intervenciones preventivas por el afán de producir cambios rápidos de comportamiento corriendo el peligro de ser poco perdurables.

Las acciones educativas están estrechamente ligadas al aprendizaje, y deben estar sistematizadas y desarrollarse en forma permanente y en equipo. En el curso del proceso educacional se utilizan estrategias centradas en las circunstancias y problemas propios del trabajo en salud. Por su parte, la labor de los servicios y programas de salud debe responder a las necesidades sociales y sanitarias de un país. La capacitación del personal es un elemento básico del desarrollo de un plan de salud. La educación continua en salud, como proceso educacional permanente, debe desarrollar sus acciones en el ámbito laboral, nutrirse de las circunstancias propias del trabajo y transformarse en un proceso dinámico que garantice no solo la obtención de conocimientos y hábitos científicos sino la reelaboración de conceptos que otorgan otra dimensión a la problemática de salud en un contexto de causa-efecto, universalidad-particularidad, posibilidad-realidad.

En el tipo de proceso de educación que se propone cabe señalar los siguientes elementos: el contexto, que constituye la base de sustentación de los objetivos del proceso; la identificación de necesidades de aprendizaje, que requiere acciones educativas para el personal de salud; el perfil educacional, que consiste en la identificación de los conocimientos, habilidades y actitudes que el trabajador debe adquirir para hallar la mejor forma de desempeñar su labor social y laboral. El proceso de capacitación, finalmente, articula todos estos elementos y se desarrolla en el interior mismo de la práctica profesional, o sea que toda acción de salud tiene implícito en su naturaleza un componente educativo. En un proceso de capacitación de tipo permanente deben tenerse en cuenta los

componentes de monitoreo, que implica el señalamiento oportuno de indicadores.

La educación es estrategia fundamental en el compromiso político y social que la promoción para la salud tiene como propósito en el desarrollo y bienestar de los pueblos; el papel que corresponde a la educación para alcanzar esta meta, no es solo el identificar los factores y las condiciones que favorecen al bienestar y la salud, es el actuar como agente de cambio en las transformaciones significativas de las sociedades. El objetivo primordial de la educación para la salud responde a un proceso constante de educación, eficiente información y vigilancia epidemiológica permanente para mejorar la salud, minimizar riesgos de daños existentes y posibles, para así, transformar los propósitos sociales de bienestar para todos y trabajar la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

La educación desempeña una función clave en el logro de cambios de este tipo; su eficacia parece ser mayor cuando se imparte mediante una diversidad de métodos y en diferentes sitios, tales como las escuelas, los lugares de trabajo, los medios de comunicación de masas y los centros de salud. Los mensajes de tipo educativo también tienen más eficacia si se les refuerza con medidas concretas; las escuelas, por poner un ejemplo, no sólo deben incorporar conceptos de buena nutrición en el plan de estudios, sino también ofrecer comidas sanas; los lugares de trabajo no sólo deben proporcionarles a los trabajadores información acerca del papel de la actividad física, sino facilitar el uso de medios de transporte que no sean motorizados.

Dado que un cambio voluntario de comportamiento a largo plazo es difícil de conseguir, incluso bajo las mejores circunstancias, las

intervenciones educativo/preventivas deben considerar toda estrategia que pueda facilitar ese proceso de transformación deseado. La educación para la salud es participativa porque tiene un carácter activo, dinámico y funcional, mediatizada con clases demostrativas, talleres, psicodramas, sociodramas, entre otros.

Los programas de educación de la salud han demostrado ser inefectivos si solo se dedican a transmitir información, en cambio son efectivos en la medida en que se centren en el desarrollo de estrategias para que las personas adquieran y modifiquen conductas. Dos son los objetivos genéricos de la educación para la salud que se mencionan en la mayoría de las definiciones:

1. Enseñar conocimientos adecuados para la salud.
2. Propiciar conductas o comportamientos facilitadores de la salud.

Desglosados y haciendo énfasis en la promoción de la salud estos objetivos implicarían:

1. Desarrollar hábitos y costumbres sanas en la gente.
2. Modificar las pautas de comportamiento de la gente cuando los hábitos o costumbres individuales y sociales son insanos o peligrosos para la salud.
3. Promover la modificación de factores externos al individuo que influyen negativamente en la salud.
4. Lograr que los individuos y los grupos organizados de la comunidad acepten la salud como valor fundamental, lo que hace necesario:
  - Cambiar la concepción medicalizada e individualista de la salud.
  - Cambiar los estilos de distribución de servicios de cuidado de la salud.

Dichos objetivos hacen necesario señalar cuales son los comportamientos que se consideran saludables:

### ***2.2.1. Comportamientos Saludables***

- a. Realizar actividad física regular
- b. Tener prácticas nutritivas adecuadas:
  - Disminuir el consumo de grasa animales
  - Aumentar consumo de frutas, verdura y alimentos con alto contenido en fibra
  - Reducir consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas
  - Evitar el consumo de alcohol
- c. Desarrollar comportamientos de seguridad y prevención de accidentes.
- d. Reducir el consumo de drogas.
- e. Tener prácticas adecuadas de higiene.
- f. Desarrollar comportamientos de autoobservación
- g. Desarrollar un estilo de vida minimizador del estrés
- h. Realizar donaciones de sangre y órganos
- i. Desarrollar habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.
- j. Desarrollar comportamientos adecuados para el manejo de situaciones estresantes
- k. Cumplir y seguir las prescripciones médicas.

### ***2.2.2. Factores que influyen en el hecho que una persona se comporte de manera saludable.***

*1. Las condiciones que anteceden al comportamiento saludable, es decir:*

- a) *La historia biográfica de las personas*, en esta se incluye todas las interacciones previas relacionadas con la salud que ha tenido una persona y que determinan, la motivación general hacia la salud, el valor de la amenaza de tener una enfermedad, las creencias que se tengan sobre la importancia y los medios para reducir la enfermedad, entre otros.
- b) *Factores disposicionales y del medio de contacto entre los que se incluyen*,
- Las características estructurales de la comunidad, es decir: Facilidad con la que se puede acceder a los servicios de salud, el tipo de exposición que las personas tienen a mensajes sobre la salud, y las leyes costumbres y sistemas normativos en general que influyen en la mayor incidencia o menor incidencia de una cultura de la salud en la comunidad.
  - Las características demográficas de quienes se comportan: su edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad, clase social.

Aquí es importante señalar que cuatro situaciones específicas también pueden influir en el comportamiento saludable:

- La exposición a modelos que se comporten saludablemente
- La forma en que se haya dado la interacción entre la persona y el prestador de servicios de salud
- El hecho de que a una persona se le haya transmitido información relacionada con la salud de manera persuasiva, que haya influido en sus opiniones y actitudes
- El hecho de existan señales o estímulos discriminativos que propicien el comportamiento saludable: anuncios, relojes, calendarios.

## *2. Las condiciones consecuentes al comportamiento saludable.*

Es decir, todas aquellas consecuencias que se presentan después de un comportamiento saludable y que pueden hacer que esta conducta se fortalezca si las consecuencias positivas o que se debilite si no se recibieron consecuencias positivas o estas fueron aversivas.

Por otra parte existen *dos obstáculos para modificar un comportamiento no saludable*

1. El primero se refiere a propiamente a algunas leyes del aprendizaje, en otras palabras: El carácter placentero de la mayor parte de los comportamientos no saludables y la gran cantidad de tiempo entre el momento en que se comporta la gente de manera no saludable (fumar por ejemplo) y la aparición de las consecuencias nocivas (el cáncer).

2. El segundo obstáculo es de naturaleza económica y política, y se refiere a todas las condiciones que existen en nuestra sociedad que impiden el desarrollo de contextos favorables para la salud en virtud de que se le da prioridad a otros objetivos.

### ***2.2.3. Estrategias en la educación para la salud***

Aquellos proyectos que han introducido elementos de la teoría del aprendizaje social han sido los efectivos en lograr cambios de comportamiento relacionados con la salud. Se destacan el Stanford Three Community proyect y el North Karelia Proyect dirigidos a reducir la incidencia en la enfermedad cardiaca coronaria.

En estos modelos utilizan dos estrategias básicas:

1. La planificación y programación de los antecedentes de una conducta.
2. La planificación y programación de condiciones estimulantes reforzantes.

La *planificación y programación de los antecedentes*, incluye:

- a) Exposición a mensajes persuasivos.
- b) La clarificación de valores y juicios respecto a temas controvertidos en cuestiones de salud, sobre todo de aquellos que impiden la adopción de comportamientos saludables.
- c) La exposición de modelos de salud
- d) La implantación de señales discriminativas en el medio ambiente para el desarrollo de comportamientos saludables. Sobre todo encaminadas a: Atenuar o disminuir estímulos que mantienen conductas problemáticas, Implantar estímulos facilitadores de conductas saludables.
- e) Aumentar la accesibilidad a dispositivos de ayuda para el cambio de conducta, tanto de servicios profesionales como de contexto adecuados (gimnasios, parques).

Por su parte la *planificación y programación de las condiciones estimulantes reforzantes*, incluye:

El desarrollo de situaciones en las que las personas reciban retroalimentación positiva de manera inmediata a la producción de comportamientos saludables. Ejemplo de ellos es el programa desarrollado en Cuba en donde existe un programa de adiestramiento para personas con diabetes en la preparación de alimentos, en dicho programa

cada persona debe preparar con orden riguroso la dieta de los compañeros de mesa, también diabéticos.

Cabe hacer mención que para que un programa de salud tenga éxito también debe considerar los siguientes puntos:

1. Incidir en el sistema educativo
2. Realizar acciones globalizadoras, es decir, incidir en el estilo de vida de familias y comunidades y no tanto en formas aisladas de comportamiento.
3. Realizar acciones que propicien el protagonismo y la participación de la comunidad.

#### ***2.2.4. Condiciones que facilitan la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mensajes de salud***

1. Presentar el mensaje de forma inteligible. Evitar la “jerga” técnica.
2. Dar nociones elementales de salud.
3. Ilustrar información con ejemplos cercanos al individuo o a la gente a la que dirigen el mensaje.
4. Comprobar si los mensajes van siendo entendidos a través de preguntas sobre lo dicho u otros procedimientos.
5. Enfatizar la importancia del mensaje.
6. Usar palabras y frases cortas.
7. Usar pocas frases.
8. Utilizar categorías explícitas y claras.
9. Repetir.
10. No dar muchos mensajes de salud al mismo tiempo.



11. Dar normas específicas, detalladas y concretas acerca de cómo llevar a efecto la prescripción de la salud.
12. Mostrar una actitud amistosa y cercana.
13. Mostrar métodos educativos bidireccionales. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo.
14. Utilizar canales múltiples y a horas accesibles para la audiencia elegida, en los medios de comunicación de masas.
15. Repetir a menudo los mensajes de modo consistente.
16. Persistir en largos periodos de tiempo.
17. Garantizar la novedad, el entretenimiento y asegurar la audiencia seleccionada.
18. Garantizar que el mensaje responda a las necesidades sentidas por la audiencia.
19. Promover la interacción con la audiencia.
20. Garantizar que los mensajes tengan alto nivel de apoyo y aceptación en el ambiente del receptor.
21. Facilitar la audiencia de oportunidades para expresar y practicar los mensajes recibidos.
22. Facilitar que se escuche y discuta el programa en grupos.
23. Facilitar la implicación personal y promover conductas alternativas.<sup>6</sup>

Las determinantes de la salud están presentes e interactúan dentro de los escenarios, donde las personas juegan, estudian, viven, comen y trabajan. Su influencia es gravitante sobre la salud de las personas, afectando también los indicadores de calidad de vida y desarrollo humano.

---

<sup>6</sup> Aguilar-Morales, J. E. (2000) Psicología comunitaria: el modelo clínico comunitario vs. El modelo de competencia. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.

Los esfuerzos en promoción de salud se dirigen a mejorar la salud, calidad de vida y el bienestar de la población durante todas las etapas de su vida, desde la infancia hasta la tercera edad. Durante toda su vida las personas presentan un conjunto de necesidades en salud que supera el tradicional enfoque biológico y que involucran aspectos psicológicos, sociales, culturales y de relación con el entorno y su medio ambiente. Las intervenciones para desarrollar hábitos y comportamientos saludables tienen mayor efectividad cuando se hacen teniendo en cuenta cada una de las etapas de vida de las personas. La promoción de la salud al considerar la integralidad como parte de su discurso y accionar, impulsa a la población hacia la adopción de comportamientos saludables durante las etapas de vida, y a la generación de entornos saludables, concientizándola sobre su rol social dentro del proceso de desarrollo local.

### ***2.2.5. Contextos de Educación para la Salud***

Para cada uno de los escenarios que el hombre habita, se han propuesto programas que están orientados a la intervención de las determinantes de la salud a través del desarrollo de ejes temáticos, allí se desarrollan procesos sociales relevantes para las condiciones de vida y salud de la población objetivo.

#### ***2.2.5.1. La familia***

La familia es considerada la unidad social básica y el medio en el que se desarrollan las bases de la generación de conductas, saberes y hábitos, incluida la salud<sup>7</sup>. Así por ejemplo, la familia tiene un papel central para la supervivencia infantil, el crecimiento y desarrollo durante la niñez y

---

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Resolución directoral CD44.R12: Familia y la Salud. Disponible en [www.paho.org](http://www.paho.org)

adolescencia, y la práctica de hábitos de vida saludables durante la juventud, la adultez y la tercera edad.

La familia, primer espacio de socialización, influye en la adopción de hábitos, estilos y comportamientos relevantes a la salud y bienestar. Las personas ven a la familia como su entorno más próximo y donde encuentran valores, modos de interpretación, percepciones, orientaciones, modos de conducta, protección ante los desafíos de la vida diaria y otros aspectos de importancia en el proceso de salud y bienestar. Las acciones de promoción consideran a la persona dentro de su núcleo familiar como el centro de intervención, y enfatiza la función de la familia como fundamental en la generación de autonomía, ciudadanía, respeto, comunicación, socialización, participación y empoderamiento social que facilitan la eficacia de las intervenciones. En resumen, la composición y dinámica familiar inciden directamente en la salud de sus integrantes<sup>8</sup>.

#### ***2.2.5.2. La comunidad***

La comunidad puede ser entendida como el conjunto de personas, sus capacidades y sus modos de vivir y producir. Sus miembros tienen aspectos comunes de relación, influencia y/o dependencia de índole social, cultural, económico, político y de desarrollo. La comunidad es fundamental como aliado para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y bienestar de las personas. La comunidad con su participación, reflexión, cooperación y movilización efectivas favorece logros

---

<sup>8</sup> Seclen-Palacin J. Enfoque de salud familiar y su potencial contribución en los objetivos de desarrollo del milenio. En Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, Serie Técnica N° 8: "Experiencias y desafíos en Salud Familiar: Caso Brasil". Organización Panamericana de Salud, Brasil, Brasilia 2004.

importantes y sostenidos que contribuyen al desarrollo local y a alcanzar resultados intermedios y finales de salud. La gestión sanitaria, con base participativa y democrática, legitima al Estado ante la comunidad y fortalece la construcción de una ciudadanía justa y democrática. Dentro de la comunidad, las redes sociales representan nuevas formas de organización social, y su presencia contribuye a la articulación de acciones integrales de promoción de salud. Las redes son consideradas como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes en referencia a una política determinada y que intercambian recursos para perseguir intereses compartidos, admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar metas comunes<sup>9</sup>.

Las redes sociales operan dentro de las sociedades como nexos de interrelación entre las personas o grupos organizados, constituyendo esfuerzos organizados para aspirar a mejores condiciones de vida y de salud<sup>10</sup>. Dentro de su territorio de actuación, las redes bien organizadas y responsables facilitan movilizaciones sociales integrales a favor de cambios positivos en la calidad de vida y desarrollo de la sociedad. Las estrategias y acciones en promoción de la salud, basadas en la participación social e intersectorial, interactúan de manera continua con las redes sociales para conseguir cambios significativos en la calidad de vida de la población. Existen determinantes y necesidades en salud cuyo abordaje integral requiere de la participación activa de diferentes sectores de la población; por ello, los esfuerzos para promover salud y bienestar

---

<sup>9</sup> Fleury, Sonia (2002) , "El desafío da Gestão de las redes de políticas", *Revista Instituições y Desarrollo*. en [http://www.ebape.fgv.br/espanol/academico/asp/dsp\\_professor.asp?cd\\_pro=36](http://www.ebape.fgv.br/espanol/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36),

requieren de la articulación intersectorial en la perspectiva de lograr un impacto positivo en calidad de vida.

La intersectorialidad debe ser entendida como un proceso articulado e integrado de formulación e implementación de políticas públicas; presupone la integración de estructuras, recursos y procesos organizacionales y se caracteriza por la co-responsabilidad con los diferentes sectores gubernamentales, no gubernamentales y de la sociedad civil, en el esfuerzo por el desarrollo humano y la calidad de vida<sup>11 12</sup>. La intersectorialidad puede ser entendida como la articulación de saberes y experiencias en la identificación participativa de problemas colectivos, decisiones integradas sobre políticas e inversiones, con el propósito expreso de obtener retornos sociales en la perspectiva de inclusión social y superación del modelo de desarrollo socio-económico vigente.

### **2.2.5.3. La vivienda**

La vivienda no sólo es un espacio físico, sino que también se constituye en parte del entorno de las personas, cuyas características influyen en el bienestar de las familias. La vivienda como espacio físico, comprende los materiales que la componen, la calidad de los mismos, sus condiciones de saneamiento, su micro localización geográfica y social. Las viviendas deben gozar de características en concordancia a los requisitos mínimos que garantice el pleno ejercicio del acto de morar o

---

<sup>10</sup> Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support and health. En: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000

<sup>11</sup> Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais em saúde. Revista de Administração Pública, 2000 Nov/Dez: 35-45

<sup>12</sup> Krempel MC, Moysés MT, Moysés SJ. Capítulo III: Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável: a experiência de Curitiba. En O Processo de construção da rede municípios potencialmente saudáveis. Vol 2 Sparandio AM (Org.), Campinas, IPES Editorial, Brasil, 2004.

habitar, ampliando y mejorando la calidad del espacio y de la vida, propiciando la convivencia armónica y la dignidad humana<sup>13</sup>. La vivienda es, en suma, el escenario donde se desarrollan los procesos culturales, económicos y sociales, donde las acciones de promoción y educación para la salud cobran vigencia.

Teniendo en cuenta este análisis, se ha estructurado el *Programa de Familia y Vivienda Saludable*, que es el conjunto de acciones integradas orientadas a incentivar comportamientos y hábitos que generen estilos de vida saludables entre los miembros de una familia, así como mecanismos de prevención, buscando que el grupo familiar genere capacidades en la mejora de sus condiciones y que la vivienda se ajuste a estándares locales y regionales. El programa fomenta la construcción de una cultura de vida y salud, basada en la solidaridad, respeto, desarrollo de valores y principios. El objetivo del Programa de Familia y Vivienda Saludable es el de contribuir a que las familias se desarrollen como unidad básica social, adoptando comportamientos y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, la escuela y el centro laboral.

#### **2.2.5.4. Los Centros Educativos**

Los centros educativos son escenarios privilegiados para la formación y difusión de una cultura de la salud desde sus alumnos hacia la familia y comunidad. Como institución representativa de su localidad, es responsable de la construcción de espacios de desarrollo, saludables y sostenibles en el tiempo. Por ello el centro educativo es considerado

---

<sup>13</sup> Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Amaral LC, Mesquita L, Ribeiro L. Rede Brasileira de Habitacao Saudavel: Habitacao saudavel como estrategia sinergica da saude da familia no Brasil. En Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, Serie Técnica N° 8: "Experiencias y desafios en salud de la familia: Caso Brasil". Organización Panamericana de Salud, Brasil, Brasilia 2004.

estratégico para promover la construcción de una cultura de la salud, con el compromiso de toda la comunidad educativa. El centro educativo deberá establecer alianzas con otras organizaciones de la comunidad, en tanto entienda que el desarrollo local depende de un trabajo conjunto y organizado, con metas compartidas y planes de trabajo orientados a un mismo fin. El centro educativo es un escenario que contribuye a mejorar las condiciones de vida y de salud de los alumnos, padres de familia, docente y comunidad con la participación activa y responsable de los diferentes sectores e instituciones.

#### ***2.2.5.5 Los Municipios***

Los municipios son los escenarios donde las poblaciones se desenvuelven en el quehacer cotidiano, su relación con la comunidad es estrecha ya que de sus características estructurales y dinámicas dependen aspectos del orden social, económico, cultural, educativo, de seguridad ciudadana y por supuesto de la salud de su población. Los municipios como estructura de gobierno deben formular e implementar políticas saludables que faciliten un empoderamiento de la comunidad, el liderazgo del Estado por inducir el desarrollo comunitario y la participación de la comunidad a favor de su salud. El *Programa de Municipios y Comunidades Saludables*, es un conjunto de acciones que involucra a diversos actores y redes sociales liderados por el gobierno local a fin de contribuir al proceso de mejora de la calidad de vida de la población y al desarrollo integral, desarrollando acciones, creando entornos y comportamientos saludables a favor de la comunidad. En tal sentido, es esencial la generación de políticas públicas, la inserción de la promoción de la salud en la agenda pública, la participación ciudadana, la co-responsabilidad intersectorial y el desarrollo de alianzas estratégicas que propicien el bienestar de las comunidades en concordancia con las políticas

nacionales, regionales y locales. El Programa de Municipios y Comunidades Saludables tiene como objetivo promover el desarrollo de municipios y comunidades saludables desde el sector salud, para contribuir con la generación de entornos y comportamientos saludables en los escenarios del municipio y la comunidad; propiciando la participación, el compromiso y la decisión de las autoridades municipales, la comunidad organizada y otros actores.

#### ***2.2.5.6 Los Centros Laborales***

La mayor parte del tiempo las personas, sobre todo los adultos, lo transcurren en su centro laboral. Dependiendo de sus características físicas, psicológicas, ambientales y culturales el centro laboral puede favorecer o no ciertas condiciones relacionadas directamente con la salud y calidad de vida. Las potencialidades de promover comportamientos saludables y entornos saludables en los centros laborales es enorme, más aún cuando sus efectos positivos pueden trasladarse hacia cambios en los modos de vida dentro de la familia del trabajador y sus redes sociales próximas<sup>14</sup>. La población económicamente activa invierte gran parte de su tiempo en actividades dentro de sus lugares de trabajo. Generalmente los lugares de trabajo son externos a los domicilios y constituyen los espacios donde se generan las acciones destinadas a generar ingresos para la manutención individual y familiar. Sin embargo, en las últimas décadas se observa que el escenario de trabajo lejos de ser el “de la oficina” viene trasladándose a la propia vivienda y a las vías públicas (empleos independientes e informales).

---

<sup>14</sup> Machado JM, Porto MF. Promocao da saude e intersetorialidade: a experiencia da vigilancia em saude do trabalhador na construcao de redes. *Epidemiologia e Servicos de Saude* 2003, 12(3) :121-130.



El abordaje de los escenarios donde la población desarrolla sus actividades laborales es de gran valor en la medida que la influencia de las normas, reglas sociales, círculos de poder, características socioculturales y condiciones ambientales predominantes, permiten la adopción de comportamientos relacionados con la salud y el bienestar. Las iniciativas de los centros laborales saludables permiten que la población pueda ser motivada, inducida, empoderada y en sintonía con la adopción de comportamientos saludables, adquiera responsabilidad ciudadana por la salud y la mejora del entorno para obtener situaciones de bienestar.

Intervenir en centros laborales a través de *un Programa de Centros Laborales Saludables* permite aplicar las estrategias de promoción de salud a nivel de trabajadores y de manera indirecta en sus familias y comunidad con la idea de implementar cambios hacia el abordaje de los ejes temáticos. Existen experiencias interesantes del sector público y privado que estimulan, por ejemplo, la práctica de la actividad física en los centros laborales facilitando la disponibilidad de horarios especiales y de condiciones de ambientes favorables. Los centros laborales saludables desarrollan acciones de promoción destinadas a fomentar la práctica de comportamientos saludables en los trabajadores, sus familias y comunidad y a mejorar las condiciones estructurales, ambientales, sociales y de desarrollo a nivel del entorno con el propósito de mejorar la salud.

## **2.3 Cultura de la Salud**

Como parte de la cultura general, la cultura de la Salud permite al hombre obtener certezas de supervivencia vivir la necesidad, transformarla o satisfacerla, imaginar el futuro y proyectar cambios, reelaborar el sentido social, manejar la conciencia de la aparición de la muerte, orientar sus relaciones consigo mismo con los demás y con el entorno, determinar sus modos de desarrollo y prolongar sus expectativas de vida creativa y disfrutarla.

Como producción y territorio social, la cultura es el eje vital de la cotidianidad individual y colectiva, no solo a nivel de la supervivencia material, sino por la construcción de imaginarios y significantes que impulsan los deseos de vida de los hombres. Así mismo por la cultura se construye la primera identidad como persona y como pueblo, se establecen las nociones de nación y desarrollo fluyendo hacia los sueños y utopías. La cultura de la Salud no está excluida de este universo en la medida en que tiene como puntos cardinales, los reales, los imaginarios, los símbolos o las praxis de la vida y de la muerte.

Según HOYMAN, Salud es el ajuste personal óptimo para una total y fructífera vida creativa. La salud crea identidades personales, colectivas y culturales. Lo que una persona o colectivo considera lo que es la salud y la enfermedad, y por ende las acciones que emprenda para mantener la salud o restablecerla, esta mediado por aspectos subjetivos, interactivos y objetivos. Desde esta perspectiva se considera “el concepto de salud - enfermedad como una construcción cotidiana y no cotidiana traspasada por la cultura; en donde es posible investigar, a partir de una mirada formal, los elementos culturales que pueden ser factor de riesgo o factor protector para mantener o restaurar la salud con un enfoque argumentado

que permite la discusión por un tercer participante que no hace parte de ese colectivo cultural”. (Sánchez 1996).

La cultura puede ser entendida como el “modo de vivir, sentir y pensar en relación al mundo en que vivimos”, representa una construcción social individual y colectiva de lo fenomenológico y espiritual. La salud siendo un proceso social se encuentra inmersa en los espacios culturales diversos y heterogéneos, por tanto transitar junto con la interculturalidad forma parte de los desafíos sanitarios. Razones de orden cultural y antropológico inciden en la generación de desigualdades sociales y de salud. Las diferencias culturales entre los que brindan la atención y los “otros” (vale decir quienes la reciben), evidencian que la salud pública precisa del apoyo de las disciplinas sociales para analizar y encontrar caminos de solución y acción en salud. Ignorar la cultura predominante de las sociedades puede limitar profundamente el accionar e impacto de las acciones en salud y lo que es más grave crear profundos abismos de desencuentro entre el Estado y la población.

Por ello se debe reconocer la relevancia de la interculturalidad como una característica de la diversidad étnica y social de los diversos grupos poblacionales y considerarla en el planeamiento y operacionalización de las acciones en el nivel familiar y comunitario, para ello el abordaje multidisciplinario y participativo constituyen elementos de soporte importantes.

Las normas de conducta, las creencias y los valores que configuran la cultura y las subculturas de un grupo social o de una sociedad entera, y también sus mitos y creencias erróneas, son una parte esencial de su identidad y una parte esencial del entorno en el que nacen los comportamientos y estilos de vida vinculados a la salud y la enfermedad,

y sobre los que ejercen una influencia facilitadora o dificultadora. La cultura establece, circunstancias del entorno que son comunes y que tienen un significado compartido y funciones iguales para muchas personas, y que dan lugar a procesos de entrenamiento y aprendizaje comunes y a comportamientos y costumbres comunes compartidos por todos<sup>15</sup>.

La Promoción de la Salud también pretende incidir en transformaciones culturales, lo que se ha denominado el fortalecimiento de una cultura de la salud, la cual implica transformación o reafirmación de los valores y tradiciones, aprovechando tanto los conocimientos científicos y tecnológicos, como el saber de las diferentes comunidades y grupos sociales. Esta cultura de la salud se ha definido como “*un conjunto de conocimientos, prácticas destrezas, procedimientos, valores, símbolos, expresiones artísticas y estéticas, ritos y sentidos que juzgamos necesarios y válidos para sobrevivir, convivir y proyectarnos*”. Por otra parte, hay un reconocimiento de la importancia del trabajo en las primeras edades de la vida para producir cambios culturales profundos, formar hábitos de vida saludables y construir las bases de una salud personal y social actual y futura. También se han desarrollado nuevos conceptos sobre la educación, que hacen más evidente la importancia de la educación para la salud; se mira la educación como un proceso de apropiación de bienes culturales y sociales que permiten a los educandos enfrentar y resolver los retos de la vida cotidiana y asumir las realidades sociales y culturales que viven.<sup>16</sup>

### ***2.3.1 .La salud y el contexto cultural.***

---

<sup>15</sup> Costa, Miguel y Lopez Ernesto. Educación para la Salud. Una Estrategia para cambiar los Estilos de Vida. Ediciones Pirámide. Madrid. 1998.

<sup>16</sup> Duran Strauch Ernesto. La Estrategia de Escuela Saludable. Departamento de Pediatría Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.

La enfermedad y la salud son dos conceptos internos de cada cultura. Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas y antropológicas además de las biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad. La salud está vinculada a factores políticos y económicos que pautan las relaciones humanas, dan forma al comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. Desde la antropología médica para entender las enfermedades, este enfoque ecológico - cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud que éste tiene principalmente creados por la cultura.

La cultura determina la distribución socio - epidemiológica de las enfermedades:

- Desde un punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades.
- Desde un punto de vista global, las fuerzas político - económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente.

Entre los hábitos que condicionan nuestra salud están: la organización del tiempo de trabajo y el tiempo de descanso, la alimentación, la higiene personal, la limpieza del hogar, la ventilación del hogar, la forma y condiciones en que nos desplazamos al trabajo, la manera de organizarnos en nuestro trabajo, el tiempo dedicado a la diversión y al ocio.

Todas las actividades de nuestra vida cotidiana están condicionadas culturalmente. La cultura modela nuestras conductas homogeneizando comportamientos sociales. Los seres humanos actuamos partiendo de una determinada cultura de la salud, compartimos una serie de principios

básicos saludables que nos permiten integrarnos en el sistema social más cercano. La aceptación social pasa por respetar estos principios y hacerlos visibles a los demás.

La cultura es una variable que se utiliza para explicar desigualdades:

\* **Cultural o Conductual:** Parte de un conjunto de creencias, valores, normas, ideas y conductas de los grupos sociales más desfavorecidos, como origen de las desigualdades en el estado de salud de los mismos. Se la designa también como "cultura de la pobreza" (los pobres tienen preferencia por conductas no saludables, estilos de vida insanos). Desde las ciencias de la conducta se ha considerado que el comportamiento individual y los estilos de vida personales elegidos libremente constituyen una de las principales determinantes de la salud, y de las diferencias entre los individuos.

\* **Materialista o Estructural:** Cuestiona la idea del poder de libre elección y que éste sea el origen de desigualdades en salud. Destaca la importancia de los factores relacionados con la exposición no voluntaria a un entorno social deficiente y arriesgado para la salud.

Por otro lado es importante diferenciar entre dos conceptos complementarios e interdependientes: Sociedad y Cultura. La sociedad es el conjunto de relaciones sociales que se dan en un hábitat y la cultura es lo que da forma y envuelve a esa sociedad. En una cultura, se pueden mover diferentes criterios, dentro de cada contexto social pueden ser importante unos valores más que otros. La adaptación a la cultura y a los valores de una determinada sociedad dependerá de las circunstancias socioeconómicas y personales de cada individuo o grupo social. La cultura es un constructo social, y por lo tanto también cambian los hábitos que se constituyen como pautas culturales y socialmente aceptadas. Los

comportamientos más o menos saludables adquieren diferente dimensión en función de la trascendencia social que tengan en un momento determinado. En este sentido, la educación para la salud es fundamental en las sociedades para: modificar conductas no saludables, promocionar conductas saludables y provocar procesos de cambio social. Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población, la propia percepción del paciente debe ser tomada en cuenta y se constituye en el componente subjetivo de la salud. Los estilos de vida son la manera de vivir basada en patrones de conducta que son determinados por la interacción entre las características individuales, interacciones sociales y las condiciones de vida ambientales y socioeconómicas.

La relación cultura - salud es compleja y constituye todo un reto para las sociedades: cómo entendemos la salud desde las diferentes culturas que conviven en un territorio, cómo entendemos la enfermedad, qué valor se le da a las conductas saludables, qué significan para nosotros los riesgos para la salud.

### ***2.3.2. Comportamientos arraigados en mitos***

Los sistemas tradicionales de creencias suelen ser muy complejos pues incluyen no solamente representaciones imaginarias, sino además conocimientos acumulados, supersticiones y mitos compartidos. Los universos imaginarios constituyen el cimiento de estructuras de pensamiento, de marcos referenciales desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican las ocurrencias naturales y del diario vivir. En esos universos, los mitos tienden a ocupar un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos, en ausencia de

explicaciones con base científica. Los mitos son una parte real de todas las sociedades. Por eso, lo que Malinowski señaló en la segunda década de este siglo sobre los mitos en comunidades primitivas, bien puede aplicarse en alguna proporción a sociedades de hoy en día, complejas y letradas. Según Malinowski, los mitos no son historias que se cuentan, ficciones fantásticas, o simple alegorías. Son resurrecciones narrativas sobre realidades vivientes, que expresan la esencia de los símbolos. Los mitos manifiestan, exaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Los mitos, ingredientes vitales de la civilización humana, son representaciones dinámicas que le imprimen un carácter particular a las creencias y a la sabiduría popular. Constituyen una extensión de los conocimientos objetivos de que se dispone y ofrecen confianza bajo situaciones de incertidumbre.

Las creencias mítico-mágicas y su complemento científico se articulan para configurar un sistema de pensamiento lógico, cuyos componentes se apoyan mutuamente para proporcionar un esquema racional interpretativo de causación del orden natural y del social. Por eso, el pensamiento predominantemente mítico no es ilógico, prelógico o irracional. Es un pensamiento cuyo desenvolvimiento permite hacer interpretaciones procedentes y fundamentadas, a partir de las relaciones operatorias entre sus componentes constitutivos, aunque las conclusiones que se deriven no se correspondan siempre con la verdad científica.

Cuando el pensamiento lógico está determinado por elementos míticos, los fenómenos de salud y enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos particulares que se corresponden con su trasfondo explicativo. Si en una cultura determinada se entiende la enfermedad como producto de maleficios provocados por enemigos, el remedio natural será el amuleto que aísla y



protege contra interferencias externas; pero si se le entiende como resultado de temperaturas, se tratará la dolencia con plantas frías o calientes según el caso. Los simbolismos míticos, como los religiosos, son totalizantes y no dan lugar a intentos para justificarlos. El mito se da como respuesta, como explicación final de un evento, y se ofrece con una fuerza autoritaria incuestionable y muy poderosa. Precisamente en la capacidad afirmativa que tienen los mitos, radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos de salud que se apoyen en ellos. Los mitos configuran creencias que se arraigan firmemente, sustentándose en el increíble poder explicativo que tienen lo sobrenatural y lo oculto y sobre cuya validez no se discute.<sup>17</sup>

Para transformar el pensamiento mítico es necesario ubicar cualquier idea nueva dentro del conjunto de representaciones de que ya se dispone y que constituyen el marco de referencia lógico. Ese procedimiento exige utilizar mecanismos que permitan develar la estructura de causalidad del pensamiento pragmático de la gente y sus interpretaciones fenomenológicas sobre hechos relacionados con la enfermedad y con la salud. Cambiar hábitos y comportamientos arraigados en mitos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que posean será insuficiente. Tendrán además que estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ella las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos, por eso importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables. Comportamientos nocivos con conocimientos saludables. La salud

---

<sup>17</sup> Educación Médica y Salud \* Vol. 28, No. 2 (1994)

constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre representa suficiente atractivo. La gente se motiva normalmente más por la enfermedad que por la salud y tiende a considerar las enfermedades como problema únicamente cuando se siente enferma. En situaciones epidémicas percibidas por la población como de alta peligrosidad, se genera predisposición para enfrentarlas. Pero no así frente a endemias que no necesariamente son, a pesar del daño que causen, reconocidas siempre como nocivas. Tal sucede en el caso de dolencias a las cuales se esté culturalmente adaptado por hacer parte de la vida cotidiana. Una población que haya estado siempre parasitada no tendrá referentes para considerar la parasitosis como algo anormal. Es de común ocurrencia, además, encontrar situaciones en que la población identifica causas, síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con ese conocimiento. En una encuesta realizada a finales de 1992 por un diario bogotano se evidenció que la gran mayoría de personas interrogadas sabían cómo se trasmite el SIDA, pero que una proporción importante de ellas no utilizaba condón para evitar el contagio en sus relaciones sexuales.

#### **2.4. Salud Comunitaria**

En este siglo XXI, el mundo se enfrenta a problemas graves de salud de su población que incluye no solo las enfermedades tradicionales llamadas de la pobreza y la desigualdad social, sino también a las de la abundancia y el desorden físico y mental. Los países del mundo destinan hoy enormes sumas de dinero a la atención de la salud. Alrededor del 98% de

ese presupuesto se invierte en atención a la enfermedad y solamente el 1% a 2% terminan en una verdadera atención a la salud.

San Martín expone con claridad las bases fundamentales de la “salud comunitaria” como “estrategia local” de salud pública: la visión epidemiológica, global e integrada, de la salud-enfermedad (población-ambiente) como proceso de origen y distribución social; participación de la comunidad en la gestión de su propia salud, teniendo en cuenta la concepción que la gente tiene de su salud y la de la comunidad total; la intención educativa de todas las actividades de salud; el objetivo preventivo como prioritario, pero sin excluir la curación, la rehabilitación; y la planificación y evaluación de todas las actividades.

Ander-Egg afirma que “la práctica y el ideal del desarrollo de la propia comunidad mediante la ayuda mutua y la acción conjunta es, en algunos aspectos, casi tan vieja como la misma humanidad. A lo largo de la historia han existido continuos intentos que, por vías y formas diferentes, han procurado lograr el bien común por el esfuerzo comunitario”.

Los modelos metodológicos para conocer y actuar en la comunidad han cambiado con el tiempo; frente a una tradición que enjuiciaba la intervención con una visión crítica, aparece otra orientación que trasfiere la condición de elemento activo capaz tanto de generar conocimientos a partir de su práctica diaria, como de organizar acciones que permitan transformar la realidad en la que vive.

Los procesos de intervención para la salud comunitaria serán coherentes siempre que sintonicen con las aspiraciones, expectativas de los destinatarios y respeten los principios que indica San Martín y que a continuación se exponen:

- La salud es un producto de la vida social; tiene múltiples relaciones con otros aspectos del desarrollo social.
- Los programas de salud pública, basados en la atención primaria de salud, deben tener respaldo político y económico; deben figurar como estrategias de la política de salud del país.
- Es necesario que la comunidad participe en estos programas y exija constantemente una mejor atención.
- Todos los recursos y esfuerzos de la comunidad deben ser movilizados para mejorar la salud de la comunidad y el desarrollo comunal.
- “La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación” OMS.
- “La aceptación de la atención primaria de salud hace necesaria la organización del resto del sistema de salud para que este pueda prestar el apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. El sistema de salud, en su totalidad, ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia indispensable” OMS.

#### ***2.4.1. Estilos de vida y conductas saludables.***

Aquí, se pone de relevancia los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona propician los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la no realización de ejercicio han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud:

#### **2.4.1.1. Tabaco.**

El consumo de tabaco constituye actualmente la principal causa aislada de mortalidad evitable en los países desarrollados. Esto tiene su explicación en la promoción activa de la industria tabaquera y en el potencial adictivo de la nicotina. Los derivados del tabaco pueden generar con relativa rapidez una fuerte dependencia fisiológica y psicológica. Los fumadores que dejan de fumar refieren un serio síndrome de abstinencia con irritación, agresividad, depresión y problemas para concentrarse, problemas que explican que las recaídas sean tan frecuentes. El tabaco como vínculo social y /o el tabaco ligado a la enfermedad. Se puede albergar el inicio de este hábito en la adolescencia. Sin embargo, no todos los que se inician en este hábito llegan a ser fumadores habituales, dependerá de la disponibilidad y el grado de exposición a su alto componente adictivo. Fumar viene asociado a placer y vínculo social. Este carácter social se revela con la asociación del hábito a determinados momentos y lugares: fiestas, después de las comidas, entre otros. Se plantea un vínculo con la enfermedad. Si bien antaño la enfermedad se asociaba con el exceso de fumar, actualmente es asociada directamente con fumar.

*Proceso de dejar de fumar.* La mayoría de los fumadores abandonan el hábito entre los 20 - 30 años. En ocasiones cuando el consumo ya les ha provocado problemas de salud. Este proceso atraviesa varias etapas:

1. Etapa de pre-contemplación: en esta ya existe la percepción de la necesidad de hacerlo, que se traduce en la intención de cambiar en los próximos meses (Corresponde a los primeros años de tabaquismo). Con el tiempo, aparece la percepción individualizada, ya sea porque comienzan a aparecer los síntomas o por la observación en otros de los efectos adversos.

2. Etapa de preparación: los individuos están dispuestos a intentar un cambio y se plantean dejar de fumar para un futuro, normalmente entorno a un mes.

3. Etapa de acción: esta es en la que realmente se produce el cambio.

El entorno afecta más al fumador en proceso de abandono del hábito, que aquel que ya ha dejado de fumar: El fumador que se halla en proceso de abandono intenta evitar aquellos lugares en los que el consumo de tabaco está claramente asociado a ellos. De ahí se justifica la búsqueda de soledad entre los fumadores en proceso de abandonar el hábito. Esto confirma el carácter social del fumar.

*Estrategias propuestas.* En España, las políticas de control del tabaco se han desarrollado tardíamente y con escasa intensidad. Puede verse condicionado por la necesidad de atender a otras prioridades en el campo de la salud. Además, cabría considerar el peso de la industria tabaquera y el éxito de sus campañas para promocionar su producto. La población se muestra especialmente reacia a las restricciones y a la regulación de comportamientos, el consumo del tabaco se vive más como un ejercicio de libertad que como un hábito tóxico.

#### **2.4.1.2. Alcohol.**

El alcohol es una de las drogas con mayor longevidad a lo largo de la historia. La especie humana viene consumiendo bebidas alcohólicas con las finalidades más diversas: celebraciones o para combatir tristezas, para refrescarse o entrar en calor, sedarse o estimularse. Se trata de una droga muy arraigada en la cultura occidental, a la que es fácil de acceder. Se han trivializado de manera general sus efectos así como el propio consumo. Los problemas asociados atienden a un carácter heterogéneo

cuya probabilidad de padecerlos se presenta tanto si el abuso del alcohol es esporádico y puntual como si es continuo. Se asocian estos problemas al perfil de grandes bebedores y alcohólicos, pero la exposición a este factor de riesgo aunque no se continúa si puede llevar a determinadas enfermedades no transmisibles.

*Consumo de alcohol y prevalencia de problemas.* Hay marcadas diferencias internacionales en el consumo de bebidas alcohólicas y en la prevalencia de problemas, presentándose los mayores niveles y la mayor prevalencia de problemas relacionados con el alcohol en las zonas de mayor desarrollo económico. Los países que producen mayores cantidades de alcohol son también los mayores consumidores. La disponibilidad del alcohol es el factor determinante de su consumo: a mayor facilidad de acceso mayor consumo.

Otro factor importante es el geográfico. El clima y la agricultura condicionan tanto su producción y consumo como las circunstancias de su consumo. También por sus efectos calóricos se establece relación con la cantidad de consumo: en las zonas frías se consume más alcohol que en las cálidas.

Los factores culturales tienen un papel relevante entre las pautas de consumo de una comunidad: papel del alcohol en fiestas, en las cenas, comidas navideñas, bodas, e incluso en las salidas de los fines de semana. Hay que tener en cuenta los mitos y creencias en cuanto a su uso: más fuerte, más capacidad de influencia sobre los que le rodean, más agresiva, más capacidad sexual. Sin embargo, el uso excesivo de esta droga es castigado socialmente, puesto que el alcoholismo ha sido considerado como pecado, debilidad moral o falta de fuerza de voluntad.

Algunos mitos son:

- "tomemos unas copas para entrar en calor": Falso. El alcohol es vasodilatador, los vasos sanguíneos en la piel se expanden y la persona experimenta una sensación de tibieza, pero en realidad el cuerpo pierde calor.

- "dale un café para que se le baje la borrachera": Falso. El alcohol ingerido requiere un tiempo para ser metabolizado por el hígado en un 90% aproximadamente.

- "con una copa es más sociable, resuelve su timidez y ansiedad": Falso. El alcohol temporalmente desinhibe y anestesia la ansiedad, pero no la resuelve.

- "la bebida alegre, estimula": Falso. El alcohol es depresor del sistema nervioso central y actúa sobre los centros de control en el cerebro.

- "sabe beber, lleva más copas que ninguno y no se emborracha": Falso. El aumento de la tolerancia indica que el organismo ha aprendido a manejar la sustancia.

*Problemas con el alcohol.* Estos problemas suelen superponerse: las consecuencias para la salud física (cirrosis, determinados tipos de cáncer, hipertensión, enfermedad cerebrovascular y malformaciones congénitas).

Sus repercusiones sociales que a su vez tienen consecuencias para la salud: grado de riesgo que suponen estos productos sobre las conductas violentas (maltrato familiar). Su influencia en las probabilidades de sufrir accidentes, asaltos, manifestar una conducta criminal, lesiones involuntarias, suicidios.

*Propuestas establecidas, la Carta Europea sobre el Alcohol (París, 1995)*  
Serie de estrategias de promoción de la salud orientadas al



establecimiento y aplicación de unas leyes eficaces que graven los impuestos de las bebidas alcohólicas y controlen la publicidad directa e indirecta de las mismas, ponen de manifiesto que se trata de una exposición a un factor de riesgo socioconductual.

*Prevención primaria.* Tiene como objeto principal el disminuir su consumo. Las medidas de prevención primaria se centran en los objetivos específicos de:

1. Limitar la facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas mediante la legislación. Controlar jurídicamente la venta y consumo de este producto, el aumento de su precio, control de licencias y horarios de venta, limitar la edad autorizada para el consumo y la publicidad en medios de comunicación.

2. Mejorar el nivel de información de la población sobre los problemas relacionados con el alcohol y generar actitudes y pautas de conducta positivas.

Las medidas educativas e informativas orientadas a crear o modificar las pautas de consumo de bebidas alcohólicas, abordan tres objetivos fundamentales:

1. Lograr un consumo de bajo riesgo en la población en general.
2. Recomendar la abstinencia de bebidas alcohólicas durante el embarazo.
3. Recomendar así mismo no consumir alcohol en actividades de riesgo.

*Prevención secundaria.* Cabe considerar las limitaciones de los instrumentos con los que se cuentan para detectar la exposición a este

factor de riesgo: cuestionario MAST (25 items), cuestionario AUDIT de la OMS (10 items)

Otra forma complementaria para detectar el consumo nocivo de alcohol:

1. Trabajo desarrollado (profesiones como la de barman, o relaciones públicas)
2. Pertenencia a entornos marginales, antecedentes delictivos o problemas policiales.
3. Malos tratos físicos y psíquicos al cónyuge y a los hijos.
4. Incumplimiento de horario laboral, aspecto descuidado, consumo de otras drogas.

· *Prevención terciaria* Es el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento, Rehabilitación y asistencia social de las personas con problemas relacionados con el alcohol y sus familias, como el programa de Alcoholcos Anonimos, Alhanon y Alatin.

#### **2.4.1.3. Nutrición.**

Las decisiones y las acciones individuales y colectivas que las personas adoptamos con relación a nuestro estado de salud, no dependen solo de la provisión de información y educación sanitaria, sino que también influyen otros elementos como el entorno físico, social, económico y cultural.

En comunidades más desfavorecidas se suelen adoptar modelos de conducta más perjudiciales para la salud (tasas más elevadas de tabaquismo, consumo de alcohol y de drogas). Conductas atribuidas al hecho de que padecen mayores niveles de desempleo o mayor inseguridad laboral.

*Nutrición sana.* Hace referencia a las políticas de nutrición y alimentos, a la seguridad de los alimentos, a las deficiencias de micronutrientes. La seguridad alimentaria significa que existen alimentos disponibles y accesibles para todos nutricionalmente adecuados en términos de cantidad, calidad y variedad, además de ser aceptables en el seno de la cultura correspondiente.

*Consecuencias de una nutrición no adecuada.* Factores de riesgos asociados a la nutrición sobre enfermedades no transmisibles: relación entre una dieta carente de frutas y verduras y enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Dieta basada en un alto porcentaje de productos lácteos, con alto contenido en grasa, sal y azúcares puede aumentar el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares.

Existe cada vez mayor evidencia sobre la relación entre el valor nutritivo y la combinación de los alimentos consumidos, el estado de nutrición del ser humano y la presencia de ciertas condiciones de salud a lo largo de la vida. Esta relación tiene un impacto significativo en el desarrollo humano, la salud colectiva y en el medio social. La condición de saludable en Alimentación y Nutrición radica en el ejercicio de prácticas acordes y relacionadas con el mantenimiento de la salud durante todas las etapas de la vida. Las mejoras en las condiciones de nutrición requieren de cambios positivos en la cadena alimentaria, desde la producción, disponibilidad, hasta el consumo y utilización de los mismos, empleando medios de comunicación y difusión masiva e interpersonal, así como procesos educativos que generen cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable de la población, revertiendo la situación actual de problemas de salud como son la desnutrición y el sobrepeso. Las prácticas saludables en alimentación y nutrición son determinadas por un

conjunto de factores dependientes de aspectos biológicos, psicológicos, entorno familiar, cultura y valores a nivel familiar, así como los aspectos del medio ambiente, del nivel organizativo de la sociedad y de las políticas públicas destinadas a garantizar la seguridad alimentaria. El tipo de alimentación consumida o dieta se encuentra íntimamente ligado a la información que las personas reciben, la disponibilidad de alimentos saludables, los recursos para conseguirlos, y los patrones culturales aprendidos. Su intervención requiere varios niveles de acción articulados, en simultáneo y claramente efectivos. Existe toda una plataforma de factores del lado comercial que también influyen en la alimentación de las personas, por ejemplo productos procesados industrialmente con componentes que pueden afectar el estado de salud de las personas. Es necesario, que la legislación sanitaria sea orientada por acciones que provengan desde la promoción de la salud.

Promover alimentación y nutrición saludable significa desarrollar esfuerzos a nivel de todos los actores sociales involucrados para generar condiciones desde la disponibilidad, acceso y consumo de los alimentos, que favorezcan una calidad de vida justa y digna. El desafío educacional, la generación de capacidades comunitarias para solucionar los problemas según las necesidades reales y sentidas por la comunidad, el compromiso entre los sectores y el estado, y el establecimiento de alianzas estratégicas en pro de comportamientos saludables, son anhelos que pueden ser impulsados desde la perspectiva integral de promoción de la salud.

#### ***2.4.1.4. Higiene y ambiente***

Las prácticas de higiene permiten a la población la minimización de exposición a factores de riesgo para su salud y bienestar. Sin embargo, la adopción de comportamientos saludables relacionados a la higiene son de

gran valor para preservar y mejorar la calidad de vida. La relación de la higiene con problemas de salud (diarreas, helmintiasis, zoonosis, entre otras) es ancestral, siendo de valor la búsqueda y adopción de conductas saludables (lavado de manos en momentos esenciales, higiene, cuidado personal) a nivel individual y familiar. En este tema, la promoción de la salud va más allá de procesos comportamentales, se orienta a mejorar la calidad de vida. Por ejemplo, es sumamente importante proveer acceso a cantidades suficientes de agua segura e instalaciones para la disposición sanitaria de excretas y promover prácticas seguras de higiene<sup>18</sup>. En tal sentido el agua se convierte no solo en fuente de vida y desarrollo al generar movilización social y participación comunitaria para la elaboración y financiamiento de proyectos de inversión que no sólo promuevan la práctica saludable, sino también generen la mejora del entorno. El abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene están presentes en las metas internacionales de desarrollo del milenio.

El limitado acceso a servicios de saneamiento básico y las pobres prácticas de higiene son dos grandes problemas a enfrentar. Los principales factores que causan esta situación incluyen la falta de prioridad e inversión de los gobiernos, la escasez de recursos económicos, la limitada acción comunitaria por esos aspectos, bajo nivel educacional, y el desconocimiento de las prácticas saludables y de higiene de parte de las madres, padres de familia y de sus hijos. Según la OMS, existe evidencia acumulada para afirmar que:

*1. La mejora del abastecimiento de agua reduce la morbilidad por diarrea en un 21%.*

---

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Publicación científica N. 568. OPS, Washington 1998

2. *La mejora del saneamiento reduce la morbilidad por diarrea en un 37,5%.*
3. *El simple hecho de lavarse las manos en momentos esenciales puede reducir el número de casos de diarrea hasta un 35%.*
4. *El mejoramiento adicional de la calidad del agua de bebida, como la desinfección en el punto de consumo, reduciría los casos de diarrea en un 45%.*
5. *El acceso a los servicios de agua potable y saneamiento y el mejoramiento de las prácticas de higiene pueden reducir la morbilidad por ascariasis en un 29%.*

Esta evidencia acumulada revela la importancia de intervenir en saneamiento e higiene en términos de mejorar la calidad de vida de la población.

La promoción de salud puede contribuir en dos grandes propósitos: fomentar la generación de políticas públicas saludables para mejorar el ambiente (agua potable y segura, saneamiento, disposición sanitaria de excretas, eliminación residuos sólidos, descontaminación del agua, suelo y aire) y promover la adopción de prácticas efectivas de higiene en momentos esenciales (lavado de manos antes de preparar o ingerir alimentos, después de utilizar el baño, etc). Existe un propósito a nivel de comportamiento saludable y otro a nivel del entorno saludable. La educación y comunicación para la salud permitirán concientizar y empoderar a la población sobre la relevancia de practicar comportamientos de higiene y de cuidado del ambiente.

#### **2.4.1.5 .Ejercicio Físico**

Los beneficios para la salud derivados de la actividad física moderada incluyen la mejora de la autoestima y del estado de ánimo, la mejora de la apariencia física y de la postura, una reducción significativa de la mortalidad prematura, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la osteoporosis. Se recomiendan una serie de estrategias incluidas en las políticas de transporte, ocio y desarrollo urbanístico (persona sedentaria al menos 30 minutos de paseo al día).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la actividad física es uno de las prácticas de mayor relación con condiciones de vida saludables, en oposición al sedentarismo, la alimentación inadecuada y el tabaquismo, que son factores de impacto negativo sobre la salud especialmente de las dolencias crónicas no transmisibles <sup>19</sup>. Según los resultados de un estudio realizado en siete ciudades de América Latina, 65% de los adultos mayores realizan poca actividad física <sup>20</sup>.

El sobrepeso empezó a manifestarse como fenómeno social a inicios de la década de 1990 <sup>21</sup> y se ha extendido rápidamente hasta abarcar a dos terceras partes de la población adulta <sup>22</sup>. Sin embargo, aún no se dispone de información sobre los niveles de inactividad física de los distintos grupos de la población. Un estudio realizado en el Perú con población urbana encuentra bajos niveles de práctica deportiva y de actividad física

---

<sup>19</sup> World Health Organization. Feachem RG, Kjellstrom T, Murray CJ. The health of adults in the developing world. Washington, D.C.: World Bank; 1999

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud. Encuesta multicéntrica en siete ciudades de América Latina sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Washington, D.C.: OPS; 2000.

<sup>21</sup> Jacoby E. Viejos problemas y nuevas epidemias: el reto de la transición de salud en el Perú. En: Cortez R, ed. Salud, equidad y pobreza en el Perú: teorías y nuevas evidencias. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 2002. Pp. 313–337

<sup>22</sup> Jacoby E. Viejos problemas y nuevas epidemias: el reto de la transición de salud en el Perú. En: Cortez R, ed. Salud, equidad y pobreza en el Perú: teorías y nuevas evidencias. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 2002. Pp. 313–337

<sup>23</sup>. La actividad física realizada con regularidad tiene comprobados efectos positivos; por ejemplo: 30 minutos diarios de actividad física moderada —como caminar, bailar, subir escaleras o montar bicicleta— por lo menos cinco veces a la semana pueden mejorar nuestra calidad de vida <sup>24</sup>.

La actividad física es un comportamiento que tiene un conjunto de factores relacionados con su práctica a través de todas las etapas de vida de las personas. Los factores de índole individual, familiar, de relaciones interpersonales y sociales, y del medio ambiente se relacionan directamente. Por ejemplo, los niveles educacionales y de condición socioeconómica se asocian a mayor actividad física, los hogares donde las familias tienen hábitos por el ejercicio también tienen patrones a favor de este comportamiento. Las condiciones del medio ambiente geográfico y de relaciones sociales son también de extremo valor para realizar actividad física <sup>25</sup>.

El promover la actividad física requiere de esfuerzos que superan la participación exclusiva del sector salud; las alianzas con el sector educación, economía y finanzas, del interior, transporte, entre otros sectores es de gran valor en la medida de desarrollar acciones conjuntas, integrales, de alta escala y con inversión de recursos necesarios que garanticen su viabilidad.

#### ***2.4.1.6. Habilidades para la vida***

---

<sup>23</sup> Seclén-Palacín J, Jacoby E. "Factores socio-económicos y ambientales asociados con actividad física deportiva en la población urbana del Perú". Rev Panam Salud Pública, 2003, 14(4): 255-264

<sup>24</sup> Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices. Rev Panam Salud Publica 2004; 15(4):278-284.



Las habilidades para la vida son aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria. Son un conjunto de destrezas psicológicas y sociales cuyo desarrollo mejora el desempeño de las personas en la vida diaria. El desarrollo de habilidades para la vida permite a las personas adquirir destrezas y aptitudes necesarias encaminadas al desarrollo humano individual enfrentando en forma efectiva los retos de la vida diaria; pero también hace que las personas se conviertan en agentes de cambio dentro de su comunidad. Conocer y desarrollar nuestras capacidades y destrezas nos permite sentirnos bien con nosotros mismos y con los demás; nos ayuda a ser solidarios, autónomos, respetuosos, tolerantes, responsables, porque hemos aprendido a procesar y reaccionar saludablemente ante las influencias sociales y a la vez transformar las circunstancias de vida. El principal escenario donde se desarrollará este eje temático será el centro educativo, un espacio privilegiado de socialización. Se trabajan habilidades sociales, cognitivas y emocionales que hagan que las personas, en especial los niños y jóvenes, desarrollen todo su potencial y se conviertan en agentes de cambio en los entorno en los cuales interactúan.

#### ***2.4.1.7. Seguridad Vial y Cultura de Tránsito***

Las lesiones causadas por el tránsito constituyen un importante problema de salud pública, cuya intervención eficaz y sostenible exige esfuerzos concertados. Las estadísticas disponibles refieren que anualmente 1,2 millones de personas en el mundo pierden la vida en la carretera y hasta 50 millones resultan heridas. De no tomarse medidas esta cifra tenderá a

---

<sup>25</sup> Jacoby E. The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices . Rev Panam Salud Publica 2004; 15(4):278-284

incrementarse sobre todo en países de bajos ingresos. Estas lesiones representan una gran carga económica para la economía de los países y los hogares; afectando mayormente a las poblaciones mas pobres y vulnerables de la sociedad. La seguridad vial es un desafío multisectorial y de salud pública, refleja los esfuerzos conjuntos de las instituciones de gobierno, instituciones no gubernamentales, académicas, y de la sociedad civil por favorecer comportamientos y entornos favorables para la reducción del impacto negativo de las lesiones por tránsito en la población. Las acciones de seguridad vial se destinan a ofrecer el mismo grado de protección a todos los usuarios de la vía pública. Para la seguridad vial se requieren, entre otros factores, del desarrollo en la población de una cultura de tránsito es decir la adopción de normas, valores y consideraciones que favorezcan una actitud positiva hacia el respeto de la legislación vigente para minimizar las lesiones causadas por el tránsito.

Esquemáticamente, las lesiones causadas por el tránsito obedecen a tres elementos claves: el ser humano, el vehículo y el entorno; que favorecen o limitan este problema. Los tres elementos son abordables desde la perspectiva de promoción de salud. En la mayoría de países existe el desafío de lograr que las personas tengan una educación vial, dentro de los compromisos a asumir como ciudadano respetuoso de los derechos de los demás. La relevancia del entorno radica en que las condiciones de habilitación y señalización de las carreteras están directamente relacionadas con la magnitud del problema, esta acción depende de la inversión de los gobiernos locales; pero para que esto se dé, el gobierno local debe estar conciente de su rol e involucrado con el desarrollo local. Desde la promoción de la salud, la seguridad vial y cultura de tránsito son temas de trabajo para desarrollar capacidades de convivencia entre individuos, involucramiento de los gobiernos locales e implementación

de políticas locales coherentes, concertadas y viables para favorecer comportamientos y entornos seguros de tránsito. La seguridad vial y cultura de tránsito requiere de la participación ciudadana responsable para concientizar y promover comportamientos seguros; requiriendo un esfuerzo coordinado intersectorial y una legislación suficientemente coherente con el propósito de favorecer su cumplimiento en diversos escenarios y condiciones. El sector salud es el llamado a liderar y conducir los esfuerzos desde las instituciones de gobierno para afrontar este desafío y contribuir a una vida saludable en la población<sup>26</sup>.

#### ***2.4.1.8. Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz***

La salud mental es un componente esencial de la concepción de salud y bienestar. Existen diversas definiciones sobre el tema y todas consideran el enfoque de salud integral. La Oficina Panamericana de la Salud consideró que salud mental es el núcleo de desarrollo integrado de toda la vida, y que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía. En realidad, la salud mental trasciende a la ausencia de enfermedades mentales, convirtiéndose en una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida. La persona saludable mentalmente se identifica con su familia, socializa con ellos, deriva el resultado de dichas

---

<sup>26</sup> Organización Mundial de la Salud (2004). Informe Mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. OMS, Ginebra 2004.

socializaciones a los distintos grupos de pertenencia, a la comunidad y su sociedad<sup>27</sup>.

Existen situaciones en salud que deben su origen a problemas en la salud mental, como los trastornos de relación social tales como la ansiedad, depresión; alteraciones conductuales y suicidios, alteraciones psicosociales, consumo y abuso de sustancias psicoactivas y las alteraciones del comportamiento como la violencia en todas sus formas. Las relaciones interpersonales, comunicacionales, de afecto, confianza, protección, satisfacción de necesidades básicas a nivel individual, familiar y en el entorno próximo de las personas, son de valor en la construcción explicativa de las condiciones que afectan la salud mental y el bienestar integral de la población.

La Promoción de la salud a través de su abordaje intersectorial, promoviendo la participación responsable de las familias, las redes y organizaciones sociales en los diversos escenarios de desarrollo de las personas (escuelas, centros laborales) puede facilitar que la población asuma comportamientos de buen trato, y educar a las familias en pautas de crianza adecuadas para el desarrollo integral de sus miembros. La promoción de la salud mental comprende la diversificación de los comportamientos y los entornos saludables favorables para el desarrollo integral de las personas, facilitando la expansión de capacidades y competencias, fortaleciendo la identidad y autoestima, generando espacios de socialización con respeto y cooperación y fomentando vínculos humanos positivos de participación social activa y creadora de riqueza.

---

<sup>27</sup> Ministerio de Salud (2004). Lineamientos para la acción en salud mental / Perú. Ministerio de Salud. Lima, Ministerio de Salud, 2004.

#### ***2.4.1.9. Salud sexual y reproductiva***

La salud sexual y reproductiva constituye uno de los ejes temáticos que mayor atención ha generado en los países durante las últimas tres décadas. La definición sobre este tema es complejo, la de mayor trascendencia internacional fue la consensuada en el año 1994 durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo. Ahí se consideró que: “La salud reproductiva es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y los derechos a recibir servicios adecuados de atención de salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y en las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de la salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al prevenir y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Actualmente, la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la

reproducción hasta que la mujer llega a la menopausia y el climaterio y el hombre a la andropausia. En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Incluye, aparte de la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial.

Definir la salud reproductiva también implica analizar sus múltiples determinantes, esto es de fundamental importancia para poder actuar no sólo sobre las manifestaciones de los problemas de la salud reproductiva sino también sobre sus causas; el mejoramiento de la salud reproductiva requiere abordar todos los determinantes. Además de los factores del ciclo vital y de género, la salud reproductiva afecta y es afectada por el contexto más amplio de la vida de las personas, en particular, sus circunstancias económicas, educación, empleo, condiciones de vida y entorno familiar, relaciones sociales y entre sexos, y estructuras tradicionales y legales. En esta sociedad con grandes inequidades, las mujeres son significativamente más afectadas por los problemas de salud reproductivos, ya que están expuestas a las complicaciones del embarazo y del parto, sufren las consecuencias de no poder prevenir los embarazos no deseados, corren riesgos al realizar abortos peligrosos, tienen una mayor responsabilidad en materia de anticoncepción y están más expuestas a contraer infecciones del tracto reproductivo y a sufrir sus complicaciones. Sin embargo, los factores biológicos no bastan para explicar esta disparidad de repercusiones. La desventaja social, económica y política de la mujer tiene un impacto muy negativo en su salud reproductiva.

Desde el accionar de promoción de salud pueden destinarse esfuerzos sustantivos a mejorar las condiciones de la salud sexual y reproductiva entre la población durante todas las etapas de vida. Así, para promover salud sexual y reproductiva se requiere de la acción intersectorial: sector salud, educación, desarrollo social; de alianzas estratégicas entre el gobierno, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado; la integración del enfoque de género, lo que incluye el empoderamiento de la mujer y la consideración específica del varón y la participación de todos los actores involucrados en el diseño, ejecución y evaluación de acciones tendientes a mejorar calidad de vida. Promover la salud reproductiva significa fomentar la salud y el desarrollo de los individuos a lo largo de su vida. Esto incluye promover comportamientos saludables y relaciones respetuosas y equitativas entre los sexos. Es necesario incorporar a los hombres en los programas de salud reproductiva y apoyarlos para que puedan asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo así como sus funciones sociales y familiares.

Es importante el rol de la promoción de salud en el fortalecimiento de las acciones por una maternidad saludable y segura, las cuales se encaminan a la mejora de la salud de las gestantes y la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal. El acceso oportuno a servicios obstétricos de calidad es reconocido como la principal estrategia para abordar este problema<sup>28</sup>. La promoción de salud puede mediante acciones de abogacía, articular la adherencia de políticos y decisores de diversos niveles para apoyar iniciativas destinadas a alcanzar el bienestar en las madres y sus recién nacidos.

---

<sup>28</sup> Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 70: 89-97.

#### ***2.4.2. Abogacía y generación de políticas públicas saludables***

Las acciones de abogacía se constituyen en una fuerza que impulsa a aliados estratégicos y actores clave a aunar esfuerzos para la movilización de conciencias entre los políticos y la sociedad hacia el desarrollo de acciones para promover la salud. La política pública saludable fue definida como “aquella que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable”. Las políticas públicas aplicadas al conjunto de sectores que influyen en los factores determinantes de la salud constituyen importantes vehículos para reducir las inequidades sociales y económicas como por ejemplo, el acceso equitativo a bienes y servicios, entre ellos, a la atención de salud y las condiciones de vida saludable. Las políticas públicas saludables deberían plasmarse en legislación facilitadora y metas nacionales de corto, mediano y largo plazo que involucren la participación de sectores y actores diversos del ámbito privado, público, y de la sociedad civil.

Las iniciativas regionales de Políticas Públicas Saludables se basa en un enfoque multisectorial para asegurar la sostenibilidad de acciones para condiciones saludables y de bienestar; aumentar la protección de los habitantes reduciendo sus riesgos; ampliar la atención a los grupos indígenas; extender la cobertura de los servicios públicos y sus efectos, y mejorar la calidad de vida. Estas iniciativas regionales son impulsadas desde la implementación de los procesos de descentralización del país. Es crucial para la construcción de políticas públicas saludables, el generar conciencia social a varios niveles de la sociedad. Desde los Ministerios de Salud y Protección social se deben dirigir acciones para que a través de la formulación, implementación y seguimiento de políticas saludables racionales y aceptadas por la población, se pueda contribuir al desarrollo humano y a una mejor calidad de vida.



### **2.4.3. Comunicación y educación para la salud**

Se reconoce que la difusión y la mejor utilización de la información y conocimientos disponibles entre todos los grupos y niveles es parte de los requerimientos para lograr las metas de promoción de la salud. Para ello deben aprovecharse las metodologías existentes, destacando la comunicación social, que ha demostrado ser una herramienta útil para el logro de los objetivos relativos a la educación para la salud, promoción de políticas saludables, cooperación intersectorial y participación social. Los programas de comunicación social son diseñados para informar, influenciar y motivar audiencias.

La comunicación es una estrategia fundamental dentro del propósito de construir una cultura de promoción de la salud en la población, es facilitadora de la comprensión de los procesos de bienestar y salud. La comunicación debe ser una estrategia fundamental durante todo el proceso de desarrollo de políticas, programas y proyectos. La comunicación como estrategia de promoción de salud debe contribuir al fortalecimiento de cultura de salud basada en la autonomía, de la solidaridad y la co-participación de la población, haciéndolos protagonistas. La educación para la salud como proceso sociocultural permanente de desarrollo humano individual y colectivo, debe ser incorporada como estrategia fundamental en el quehacer de promoción de la salud. Esta abarca el desarrollo de habilidades individuales y colectivas, así como la formación de valores que le permitan a la población controlar y mejorar su propia salud.

La comunicación y educación para la salud es la estrategia que nos permite generar conflictos conceptuales, itinerarios y materiales educativos para lograr aprendizajes significativos en las personas

haciendo que asuma prácticas saludables que se conviertan en comportamientos saludables. Sin embargo, la educación para la salud va más allá del horizonte comportamental; genera desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, actitudes y valores.

La comunicación y educación para la salud contribuyen a la construcción de una ciudadanía en salud; a través de ellas, las personas pueden desarrollar al máximo sus capacidades y convertirse en agentes de cambio, lo que a su vez pueden generar oportunidades en su entorno. Así mismo, la educación para la salud al desarrollar integralmente a las personas, hace que estas tomen conciencia de sus derechos y promuevan su ejercicio pleno.

Igualmente, los medios de comunicación deben participar en el desarrollo de aptitudes personales, comportamientos y estilos de vidas saludables, que faciliten la participación consciente y responsable de los individuos en el control de los factores que promueven la salud, así como para la movilización de la opinión de comunidades, líderes y dirigentes que lleven a la creación de ambientes saludables.

#### *La comunicación de los mensajes de salud*

Existen al menos doce canales para transmitir los mensajes a las poblaciones o subgrupos. Los planificadores de los programas de salud deben elegir aquellos canales que parezcan adecuados para cada fase de su programa y según sean los grupos destinatarios.

1. Gobierno nacional y regional
2. ONG
3. Medios de comunicación

4. Líderes de la comunidad
5. Grupos de empresarios y trabajadores
6. Escuelas y maestros
7. Quienes establecen normas de salud
8. Profesionales de la salud
9. Grupos sociales formales e informales
10. “Interlocutores” (clero, maestros, etc.)
11. Familias, amigos, colegas
12. Personas en general

#### ***2.4.4. Participación comunitaria y empoderamiento***

La participación comunitaria es un elemento importante en la configuración de un nuevo modelo social, donde la implicación de los ciudadanos y ciudadanas, así como de sus interlocutores sociales lleguen a adquirir un protagonismo en los procesos de toma de decisiones y en la aplicación de políticas públicas; al tiempo que es un indicador, relevante de la calidad de vida democrática de una sociedad. La participación comunitaria entendida como distribución del poder puede abrir caminos a la concertación, el diálogo, la negociación y al pacto, y posibilita la gestión compartida y el control social sobre la actuación pública. La acción preventiva puede contribuir, desde la participación comunitaria, a evitar conflictos, y por tanto, puede favorecer la eficacia y la eficiencia de las políticas públicas saludables. La participación comunitaria no es un estado estable, sino un proceso constituido en varios momentos, durante los cuales los sujetos involucrados se forman y forman a otros en el manejo de conocimientos y destrezas que dependen de la naturaleza de la experiencia participativa. La afirmación de que la participación es un proceso implica reconocer su variabilidad, en función de los componentes que inciden en el contexto y momento en que este ocurre.

El empoderamiento, “empowerment”, en un proceso consciente e intencionado que tiene como objetivo igualar las oportunidades entre los actores sociales. Se entiende como el proceso que se da en un grupo humano a través del cual sus miembros son cada vez más capaces de influir en las decisiones que les afectan, es decir, se convierten, a través de la participación, en protagonistas de su propio desarrollo. Empoderar se contempla como un proceso a través del cuál los individuos y los grupos locales y las comunidades identifican y dan forma a sus vidas y al tipo de sociedad en que viven. Significa que se es capaz de organizarse e influir en el cambio sobre la base de su acceso al conocimiento, a los procesos políticos y a los recursos financieros, sociales y naturales. La participación comunitaria entendida como proceso de empoderamiento, puede contribuir a reforzar la confianza de todos los miembros de un grupo en el conocimiento y la capacidad de cada cuál y puede alentar la capacidad de preguntar, interrogar, cuestionar y contribuir a los sistemas de conocimiento locales. Esta forma de participación implica el reajuste constante y el intercambio continuado de información, la discusión y la gestión y resolución de conflictos en condiciones complejas, cambiantes y extremadamente inciertas. Implica el fomento de la conciencia y tejer o crear conjuntamente una comprensión compartida de los problemas de salud y desarrollo; y una visión de cara al futuro que conduce al compromiso por parte de la comunidad.

#### ***2.4.5. Desarrollo humano y Salud Comunitaria***

Hacia finales de los años 80 existían las condiciones necesarias tanto desde el punto de vista político y social como teórico conceptual para avanzar hacia una adecuada revalorización de la dimensión humana del desarrollo. Desde entonces el desarrollo humano (DH), quedó definido así:

*"...es un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano. En principio estas oportunidades pueden ser infinitas y cambiar con el tiempo. Sin embargo a todos los niveles del desarrollo, las tres más esenciales son disfrutar de una vida prolongada y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no se poseen estas oportunidades esenciales muchas otras alternativas continúan siendo inaccesibles".*

Según este nuevo paradigma, el desarrollo debe centrarse en el ser humano. Esto puede parecer obvio o reiterativo; sin embargo, hay conceptos divergentes de modelos de desarrollo en su aplicación y también en su medición. Si bien las metas de cualquier modelo de desarrollo tienen que orientarse hacia un mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, los medios para conseguirlo pueden ser muy diferentes. Para alcanzar los objetivos de Desarrollo Humano en una comunidad se necesita asegurar una vida saludable, así como garantizar el acceso de todos a los servicios de salud. Una vida saludable adquiere relevancia como factor de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano e influye positivamente sobre el sistema educativo, la oferta de mano de obra y la productividad laboral.

Existe fuerte relación entre la esperanza de vida al nacer y otros indicadores de Desarrollo Humano, tales como nivel de ingresos, educación, ocupación, calidad y tenencia de la vivienda, libertad y equidad social, entre otros. Como afirma Kliksberg la desigualdad reduce la esperanza de vida: *"Cuanto menor la desigualdad mejor es el clima de confianza, mayor la cohesión social y mayores son las tasas de esperanza de vida. Los investigadores estiman que un aumento en un punto en la*

*desigualdad puede significar dos o tres puntos más de ascenso en la mortalidad promedio”.*

La salud de una población, más que de sus ingresos medios, depende de la igualdad en la distribución de los mismos, de modo que un incremento de los ingresos concentrada en un solo sector determinaría, incluso, un menor estado de salud. Esto se opone al falso supuesto que postula que una mayor cantidad de servicios genera automáticamente una mejor condición de salud en las personas promueve que ésta resulte menos óptima que la que correspondería a la magnitud de los recursos que a aquellos se asignan. El aporte del concepto de Desarrollo Humano es demostrar que en salud más no es igual a mejor; que el desarrollo económico de un país no es garantía para el bienestar físico, mental y social, y que más consumo de servicios médicos no implica mayor longevidad.

#### ***2.4.6. Derechos en salud y equidad:***

La reducción de las desigualdades sociales y de las brechas generadas por ellas es una de las mayores preocupaciones de los gobiernos, siendo la gran meta de todos los cambios y reformas en el campo de la salud el desarrollo humano basado en la equidad. Sobre la equidad existen múltiples definiciones, todas entendidas como un principio de igualdad, libertad y justicia social<sup>29</sup>. Tal como lo menciona Whitehead podríamos considerar la equidad como “diferencias que son necesarias y evitables, consideradas socialmente injustas”<sup>30</sup>, para el caso de salud la equidad

---

<sup>29</sup> Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:655–658

<sup>30</sup> Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Services* 1992, 22:429-45

puede ser entendida como “igualdad de oportunidades en el consumo de bienes y servicios de salud, conforme las necesidades y que responda al derecho ciudadano universal de acceso a la salud<sup>31</sup>; entendiendo salud bajo la perspectiva del derecho del ciudadano, vale decir el acceso libre e igualitario a condiciones de vida dignas y justas, y a los servicios de atención y cuidado de su salud integral durante su vida entera. Debe resaltarse que promoción de salud es un proceso que induce cambios político-sociales en beneficio de la salud y el bienestar considerando el enfoque de equidad y dirigiendo esfuerzos a la reducción de brechas de los grupos de población según condición socioeconómica y étnica.

Las potencialidades de acción de promoción de salud para articular esfuerzos sociales colectivos en pro de reducción de las desigualdades y mejora de la calidad de vida son mayores debido a que articula esfuerzos intersectoriales, fortalece la participación-acción de la sociedad civil organizada e impulsa cambios sostenibles en el tiempo. Las estrategias promocionales de salud y bienestar consideran en su agenda de acciones la búsqueda de la equidad y justicia social.

#### ***2.4.7. Derechos en salud y equidad de género***

En el campo de las políticas en salud, el enfoque de género ha venido plasmando acciones en los proyectos y programas de salud. Este movimiento ha venido ganando adeptos, aun queda un gran camino por recorrer pero han existido avances en el tema de derechos a la salud, salud reproductiva, seguridad alimentaria y social, enfermedades transmisibles como la infección HIV, entre otros. Género, identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los

---

<sup>31</sup> Almeida C. Equidade e reforma setorial na America Latina: um debate necessario. Cad. Saude Publica, 2002; 18 (Suppl):23-6

ámbitos del ser y el quehacer femeninos y masculinos dentro de contextos específicos. Se podría entender como la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetiva que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, y al mismo tiempo, los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos. El enfoque de género es el método que permite desarrollar conocimientos concretos sobre la situación de las mujeres con respecto a los hombres en el mundo. Su sentido filosófico es, precisamente, contribuir a visualizar las relaciones de poder y subordinación de las mujeres y conocer las causas que las provocan.

Las diferencias que exhiben los sexos en términos de oportunidades, acceso y uso de los recursos que les permiten garantizar su bienestar y desarrollo humano son definidas como brechas o inequidades de género. La Promoción de la Salud busca el bienestar colectivo considerando la igualdad de género. Sus postulados reconocen e impulsan el derecho reconocido de la mujer por condiciones igualitarias y justas de desarrollo social y económico. En el caso de salud, la igualdad de género en las condiciones de salud, el acceso a servicios públicos y el bienestar son aspectos que promoción de salud considera en la plataforma de sus acciones en todos sus escenarios de aplicación. La estrategia de promoción de salud reconoce que la mujer tiene los mismos derechos universales de todo ciudadano, asimismo enfatiza la necesidad de su participación en la implementación de acciones de promoción en sus diversos ámbitos y escenarios, reconociéndola como un actor clave y aliado estratégico por la mejora de la calidad de vida. Transversalizar el enfoque de género en las acciones de promoción implica promover el desarrollo integral de mujeres y hombres, mediante el fortalecimiento de sus capacidades y habilidades para actuar frente a los determinantes de la



salud basándose en la reestructuración de las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres las que deben darse en planos de equidad, para ello se debe enfrentar las relaciones desiguales de poder (riqueza y pobreza, hombres y mujeres) que frenan un desarrollo igualitario y la plena participación de las mujeres; ello contribuirá con el desarrollo sostenible e igualitario con toma de decisiones compartidas entre mujeres y hombres.

#### ***2.4.8 Acción Educativa con la Adolescencia***

Debe tener en cuenta los cambios que se producen en esta edad, la influencia de los iguales y el efecto que promueven los valores sociales que se resaltan en los diferentes medios de comunicación (publicidad, internet, videojuegos, móviles, televisión) que configuran la percepción de la realidad de los jóvenes. Las iniciativas de salud deben facilitar el desarrollo personal y social de los adolescentes y deben ser acciones educativas que potencien las propias capacidades y la reflexión e interacción con el grupo-clase. Independientemente del problema de salud que se aborde el desarrollo de las habilidades para la vida que propone la OMS (resolución de conflictos, manejo de emociones, pensamiento crítico, comunicación asertiva,...) es un elemento clave que proporciona una autoestima ajustada y otros factores de protección para hacer frente a diferentes problemas de salud (adicciones, accidentes, enfermedades).

Un aspecto importante de la promoción de la salud consiste en mejorar las fortalezas más que centrar la atención en las debilidades. Aunque es obvio que existen conductas poco saludables que hay que analizar para identificar los factores que la generan. Los malos hábitos alimentarios, las adicciones, los temas de salud se deben abordar en las dimensiones

personal, relacional y ambiental; buscando reforzar los aspectos positivos y procurando no fragmentar las iniciativas de salud. La dimensión personal incluye la alimentación, la creatividad, la autoestima, los cuidados personales. La dimensión relacional integra relaciones y emociones, sexualidad, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, convivencia y racismos, resolución de conflictos.

*“Desde esta perspectiva, son claras las ventajas de intervenciones en múltiples niveles, combinando componentes ambientales y de comportamiento. Por ejemplo, los programas dirigidos a reducir las conductas arriesgadas en adolescentes tienen más probabilidades de éxito si las comunidades organizan eventos deportivos para jóvenes, promueven el liderazgo juvenil en programas comunitarios e implementan leyes que prohíban la venta de tabaco a menores. De ello se desprende, también, la importancia de conocer las teorías que explican las conductas de riesgo y que pueden ayudar a diseñar intervenciones que las modifiquen a favor de conductas saludables”*  
(OPS, 2001: 19).

Las teorías y modelos de la persuasión, también llamadas teorías de la conducta, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes, y han sido la base de estudios por parte de investigadores de la salud lo mismo que de otras disciplinas (Donohew y cols., 1991). Las teorías permiten soportar la comprensión de los comportamientos de salud que pretenden generar los programas de prevención y educación en salud; pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las

influencias externas en él, la identificación de las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Parte de éstas son las teorías de la persuasión como base de la comunicación en salud, la planificación, implementación y evaluación de programas de salud (Maibach y Parrott, 1995).

*“La motivación y el raciocinio juegan un papel importante en el uso de la información: la motivación empuja la búsqueda de información mientras que la utilización de esa información es un proceso intelectual. Las suposiciones básicas de este proceso son:*

- *Las personas usan y procesan una cantidad limitada de información.*
- *Para utilizar mejor la información, las personas combinan distintas porciones de información.*
- *Las personas crean reglas, conocidas como heurísticas (creativas) para tomar decisiones de forma más rápida y eficaz” (OPS; 2001: 23).*

El siguiente esquema es un ejemplo generado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la implementación de programas y campañas de educación y comunicación en salud.

**Cuadro N0. 1 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS Y CAMPAÑAS DE EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD**

<i>Concepto</i>	<i>Definición</i>	<i>Aplicación</i>
<i>Capacidad de procesamiento de información</i>	Limitaciones de los individuos en cuanto a la cantidad de información que	Escoger los puntos más importantes y útiles para comunicar, ya sea en

	pueden adquirir, utilizar y recordar.	forma oral o en materiales impresos.
<b><i>Búsqueda de información</i></b>	Procesos de adquisición y evaluación de la información; afectado por la motivación, atención, percepción.	Proporcionar información de modo que exija poco esfuerzo obtenerla, que llame la atención de los consumidores y que sea clara.
<b><i>Reglas de decisión/heurística</i></b>	Reglas prácticas, elaboradas y utilizadas para ayudar a los consumidores a seleccionar entre diversas opciones.	Aprender las claves para sintetizar información en formas que tengan sentido y atraigan a la audiencia.
<b><i>Consumo y aprendizaje</i></b>	Retroinformación interna basada en el resultado de las elecciones, y cómo se utiliza en futuras decisiones.	Tener presente que las personas probablemente han realizado elecciones afines en el pasado, y que no son “recipientes vacíos” .
<b><i>Entorno de la información</i></b>	Cantidad, ubicación, formato, inteligibilidad y procesabilidad de la información pertinente.	Diseñar información adaptada a la audiencia, colocarla en forma que sea como su uso.

(OPS; 2001: 24)

Dependiendo de la situación y la problemática sanitaria, cada una de las técnicas, metodologías y medios de persuasión serán ejecutados de manera específica, obteniendo resultados con mayor o menor eficacia en las poblaciones jóvenes y la comunidad adolescente; teniéndose en cuenta que este modelo de educación se ha transformado de ser unidireccional a bidireccional, donde el receptor interviene activamente en el proceso

enseñanza – aprendizaje promovido por el educador, desarrollando múltiples respuestas sobre la problemática tratada.

*“La Teoría del Aprendizaje Social deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporan estrategias promoviendo estilos de vida saludable del individuo y del entorno. Métodos que promueven comportamientos saludables individuales son el desarrollo de materiales educativos”* (OPS; 2001: 25).

## **2.5 Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.**

La promoción se inspira principalmente, aunque no de manera exclusiva, en los planteamientos esenciales de la Carta de Ottawa (1986)<sup>47</sup> y las sucesivas conferencias internacionales y regionales, en donde se han analizado distintos aspectos críticos para el mejoramiento de las condiciones de salud y desarrollo de las personas y comunidades. Así, por ejemplo, la Segunda Conferencia, realizada en Adelaida (Australia, 1988), subrayó el papel fundamental de las *políticas públicas saludables* y en la Tercera Conferencia en Sundsval (Suecia, 1991), se hizo énfasis en la *interdependencia entre la salud y el ambiente* en sus diferentes dimensiones (físicas, culturales, económicas y políticas). Durante la Conferencia de Santa Fé de Bogotá (Colombia, 1992) se discutió la importancia de la *solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo*, además de que se deploró la repercusión de la violencia en la salud de los individuos y las comunidades. La Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago 1993) enfatizó la promoción y protección de la salud, identificó estrategias para la realización de actividades intersectoriales, e hizo un llamado a la renovación del compromiso para la participación

comunitaria en los procesos de decisión, comunicación social y mayor equidad en salud. Posteriormente, durante la Conferencia de Yakarta (Indonesia, 1997), considerada como la Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud después de Ottawa, se planteó la *necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud* en los países en desarrollo. De igual modo, se hizo énfasis en la *movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas*.<sup>32</sup>

La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en la Ciudad de México (2000), consideró la promoción del desarrollo sanitario y social un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos, que comparten todos los demás sectores de la sociedad y concluyó que la *promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países*, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos, proponiendo entre otras cosas, el desarrollo de las siguientes acciones<sup>33</sup>:

- Situar la promoción de la salud como prioridad fundamental de las políticas y programas de salud local, regional, nacional e internacional.
- Ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en la aplicación de medidas de promoción de la salud.
- Apoyar la preparación de planes de acción en el ámbito nacional para la promoción de la salud.
- Establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud.

---

<sup>32</sup> Urquijo, LE (2000) Promoción y Prevención. Bogotá, Colombia

<sup>33</sup> Urquijo, LE (2000) Promoción y Prevención. Bogotá, Colombia

De acuerdo con la OPS, la promoción de la salud ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social. Ha demostrado su capacidad de abordar difíciles problemas sanitarios, sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida. La promoción de la salud se considera la nueva salud pública porque es un enfoque técnico y político que opera en diversos sectores, fomenta el empoderamiento y mejora la calidad de vida. Al no centrarse en las enfermedades, la promoción de la salud ofrece herramientas para hacer frente a los cambios en el perfil sociodemográfico y epidemiológico, al igual que los retos subsiguientes de promover modos de vida y espacios sociales sanos y prevenir las enfermedades infecciosas y no transmisibles. Asimismo, permite responder a las necesidades de grupos de población vulnerables, especialmente los niños, los ancianos y las personas con discapacidad. En lo regional, además de los conocidos esfuerzos por fomentar modos de vida sanos, estas acciones han adoptado la forma de luchas contra la pobreza y la violencia, haciendo hincapié en la participación popular y la responsabilidad social.<sup>34</sup>

Según el Ministerio de Protección Social de Colombia, la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud. Este proceso proporciona a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la

---

<sup>34</sup> *Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la Evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas.* Serie. Promoción de la Salud No. 7. (Disponible en español, inglés y portugués). Washington D.C.: OPS. ISBN 92 75 12575 9. 2005

reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud.

En Colombia la promoción de la salud se orienta hacia:

- Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas
- Violencia Intrafamiliar
- Infancia
- Salud Sexual y Reproductiva
- Estilos de Vida Saludables
- Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e Implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria

La promoción de salud constituye un proceso político social y una estrategia que puede contribuir efectivamente en la mejora de la calidad de vida y la construcción de una sociedad de bienestar. Su enfoque se basa en la concepción de *salud como un proceso social*, resultante de las condiciones e interacciones de las personas con su medio local. Desde esta perspectiva, la promoción de la salud considera que la preservación, mantenimiento y mejora de la salud requiere de la participación de la comunidad, del empoderamiento social y del despliegue de esfuerzos intersectoriales. La promoción de salud como campo conceptual, metodológico e instrumental, trae entre sus pilares y estrategias, elementos favorecedores de la mejora de la calidad de vida a través del trabajo de las determinantes de la salud; presupone que el logro del bienestar está en el potencial de contar con aliados y la movilización de la sociedad, trabaja con el principio de autonomía de los individuos y las sociedad, y refuerza el planeamiento del poder local para el cambio y el



desarrollo sostenible. La promoción de la salud busca y anhela el empoderamiento de la sociedad, aboga por el respeto de los derechos ciudadanos y de salud, e induce condiciones para orientar a la sociedad en acciones políticas y sociales que mejoren sus propias condiciones de vida.

La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), es la encargada de orientar las políticas, normativas y acciones en este campo. Desde su creación las iniciativas en promoción de la salud han estado encaminadas a liderar y conducir esfuerzos para contribuir a la construcción de un marco referencial para la implementación de acciones en los distintos niveles político-sociales, involucrando la participación de actores de diversos sectores públicos y de la sociedad en su conjunto.

La importancia de construir participativamente este marco radica en tener un referente teórico-práctico donde se expliciten los principios, conceptos, estrategias y acciones del trabajo de promoción de la salud en todos los escenarios de intervención. Nutbeam (1985) propuso un concepto ampliado de Promoción, estableciendo que es el proceso para capacitar y habilitar a las personas para incrementar el control sobre los determinantes de la salud y por ende mejorar su estado de salud<sup>35</sup>. La Promoción es un campo de la salud pública que busca mejorar las condiciones generales, los factores básicos que influyen en la salud de las personas, además de ello las habilita para mejorar su salud, trabajando sobre los determinantes que la propician, tales como el entorno social o físico, ingreso económico, empleo, condiciones del medio ambiente, justicia y paz; también interviene sobre los aspectos relacionados con los

---

<sup>35</sup> Nutbeam N. Health Promotion Glossary. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP / HBI 503 – GO

comportamientos saludables, que tiene relación con la educación y cultura por la salud.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son indispensables para el desarrollo social y económico sostenible en cualquier región del mundo. Es la sinergia lograda entre el personal profesional, auxiliar, trabajadores de la comunidad y de las diferentes prácticas populares bajo adiestramiento técnico y que son aceptadas socialmente

La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú, en su documento “Lineamientos de Política de Promoción de Salud” (Noviembre 2003) establece el concepto de promoción de salud <sup>36</sup>:

*Es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.*

En esta definición se resalta la concepción de Promoción de salud como proceso político social que busca empoderar a las personas para mejorar su salud a través de intervenciones positivas en el entorno. Esta definición reconoce la salud el resultado de un conjunto de factores

---

<sup>36</sup> Perú, Ministerio de Salud. Lineamientos de políticas de Promoción de la Salud (2003). Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/dgps/descargasinternacionales.asp> , accesado el 20 julio 2002.

diversos, interconexos y dependientes de las propias condiciones de desarrollo; precisando que los esfuerzos de promoción de la salud se dirigen hacia la búsqueda de bienestar colectivo.

La calidad de vida depende de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas esenciales<sup>37</sup>. En concordancia con este nuevo paradigma, es decir el incidir en la calidad de vida antes que en el alivio de enfermedad; la mejora en la calidad de vida paso a ser uno de los resultados esperados tanto de las prácticas de atención como de las políticas publicas en el campo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades<sup>38</sup>.

El desarrollo del concepto y aplicación de calidad de vida puede resultar en cambios en las prácticas asistenciales y en la consolidación de nuevos paradigmas del proceso salud enfermedad. La prevención representa el recurso mas viable y logico para transformar un presente que nos amenaza con un futuro devastador en cuanto a la salud física, mental, social, y ambiental de nuestro planeta. Esta transformación debe contemplar la participación de cada uno de los miembros de la comunidad en la que se desenvuelven, en una forma activa, participativa y no solo receptiva o indiferente.

Promover cambios en los hábitos y comportamientos de vida implica actuar en dos áreas: prevención de enfermedad y promoción de la salud. Al analizar cada uno de estos conceptos, existe cierta sobreposición en las acciones de ambos, pero también diferencias sustantivas en su enfoque, actuación y propósito. La prevención en salud se orienta

---

<sup>37</sup> Max Neef M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjold, Santiago de Chile, 1986.

fundamentalmente a la enfermedad, riesgos y daños, tiene una aplicación sobretodo individual y se encuentra más directamente relacionada a la acción del personal de salud. Las acciones preventivas son definidas como intervenciones destinadas a evitar la emergencia de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y prevalencia en poblaciones.

Hay evidencia científica que demuestra que los programas de prevención de la enfermedad que se centran principal o exclusivamente en la *transmisión de información y conocimientos* son poco efectivos, por lo que las intervenciones educativas para el fomento de la salud en el ámbito escolar deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Así mismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud que incluya el análisis de los factores sociales, políticos y económicos que afectan la vida cotidiana. En consecuencia, este componente de la estrategia busca fortalecer la capacidad ("empoderamiento") de niños, niñas y jóvenes mediante procesos educativos estructurados en las escuelas que les facilite adquirir y poner en práctica los conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias necesarias para la promoción y protección de su propia salud y la de su familia y comunidad. Uno de los grandes retos para educadores y salubristas consiste en trascender los enfoques tradicionales de abordar la educación para la salud caracterizados por la enseñanza de contenidos aislados de temas de salud que tienen poca o ninguna relación con la realidad del estudiante en sus entornos familiar y comunitario; el énfasis en los aspectos cognitivos y didácticos del proceso educativo, con escasa valoración o franco desconocimiento de los procesos afectivos y la inteligencia emocional; la falta de participación de los estudiantes y otros miembros de la comunidad educativa en la selección de los temas y la evaluación del proceso de

---

<sup>38</sup> Schuttinga JA. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE , Baums A, Editors. Quality of life in behavioral medicine research, 1996.

enseñanza y aprendizaje; y la poca atención al uso de técnicas interactivas y participativas que contribuyan a hacer de la experiencia educativa un proceso más agradable y de mayor impacto para todos los involucrados.

La epidemiología ha identificado tres tipos de acciones en el desarrollo de la historia natural de la enfermedad<sup>39</sup>:

- **Prevención Primaria:** Se relaciona con acciones preventivas antes del inicio de la enfermedad o durante estadios muy iniciales de la misma. Se incluye por ejemplo acciones de inmunización, reducción de riesgos domiciliarios, motivación de abstinencia de drogas ilícitas, reducción de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Las acciones de prevención primaria se dirigen a alcanzar individuos y grupos poblacionales lo mas amplios posibles de quienes están o pueden estar en riesgo para un problema específico de salud.
- **Prevención Secundaria:** Incluye la detección temprana e intervención inmediata contra la enfermedad antes que ella se establezca plenamente. Ejemplos: programas de despistaje (“*screening*”) de hipertensión, diabetes, cáncer, glaucoma, enfermedades infecciosas, entre otros. También se incluyen las acciones para reducir la incapacidad que pueda generar la enfermedad.
- **Prevención Terciaria:** Toma lugar después que la enfermedad ya se ha establecido. Busca prevenir el deterioro y las complicaciones de una enfermedad o injuria, sino también

---

<sup>39</sup> Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica: Guía para médicos. Washington DC, 1998

rehabilitar y retornar al paciente a sus funciones física, mental y social tanto como fuera posible.

La promoción de salud se relaciona con la generación de condiciones de vida saludables y el logro del bienestar<sup>40</sup>; involucra aspectos individuales, familiares y de comunitarios para modificar y actuar sobre los determinantes de la salud. Implica la búsqueda de cambios en las condiciones de vida y trabajo de las personas, que constituyen la estructura subyacente de los problemas de salud y que demandan un abordaje intersectorial<sup>41</sup>.

La promoción de salud involucra el fortalecimiento de la capacidad colectiva e individual para enfrentar la multiplicidad de determinantes que condicionan la salud; y al considerar la salud como resultado de un proceso social rompe el paradigma de la medicalización de la salud. Promover salud es hacer política. Es aceptar el inmenso desafío que desencadena un proceso amplio que incluye la articulación de aliados estratégicos, actuaciones intersectoriales y participación social, que optimicen los recursos disponibles y garanticen su aplicación en políticas que respondan más efectiva e integralmente a las necesidades de la sociedad. La promoción de salud se relaciona con comportamientos de vida, con la modificación de los estilos de vida en las sociedades modernas donde se adoptan formas de vida sedentarias con el predominio de consumo de alimentos industrializados de alto contenido de sal y ácidos grasos no saturados, con abuso de drogas lícitas e ilícitas, entre otros. La promoción de salud también trabaja con la movilización y el empoderamiento comunitario. Esta movilización intenta romper el

---

<sup>40</sup> Leavell S, Clarkk EG. Medicina Preventiva, Sao Paulo. Mc Graw-Hill, 1976.

individualismo característico de las sociedades modernas e impulsa la acción comunitaria efectiva. Los esfuerzos de promoción por alfabetizar en salud a la población sobre la base del bienestar favorecerá la participación responsable y sostenida de ésta. La promoción de salud contribuye en la construcción de entornos saludables; haciendo que la población modifique las acciones propias del progreso que viene estimulando ataques permanentes al medio ambiente: ríos, mares, tierra, vegetación, aire, cuencas, entre otros. Adicionalmente, los ambientes de trabajo no tienen condiciones mínimas de salubridad y convivencia, en las escuelas hay grandes y persistentes dificultades para enfrentar la violencia, persiste la falta de respeto a las diferencias y existe poca integración entre escuela y comunidad.

La construcción de espacios saludables, considerando el espacio como territorio “vivo”, favorece la generación de condiciones saludables y una mejor calidad de vida. La promoción de salud constituye un esfuerzo basado en iniciativas de transectorialidad como parte de la construcción de ciudadanía y del desarrollo sostenible de una comunidad. Implica el desarrollo de acciones de abogacía por las acciones intersectoriales en beneficio del bienestar y calidad de vida de las poblaciones.

Así, los elementos diferenciales entre promoción y prevención surgen de los alcances de cada enfoque y se traducen en acciones a nivel individual y colectivo. Sin embargo, estas acciones son sinérgicas en la medida que se orientan al cuidado de la salud, su mejoramiento y a alcanzar un estado de bienestar en concordancia con los derechos ciudadanos y la justicia social.

---

<sup>41</sup> Terris M. Public health policy for the 1990s. Annual Review of Public Health, 1990: 11:39-51.

**Cuadro No.2 ELEMENTOS DIFERENCIALES ENTRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN<sup>42</sup>**

<b>Elementos</b>	<b>Prevención</b>	<b>Promoción</b>
Objetivos de intervención	Orientados a reducir los factores de riesgo y las enfermedades. Protegen individuos y grupos contra riesgos específicos.	Actúa sobre los determinantes de la salud, creando opciones saludables
Sujetos	Prevención I: personas y grupos en riesgo de enfermar por alguna causa Prevención II: individuos y grupos de riesgo y enfermos sub-clínicos Prevención III: enfermos en quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte	Población general Grupos especiales Condiciones relacionadas con la salud (procesos sociales, económicos, políticos, culturales, etc)
Modelo de atención en el que se desarrolla	Prevención I: Medicina Preventiva (factores de riesgo). Prevención II: Salud pública, “tamizaje”) o detección temprana en poblaciones de riesgo. Prácticas clínicas preventivas. Prevención III: Prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia y las de	Modelo socio-político, ecológico y socio-cultural

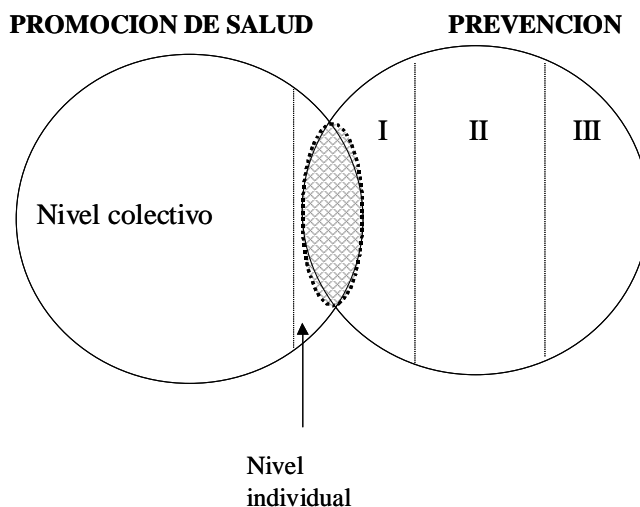
<sup>42</sup> La Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú elaboró en el año 2005, un Marco Conceptual Metodológico para el Abordaje de Promoción de la Salud



	rehabilitación.	
Estrategias	<p>Prevención I: Educación para la salud</p> <p>Prevención II: Pruebas de captación en programas masivos de detección; diagnóstico precoz</p> <p>Prevención III: manejo clínico adecuado y eficaz, tratamiento, readaptación y la rehabilitación.</p>	<p>Abogacía</p> <p>Acción política</p> <p>Educación y Comunicación para la salud</p> <p>Empoderamiento y la participación ciudadana</p> <p>Mercadeo social</p>
Resultados esperados	Evitar la aparición, progresión, y minimización de las consecuencias derivadas de la enfermedad en los individuos y la población en riesgo.	Contribuir al bienestar y la calidad de vida de la población.

Finalmente, señalar que existen un campo de acciones comunes a ambos enfoques y una frontera de actuación poco definida entre la prevención primaria y las acciones de promoción de salud, sobre todo a nivel individual; como por ejemplo del autocuidado en salud, de la adopción de comportamientos saludables, y de acciones relacionadas a educación en salud.

**Figura No. 1 ESPACIOS DE ACCIÓN COMUNES ENTRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<sup>43</sup>**



El modelo de abordaje de Promoción de la Salud se ha diseñado considerando los elementos esenciales para delimitar y precisar en forma práctica los criterios de operativización de las acciones de promoción de la salud. El modelo de abordaje se caracteriza porque:

- *Unifica criterios para el accionar de la promoción de la salud al definir elementos como: la población objetivo, los escenarios, los ejes temáticos, las estrategias y los enfoques.*
- *Organiza las acciones según Programas de intervención en promoción de la salud, al considerar escenarios y población objetivo.*
- *Uniformiza el significado de los principales conceptos y definiciones en promoción de salud.*

---

<sup>43</sup> Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú. Marco Conceptual Metodológico para el Abordaje de Promoción de la Salud..2005

- *Identifica resultados intermedios a alcanzar a nivel de comportamientos saludables y los entornos saludables.*
- *Determina la necesidad de desarrollar un marco técnico y normativo para orientar la práctica de la promoción basada en la evidencia.*
- *Facilita la adopción de acciones en las diversas esferas de gobierno, gestión y provisión en salud.*
- *Constituye un instrumento para evidenciar los avances, logros, nivel de implementación y resultados de las acciones de promoción en el ámbito nacional, regional y local.*

Para su mejor comprensión, se pueden describir en el modelo de abordaje los siguientes elementos:

a) *Enfoques*: son el marco doctrinario de referencia, basados en principios que fundamentan y orientan el accionar de promoción de la salud y por lo tanto tienen como característica el ser transversales a todo el modelo; debiendo estar presentes en la construcción de una política pública saludable, de una norma o en el diseño de acciones educativas para la adopción de comportamientos saludables. Estos ejes transversales son:

- *Desarrollo humano*
- *Derechos en salud*
  - *Equidad en salud*
  - *Equidad de género*
  - *Interculturalidad*

b) *Estrategias*: son el conjunto de acciones ordenadas, integrales y sinérgicas, que se convierten en herramientas indispensables para

el desarrollo de acciones de promoción de la salud. Se ha considerado las siguientes estrategias:

- *Abogacía y generación de políticas públicas saludables*
- *Educación y comunicación para la salud*
- *Participación comunitaria y empoderamiento*

c) *Población objetivo*: es la población con la cual y a la cual se dirigen las acciones de promoción de la salud, desarrollando habilidades personales y redes sociales que le permitan tener mayor control sobre su salud y mejorarla; es decir, es en quien se desea generar cambios hacia una mejorar las determinantes de la salud que influyen su vida. Se considera tres niveles de abordaje en la población:

- *Persona en sus diferentes etapas de vida*
- *Familia*
- *Comunidad*

d) *Escenarios*: son los espacios territoriales y la dinámica social que se genera dentro del mismo; donde las personas desarrollan sus actividades diarias y el lugar donde se integran los procesos relacionados con las condiciones de vida y de salud. El presente modelo considera los siguientes escenarios:

- *Vivienda*
- *Escuela*
- *Municipio*
- *Centro laboral*

e) *Ejes temáticos*: son el contenido conceptual sobre temas priorizados a través del cual se da respuesta, desde la promoción

de la salud, a las principales necesidades de la población. Contienen los contenidos técnicos diferenciados según población sujeto de intervención y escenarios. Para su operativización, los ejes temáticos requieren del desarrollo de normas técnicas; así como su posterior adaptación según las características propias de la región o localidad. Los ejes temáticos priorizados son:

- *Alimentación y nutrición*
- *Higiene y ambiente*
- *Actividad física*
- *Salud sexual y reproductiva*
- *Habilidades para la vida*
- *Seguridad vial y cultura de tránsito*
- *Promoción de la salud mental buen trato y cultura de paz*

### ***2.5.1. Promoción de la salud: evolución y nuevos rumbos<sup>44</sup>***

El concepto de promoción de la salud, que ha alcanzado su máximo desarrollo en Canadá, Estados Unidos y Europa occidental, se viene formulando desde casi principios de siglo, en la década de los años setenta su teoría y práctica empezaron a ocupar un lugar importante en el marco de la salud pública. En este sentido ejercieron una influencia decisiva la Declaración de Alma Ata (1978), el informe Lalonde (1974) y el informe “Un pueblo saludable” (1979) , documentos cuyo detenido análisis de los problemas, necesidades e infraestructura de salud de los distintos países reveló la grave crisis institucional ocasionada por la poca capacidad de la atención médica curativa para manejar eficazmente la enorme carga representada por los problemas sanitarios del subdesarrollo

---

<sup>44</sup>Este texto es un resumen del trabajo “Promoción de la salud: retos y perspectivas”, presentado en el Congreso de Salud Pública, celebrado en Cuernavaca, México, el 25 de enero de 1995.

y las enfermedades crónicas y degenerativas. Era necesario reforzar el nivel básico de atención y, de hecho, en 1978 la atención primaria se convirtió en una estrategia de salud pública en los países de la Región. No obstante, la medicina tradicional, con su énfasis casi exclusivo en los fenómenos biológicos, seguía siendo el modelo de atención predominante en casi todos los países. Aún no había llegado el momento de cuestionar seriamente su capacidad de responder a los problemas de salud de las poblaciones. Con la Carta de Ottawa se produjo en 1986 un cambio de dirección fundamental en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe. Diversos encuentros y documentos generados a raíz de ella, muchos por iniciativa de la OPS, resaltaron la importancia de la promoción de la salud y la llevaron a ocupar un primer plano, junto con la atención primaria, entre las estrategias de salud pública de nuestra época. Desde entonces la mayor parte de los países han reevaluado el alcance de la medicina curativa tradicional y han encaminado sus esfuerzos a desarrollar y fortalecer sus Sistemas Locales de Salud (SILOS) y fomentar la participación de la comunidad en las actividades de atención primaria.

La Educación para la Salud debe apoyarse en un modelo participativo que desarrolle una salud integrada e integral. OMS, 1975, principios generales en los que se sustenta. *El plan de salud para todos en el año 2000* puso en marcha esta estrategia para conseguir la promoción de estilos de vida dirigidos a la salud, la prevención de enfermedades presentes y establecer servicios de salud. Los mismos planteamientos nos encontramos en conferencias posteriores como la Conferencia Internacional de Alma Ata o la Carta de Ottawa. Esta conferencia celebrada en Ottawa, estableció las directrices en las que debe basarse la promoción de salud:

- Elaborar una política pública saludable que abarque todos los aspectos que se ven implicados.
- Fomentar y crear ambientes saludables, respetando los recursos naturales bajo la responsabilidad de todos los implicados.
- Desarrollo de hábitos, actitudes y aptitudes de cada uno, por medio de los diferentes cauces, medios y ámbitos, tanto en el seno de la familia, como en el escolar o social.
- Reorientación del sistema y los servicios sanitarios, partiendo de las propias necesidades individuales y particulares de cada comunidad.
- Participación de la comunidad en el sentido de que los ciudadanos, tanto individual como colectivamente, deben implicarse de forma real y afectiva en la promoción de la salud.

La promoción de la salud constituye una respuesta social organizada, multisectorial, y multidisciplinaria, para mejorar la salud y bienestar de la sociedad, no es una respuesta exclusiva del sector salud o de asistencia médica, sino una respuesta de los diferentes sectores relacionados con la salud, dirigida a mejorar el entorno global, las condiciones de vida y las formas de vivir (estilos de vida) de la población<sup>45</sup>.

La Promoción de la Salud es el proceso de capacitar a la gente para que aumente el control sobre su salud y la mejore (Oficina Europea de Educación para la salud de la OMS, 1984, adoptada por la carta de Ottawa). La Promoción de la Salud es un proceso amplio por medio del cual los individuos, los grupos y las comunidades mejoran su control sobre los determinantes personales y ambientales de la salud. (Costa y Lopez, 1998). Desde esta perspectiva los autores opinan que la Educación

---

<sup>45</sup> Gonzales Molina, Julio. Promoción de la salud para todos.

para la Salud se constituye en un instrumento para lograr los objetivos de la promoción para la salud.

En un principio, la promoción de la salud se apoyaba casi enteramente en la modificación de conductas generadoras de riesgo en el nivel individual y en el fomento de estilos de vida saludables por medio de la educación del público. Con estos fines se lanzaron numerosas campañas educativas de corta duración cuyos resultados, muy alentadores en un principio, se desvanecían con el pasar del tiempo. La promoción de la salud consistía principalmente en la transmisión de información sobre conductas de riesgo y en una serie de intervenciones destinadas a transformar las condiciones generales de vida y a crear hábitos y comportamientos individuales y colectivos conducentes a mejorar la salud. Aunque se popularizaron las campañas locales de vacunación, los servicios de salud seguían girando en torno a actividades curativas. Mientras se llevaban a cabo intensas medidas promocionales, el deterioro económico de la década de los ochenta perjudicaba profundamente a la clase media y aumentaba el número de personas que vivían en condiciones de pobreza e insalubridad. En esta primera etapa los beneficios de la promoción de la salud se limitaban a los estratos prósperos de la población, que tenían acceso a radio y televisión y que podían leer materiales impresos. Poco a poco el análisis de los factores que menoscababan el bienestar de las poblaciones reveló la estrecha correlación entre las características socioeconómicas, culturales, demográficas y sanitarias del mundo en desarrollo y el estado de salud de sus habitantes. Surgieron dudas importantes sobre la adecuación de los modelos epidemiológicos y médicos tradicionales

El informe sobre "Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses", (1974) se refirió a la influencia tanto de los servicios



medico sanitarios como de otros factores biologicos, medio ambiente y estilos de vida, sobre la calidad de la salud del individuo. El reconocimiento de la importancia de la conducta dio impulso a la educacion para la salud y el de la influencia del ambiente promovio los estudios sobre la accion de los factores ambientales en la ocurrencia de la enfermedad.

La experiencia canadiense en promoción de la salud sirve para ilustrar los rumbos que se han seguido y algunas de las inquietudes que se han suscitado desde el informe Lalonde y la Carta de Ottawa. Varios expertos coinciden en opinar que en el Canadá las actividades de promoción de la salud se han encaminado principalmente hacia la modificación de actitudes, comportamientos y estilos de vida. Aunque se está propagando el uso de técnicas estadísticas y variables cualitativas, aún falta mucho para que se llegue a determinar cuáles métodos y estrategias de promoción de la salud dan mejores resultados y cuál es su efectividad en función de sus costos. Existen en el Canadá cinco escuelas de pensamiento sobre la promoción de la salud -nihilista, adaptativa, estructuralista, reguladora e intervencionista-, cada una con sus propias premisas metodológicas. La mayor parte de las campañas lanzadas por el gobierno o por organizaciones no gubernamentales son de tipo intervencionista, ya que se basan en la convicción de que es factible lograr cambios de conducta individuales y colectivos mediante la movilización de la comunidad. Algunos autores han llegado a la conclusión, después de un análisis detenido, de que la promoción de la salud como movimiento social fue impulsada por intelectuales y profesionales con una amplia visión de los factores sociales, económicos y políticos que inciden en la salud. Otros sostienen que la promoción de la salud se empezó a practicar en el terreno entre los sectores pobres, sin ningún respaldo teórico o filosófico y sin ningún afán por dejar

claramente definida la línea divisoria entre educación en salud y promoción de la salud, que es más bien una cuestión académica. En general, las acciones de promoción de la salud más exitosas han sido aquellas en que la comunidad ha participado plenamente en el desarrollo de las actividades de atención primaria.

Las experiencias de los últimos años han dado origen a un reajuste de ideas y a un concepto renovado de la promoción de la salud cuyas bases son el aumento de la capacidad de decisión de la población, la organización comunitaria, el compromiso de los gobiernos y del sector privado, y la equidad y justicia social. A diferencia de la estadounidense, la estrategia canadiense de promoción de la salud está más enfocada a las condiciones de riesgo sociales y colectivas que en las individuales. Ambos países, sin embargo, han logrado introducir el concepto de promoción de la salud en la plataforma pública y política y han puesto a funcionar programas escolares de educación en salud y programas de comunicación social. Esta tendencia, que se observa en muchos países, se ha acompañado de un movimiento general muy exitoso a favor de la creación de ciudades y municipios saludables que ha tenido la entusiasta participación de las autoridades y gobiernos locales y de distintas organizaciones públicas y privadas. Los principales logros de este movimiento han sido el establecimiento de pactos sociales para la promoción de la salud y la inclusión de esta iniciativa en los planes de desarrollo en el nivel local.

### ***2.5.2. La promoción de la salud en América Latina y el Caribe***

Existen acuerdos internacionales para implementar acciones de promoción de la salud. Las experiencias en países de América Latina en

este campo son interesantes, destaca el meritorio avance de vecinos como Brasil y Chile quienes desde mediados de la década pasada y en el marco de la descentralización han destinado esfuerzos y recursos para alcanzar comportamientos y entornos saludables en su población. La decisión política que rompe paradigmas en el modelo de atención, la convocatoria amplia de aliados de la sociedad induciendo su participación y compromiso, el desarrollo de acciones intersectoriales, la efectiva participación de la comunidad y sus familias constituyen elementos claves para el trabajo en promoción<sup>46</sup>.

Los conceptos, principios básicos y metodología que juntos integran el quehacer denominado promoción de la salud han sido ampliamente difundidos por la OPS en documentos, cursos, reuniones y programas de capacitación en diversos países. En 1992, en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Bogotá se emitió una definición de promoción de la salud que destaca cinco metas fundamentales: 1) satisfacer las necesidades básicas de la población y eliminar la desigualdad en todas sus manifestaciones; 2) adoptar nuevas medidas, especialmente educativas y de participación comunitaria, para combatir el sufrimiento, el atraso y las enfermedades relacionadas con la urbanización y la industrialización; 3) vencer las barreras políticas que limitan el ejercicio de la democracia y luchar contra la violencia y problemas psicosociales, institucionales y de salud pública que esta genera; 4) eliminar las diferencias que obstaculizan el acceso de ciertos sectores al bienestar; y 5) lograr un desarrollo integral y recíproco.

### ***2.5.3. La promoción de la salud en la Actualidad***

---

<sup>46</sup> Terris M. Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública. J Public Health Policy 1992; 13(3):267-276.

La nueva promoción de la salud, que también se conoce por “promoción de la salud comunitaria”, encierra nuevos conceptos, tiene su propia terminología y requiere un conjunto especial de habilidades y destrezas. De ella ha nacido un movimiento social que cuestiona muchas de las premisas de antaño y que aboga por una estrategia cuádruple: ampliar la definición y el concepto de la salud para abarcar los aspectos económicos y sociales que la determinan; ir más allá del énfasis inicial en los estilos de vida saludables y centrar la atención en los fenómenos sociales y políticos a fin de diseñar estrategias de mayor alcance; incorporar el concepto de capacidad de decisión individual y colectiva, consolidando la gestión participatoria en los Sistemas Locales de Salud - SILOS y en el nivel municipal; y fomentar la participación de la comunidad en la identificación y análisis de sus problemas y necesidades y en la formulación de posibles soluciones. Aunque en el pasado se ha intentado incluir algunos de estos aspectos en el marco de la promoción de la salud, ahora son el núcleo de una teoría más congruente y compatible con la práctica. Numerosos son los retos que se avecinan en las próximas décadas. En el campo de la promoción de la salud, las posibilidades de éxito dependerán, por un lado, del apoyo brindado por la sociedad y las autoridades sanitarias a ciertas tareas críticas, y por otro de la capacidad de aunar los esfuerzos de los profesionales, técnicos y trabajadores de todas las disciplinas sociales y de la salud, y particularmente de los miembros de la comunidad.

#### ***2.5.4. Esquema operativo de la promoción de la salud***

Si la promoción de la salud ha de contribuir a la salud para todos con equidad, es necesario fortalecer las vías de negociación entre las diversas instancias de la sociedad. Simultáneamente, es imprescindible prestar atención prioritaria al análisis de los factores sociales, culturales y

políticos, y especialmente a los entornos, valores, conocimientos, actitudes y prácticas individuales y colectivas que influyen en la salud, las condiciones de vida y el bienestar. En este contexto, la participación social cumple el propósito fundamental de desarrollar y fortalecer la solidaridad comunitaria, la ciudadanía y la democracia. Pero la promoción de la salud también depende de la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación para la salud y comunicación social y de la capacitación y empoderamiento de diversos actores. Exige, además, la reorientación de los servicios y sistemas de salud con miras a adoptar un estilo de gerencia participatorio, de manera que los miembros de la comunidad y otros sectores tomen parte en las instancias de consulta y decisión y tengan un mayor acceso a información sobre factores y condiciones de riesgo para la salud. Todas estas medidas se apoyan en la premisa de que la promoción de la salud, el desarrollo humano, la democratización y el desarrollo social participatorio y sostenible se logran cuando el individuo y la sociedad se responsabilizan por igual de la promoción y protección de la salud y al mismo tiempo se previenen, controlan y reducen los factores y condiciones ambientales que la ponen en riesgo. En resumen, si se han de lograr una gestión pública y un ambiente favorable a la salud, así como estilos de vida y comportamientos saludables, la promoción de la salud debe desplegarse en el contexto de las decisiones económicas, sociales y políticas y convertirse en un movimiento popular con una amplia participación social. Pero independientemente de los medios aplicados, lo esencial es no perder de vista los fines fundamentales: salud para todos, una mejor calidad de vida y mayor equidad.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Programa de Participación Social y Educación para la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. María Teresa Cerqueira.

La implementación de una iniciativa amplia de promoción de salud en el ámbito escolar nos capacitará a detectar y ofrecer asistencia a niños y jóvenes en forma oportuna, evitando que siga incrementándose el número de jóvenes y adolescentes que adoptan conductas de riesgo para la salud tales como el hábito de fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, el abuso de sustancias adictivas, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz. Fenómenos tales como la explotación del trabajo infantil (a la que quedan expuestos centenares de niños y niñas al abandonar la escuela) o la violencia que se observa crecientemente en tantas ciudades del continente, pueden ser prevenidas con acciones generadas desde las escuelas, condiciones para la convivencia, la no-discriminación, la promoción de relaciones armónicas entre los géneros y la resolución de conflictos a través del diálogo, la comunicación y la negociación.

La promoción de la salud en y desde el ámbito escolar parte de una visión integral, multidisciplinaria del ser humano, considerando a las personas en su contexto familiar, comunitario y social; desarrolla conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo en todas las oportunidades educativas; fomenta un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, y busca desarrollar y fortalecer aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano; facilita la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa en la toma de decisiones, contribuye a, promover relaciones socialmente igualitarias entre los géneros, alienta la construcción de ciudadanía y democracia; y refuerza la solidaridad, el espíritu de comunidad y los derechos humanos.

Se requiere implementar la promoción de la salud en el ámbito escolar a través de los siguientes tres componentes:

1. Educación para la salud con un enfoque integral, basada en las necesidades de los alumnos en cada etapa de su desarrollo y acorde a las características individuales, culturales y de género. La educación integral y participativa fortalece así la auto-estima y la capacidad de los jóvenes para formar hábitos y estilos de vida saludables y su potencial para insertarse productivamente en la sociedad. Por ello busca desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, y no solo impartir información. El enfoque de la educación en salud se basa en valores positivos para fortalecer con los escolares sus habilidades para la vida.
2. Creación de ambientes y entornos saludables, basado tanto en espacios físicos limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados con entornos psico-sociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física. Se establecen medios para desarrollar la capacidad de cada escuela de crear y mantener ambientes y entornos que refuercen la salud de quienes aprenden, enseñan y trabajan en la escuela, incluyendo acciones de promoción de la salud para el personal docente y trabajadores administrativos y de mantenimiento así como actividades de promoción de la salud con las asociaciones de padres y con organizaciones de la comunidad.
3. Diseño y entrega de servicios de salud y alimentación que buscan detectar y prevenir integralmente problemas de salud dando atención temprana a los jóvenes, así como también formar conductas de autocontrol, la prevención de prácticas y factores de riesgo. Se pretende que fortaleciendo el vínculo de la escuela con el equipo de salud, se complemente y refuerce las actividades educativas así como las de creación de ambientes y entornos saludables, incluyendo asesoría y consejería psicológica, educación física, deportes, recreación, y apoyo a pequeños

emprendimientos productivos tales como huertos escolares, la enseñanza de oficios y las pasantías en empresas, entre otros.

Gustavo I. de Roux<sup>48</sup> en su ensayo sobre "La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud" anota que considerar la salud como equivalente a bienestar y no solo como "ausencia de enfermedad" significa entenderla también como activo social y como bien deseable. Por eso, cuando se piensa en el papel del sector salud en la sociedad, se impone aceptar que este no puede circunscribirse exclusivamente a reparación de daños y atención de enfermos y que debe contribuir a la integridad y desarrollo de potencialidades de personas y grupos.

En consecuencia, para formar agentes de salud, deben transmitirse conocimientos y forjarse destrezas que habiliten para explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad con suficiencia, y reparar traumas utilizando con idoneidad tecnología avanzada. Pero también, se debe propender por desarrollar en ellos competencias y criterios que los faculten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Difícil será lograr salud para todos dentro de sociedades enfermas. De ahí la necesidad de ver el desarrollo de la salud como el resultado de armonizar procesos de carácter social e individual igualmente importantes: los dirigidos a evitar la enfermedad y los orientados a curarla; los encaminados a prevenir daños, y aquellos encauzados a repararlos; los que ofertan opciones saludables, y los que proporcionan servicios para restaurar y recuperar la salud. Estas vertientes deben conjugarse con base en el principio según el cual,

---

<sup>48</sup> Texto adaptado por el autor, de su conferencia "Prevención de Riesgos y Promoción de Comportamientos Saludables: Componentes Integrales de la Formación Médica", presentada en el "Seminario Nacional de Currículum: Educación para la Crisis", realizado en Cali, Colombia, en junio de 1993 y auspiciado por la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Educación Médica y Salud \* Vol. 28, No. 2 (1994)



aunque hay que atender debidamente la enfermedad, es mejor prevenir que la gente se enferme.

La pregunta a la que se enfrenta ahora el educador/promotor de salud es cómo diseñar una intervención con un adecuado componente cognitivo. Además del medio de difusión, la cuestión a resolver es cómo organizar la información y qué ayudas utilizar para producir el impacto deseado, o al menos aumentar las posibilidades de éxito. Es aquí donde, una vez más, las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento se convierten en un arma indispensable para el profesional de la salud pública. Aunque la utilización de teorías no garantiza el éxito de una intervención, sí proporciona toda una estructura sobre la que apoyar su planificación, ejecución y evaluación. Para muchos la utilización de teorías en promoción de salud puede parecer injustificada y difícil, pero no hay duda que suponen una herramienta valiosa en la identificación y entendimiento de los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud, y nos dicen cómo esos elementos concurren. Las teorías pueden ayudar también al educador a predecir y resolver situaciones novedosas, que nunca antes ha experimentado, porque identifican los factores que conllevan a situaciones particulares bajo condiciones específicas.

La promoción de la salud, que busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar su salud. Ese carácter social proscribire reducir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a acciones de mero impacto individual. Por un lado, porque los comportamientos y los hábitos tienen determinantes culturales y están sujetos a refuerzos colectivos. Por otro, porque las enfermedades y traumas tienen condicionantes ambientales y

sociales. Promover la salud, en un sentido amplio, consiste en animar procesos para remover limitantes del bienestar humano. En América Latina, como lo expresó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se viven situaciones de inequidad, violencia y deterioro social y ambiental, que afectan tanto la dignidad de las personas como sus posibilidades de realización plena. La promoción de la salud, como lo señala la Declaración mencionada, debe identificar los factores que favorecen la inequidad, proponer acciones para aliviar sus efectos y alcanzar bienestar y hacer que las instituciones de salud actúen como agentes de cambio de conductas y actitudes de la población. Como mecanismo de acción, "comprende todos los pasos relacionados que permiten que las personas alcancen todo su potencial en cuanto a la salud, cumplan sus diversas funciones sociales y disfruten de la máxima calidad de vida que esté a su alcance"

La promoción de la salud es campo de intervenciones transdisciplinarias que desafían al sector salud a enfrentar nuevas responsabilidades. Tres son los grandes objetos, sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales.

La promoción de la salud en el siglo XXI debe contemplar nuevas acciones para afrontar los problemas y las amenazas emergentes a la salud.

Prioridades:

- Promocionar la responsabilidad social para la salud, comenzando por las personas que toman las decisiones en este ámbito.
- Apoyar la inversión para el desarrollo de la salud estableciendo ayudas suplementarias para educación.
- Consolidar y expandir asociaciones para la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores a todos los niveles de la población.
- Aumentar el poder de la comunidad y favorecer la capacidad del individuo para llevar a cabo su acción y la de los grupos.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud que ayude a consolidarla local, nacional y globalmente.

Los determinantes de la salud permiten dirigir y ordenar la practica de la promocion de la salud:

- Acciones dirigidas a los factores personales y determinantes biologicos.
- Acciones dirigidas para mejorar os estilos de vida
- Acciones dirigidas para mejorar el medio fisico y sociocultural
- Acciones para mejorar condiciones de vida, tales como el empleo, ingresos economicos, vivienda y educacion.

La promocion de la salud en America Latina, busca la creación de condiciones que garanticene el bienestar general como proposito fundamental del desarrollo, asumiendo la relacion de mutua determinación entre salud y desarrollo. La situación en la Region, se agrava por la inequidad, por la crisis economica, por los programas de

políticas de ajuste, por el deterioro de la calidad de vida, sumado a un aumento de riesgos para la salud y una reducción de recursos para hacerles frente. Por consiguiente el desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones para la salud y el desarrollo. Los elementos constitutivos de la promoción de la salud propuestos desde la carta de Ottawa, resultan indispensables para América Latina. Un mecanismo para ponerlos en práctica es el impulsar la Cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al uso de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables. Con ello será posible la creación de ambientes sanos y la prolongación de una vida plena con el máximo de desarrollo de las capacidades personales y sociales<sup>49</sup>

## **2.6 Atención Primaria en Salud**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, celebrada en Alma-Ata, en 1978, no sólo definió sino que hizo reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria en Salud, lo llevó a la práctica como la principal estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 y fue adoptada por los estados miembros de la OMS. La visión de la APS, expresada en sus principios y en el conjunto de 22 recomendaciones, definió el punto de partida estratégico de la agenda política de los países miembros, con el fin de impactar positivamente la situación de salud de dichas poblaciones.

---

<sup>49</sup> Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud

La APS aplica metodología sencilla, es aceptada por la comunidad, beneficia a toda la comunidad, y logra involucrar a las personas en su desarrollo a bajo costo. Los cuatro principios básicos de la APS son: accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades en salud; compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario; acción intersectorial por la salud y costo-eficacia, tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Yepes CE (2006), en su texto sobre " Atención primaria en salud, más pertinente que nunca", afirma que la APS representa una estrategia de los sistema de salud que da a conocer una política pública integral y equitativa para mejorar la calidad de vida de las personas, a partir de integrar la educación en salud, como mecanismo fundamental para la promoción de la vida, desde las múltiples posibilidades y potencialidades del vivir, pero también haciendo prevención de los riesgos que la pudieran afectar. El otro hecho fundamental es que implicaría fortalecer redes; de ahí que se trabaje no sólo el concepto de red, sino la forma como se generan niveles interdependientes para garantizar mayor integralidad en la atención.

Es importante recordar las principales razones por las cuales se justifica retomar la estrategia de la APS haciéndola completamente pertinente en un entorno de verdadera seguridad social que permita potenciar y fortalecer condiciones de salud y de vida dignas para toda la población.

*Por equidad:* La experiencia de aplicación de APS en algunos países de la región señala que es posible generar mayor acceso equitativo si hay un fuerte compromiso político que, más que reflejar la política de un gobierno, se inscribe en una política de Estado. Equidad en términos de igualdad de oportunidades, a partir del reconocimiento de las diferencias en las condiciones de vida de la población.

*Por ética:* La APS implica un enfoque basado en valores y en el reconocimiento de la persona en una dimensión íntegra. El mecanismo mediador es la acción comunicativa que permita la comprensión, interacción, la negociación entre las personas que ofrecen y reciben servicios, descartando de plano cualquier tipo de exclusión.

*Por racionalidad y eficiencia:* Su énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la educación en salud, genera una reducción marcada en la alta demanda por complicaciones generadas por la no detección oportuna de múltiples patologías.

*Por calidad:* El problema de la baja calidad sigue sin resolverse en el actual sistema de salud. La APS impacta la calidad de los servicios al trabajar sobre la aceptabilidad, la legitimidad, la participación activa de la comunidad, y la seguridad de los servicios de salud. Además, la adecuada coordinación de los diferentes niveles de atención desde una filosofía incluyente permitirá que el diálogo comunidad – instituciones resuelva los problemas demandados.

*Por efectividad:* Tras los 25 años de Alma Ata se verificó una reducción del 25% en el riesgo de morir, aumentando la esperanza de vida. Cerca del 50% de esas causas es atribuible a la reducción de los riesgos de morir por causas transmisibles y cardiovasculares en ese período. Es cierto que el impacto ha sido mayor en los países con menores desigualdades en la distribución del ingreso, incluso independientemente del nivel absoluto de ingreso. Hay avances en los países que aplicaron la APS en coberturas de agua potable y saneamiento básico y parto atendido por personal capacitado.

*Por mayor desarrollo tecnológico:* Es grande la experiencia acumulada durante todos estos años en lo que respecta a conocimiento para resolver

problemas que van desde aplicaciones sencillas hasta tecnología de punta, aplicada con el fin impactar los niveles de salud.

*Por integración social:* La APS permite hacer de la salud un lenguaje común, entendible para instituciones y comunidad, que hace sinergia y aproxima las necesidades y expectativas a la oferta de servicios y su resolución conjunta.

*Por compromiso histórico social, autonomía, libertad y emancipación:* Toda la estrategia apunta a lograr con el tiempo un mayor empoderamiento por parte de la comunidad de su propio desarrollo, al reconocer la salud como insumo para una vida plena y a trabajar mancomunadamente por la finalidad del desarrollo social a partir de mayor autonomía.

*Por mayores coberturas:* Se trata de una propuesta incluyente que en varios de los países que la implementaron logro mayor proyección comunitaria, mayor movilización de recursos, y sobre todo sinergia con el sector educativo, constituyéndose en una estrategia integradora de esfuerzos para combatir las inaccesibilidades, fundamentalmente las de tipo funcional, educativo y cultural. Aún falta trabajar más en las de tipo económico y geográfico. Experiencias como la de Cuba, logran impactar todas las formas de accesibilidad.

*Por ser un mandato legítimo:* La estrategia de APS fue una experiencia piloto de reconstrucción colectiva de políticas de salud; de ahí que siendo un acuerdo negociado y consensuado, no se trataba de meras recomendaciones, sino de un mandato legítimo para todos los países miembros.

La APS es el escenario ideal para la formación de los recursos humanos en salud. Con el cambio del paradigma hospitalario se requieren campos de práctica comunitarios que puedan recibir a los nuevos profesionales de la salud con claro referente social, que reconociendo el saber de otros y el rol que juegan en el equipo de salud, validen el aporte a la salud de las medicinas complementarias, superando las limitaciones tradicionales de la medicina especializada, pero aprovechando racionalmente sus beneficios, para generar impacto en la salud, y no sólo en la enfermedad. Es así como la APS pudiera ser facilitadora de la formación de profesionales de la salud convertidos en verdaderos actores sociales transformadores hacia el desarrollo con equidad.<sup>50</sup>

En Colombia con el decreto 056 de 1975 se crea el llamado Sistema Nacional de Salud, dentro de una lógica estatal pseudoproteccionista, pues es importante recordar que el modelo de desarrollo benefactor en algunos países como Colombia, nunca fue desarrollado a plenitud. La centralización y la verticalidad fueron sus principales características, tratando de integrar tanto instituciones públicas y privadas, como adscritas y vinculadas. Se pusieron en práctica los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, y se organizó la oferta de prestación de servicios a partir de la capacidad de resolución y el nivel de atención. Se pretendió integrar los diferentes servicios en una red única de referencia y contrarreferencia. (90% de los recursos eran destinados a curación y sólo el 10% a prevención),

La Organización Panamericana de la Salud en su informe “La salud en las Américas”, del 2002, ha consistido en tratar de recuperar la rectoría de la salud tanto en Municipios como en Departamentos, en cabeza tanto de

---

<sup>50</sup> Yepes CE. Atención primaria en salud, más pertinente que nunca. Invest. educ. enferm. 2006; 24(2): 102-111.



Alcaldes como de funcionarios de ambos niveles de responsabilidad. Ésta pudiera ser la vía expedita para desarrollar acciones fundamentadas en Atención Primaria en Salud, y así avanzar hacia la equidad, la integralidad en la atención, la interacción comunidad –equipos de personal de salud, la promoción y la vigilancia epidemiológica participativas, el aprovechamiento óptimo de los recursos y el crecimiento de las redes sociales de apoyo en interacción con las redes de servicios.

### **3. LECTURA CRÍTICA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN COLOMBIA. ANALISIS E INTERPRETACION.**

Las Metas del Milenio para el Desarrollo (MDM) adoptadas en la 55.a Asamblea General de la ONU representan un compromiso mundial en la lucha por reducir la pobreza y la inequidad en la distribución del ingreso dentro y entre los Estados Miembros. Las MDM se interrelacionan de tal manera que el logro de una requiere avances significativos en las otras. Esta interdependencia de las metas obliga a fortalecer la capacidad de los países para poner en marcha estrategias que sostengan los procesos de desarrollo humano y social a largo plazo, lo que requiere del fortalecimiento de la capacidad de las instituciones para diseñar procesos de planificación participativa e intersectorial, así como su implementación y evaluación.

En los países desarrollados, los programas de educación para la salud dirigidos a diferentes grupos de población, con el objetivo de disminuir la incidencia de padecimientos crónicos degenerativos, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión y el cáncer,

ligadas en muchos casos a la herencia familiar y a los estilos de vida marcados por la cultura, se vieron favorecidos por el interés de sus gobiernos al ver disminuir la demanda de la atención médica de grandes grupos de población que antes lo hacían a muy alto costo, con la complejidad de los sistemas de atención médica requeridos y por el elevado número de incapacidades laborales que se presentaban en personas de ambos sexos en edad productiva.

Los modelos económicos y de “desarrollo” vigentes han profundizado brechas de desigualdades en las condiciones de vida y salud entre grupos poblacionales. A esta realidad debe agregarse una respuesta social y de Estado sin un abordaje integral y sostenido. En concordancia con esta realidad, los modelos de salud en los países en vías de desarrollo se caracterizan fundamentalmente por centrarse en los establecimientos de salud y orientarse al individuo, priorizando el tratamiento de la enfermedad y su recuperación. Sin embargo, es preciso interpretar a la salud como un proceso social y proponer un modelo de salud con un cambio paradigmático, donde las acciones en salud se orienten a mejorar la calidad de vida de las personas y de su medio ambiente, así como en las relaciones del personal de salud con la población<sup>51</sup>.

A continuación se presentan las *experiencias exitosas* de Latinoamérica y el Caribe en general y de Colombia en particular:

### **3.1. Implementación de la Atención Primaria en Salud**

Durante las últimas dos décadas, la Región ha sido escenario de procesos importantes de transformación y cambios que reflejan las megatendencias relacionadas con la globalización e internacionalización de la economía,

las estrategias de descentralización y desconcentración del poder, la reducción del aparato estatal, la crisis de los paradigmas en salud y la apertura de nuevos y crecientes espacios de participación social. De una u otra manera, todos estos factores han incidido en la forma de concebir la salud pública en general, así como la salud escolar y la prestación de dichos servicios.

Un desafío de los sistemas de salud es garantizar el derecho a la salud mediante el acceso universal, coberturas según las necesidades con integralidad y continuidad, equidad en el acceso y obtención de resultados como expresión de justicia social. Para responder a este desafío, una estrategia fue la Atención Primaria en Salud (APS), definida hace 27 años en la Conferencia Mundial de Alma-Ata, que evolucionó según las características y necesidades de los países y sus poblaciones.

En Colombia particularmente, luego de la Ley 100/93, tampoco se resolvió el problema del acceso universal y equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud. Pero mientras otros países de América Latina y del mundo usaban la estrategia de APS para avanzar en la resolución de estos desafíos, en Colombia en el último decenio se prestó poca atención a la misma. Hoy, 27 años de desarrollo de APS enseñan que es una estrategia eficaz para garantizar acceso en forma costo-efectiva y universal a los servicios de salud, tanto para aspectos relacionados con prevención, curación y rehabilitación de enfermedades agudas y crónicas, como para promoción de la salud dentro de políticas económicas y sociales con énfasis en reducción de inequidades y la búsqueda de un financiamiento sostenible.

---

<sup>51</sup> Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, Ciudad de México, Junio 2000.

Y en busca de recuperar el tiempo perdido, varios gobiernos locales colombianos partieron del supuesto de que es posible alcanzar en el marco de la Ley 100/93, mejoras progresivas en los servicios que garanticen el derecho a la salud y beneficien la población y los pacientes, mediante el rescate y la reimplantación de la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario. Considerando los enormes beneficios del rescate de APS, se busca propiciar el equilibrio entre la eficiencia en el gasto en salud y los resultados en salud individual y colectiva dentro de la reforma a la Ley 100, y posicionar políticamente la Atención Primaria como estrategia de garantía del derecho a la salud, con su renovación y reafirmación y el fortalecimiento de la descentralización.

Una estrategia de APS renovada en sus elementos conceptuales y prácticos permitiría afrontar las problemáticas mencionadas, más el desafío crítico para reorientar y aplicar la APS es unificar criterios y estándares para ser aplicados dentro del sistema actual de salud, permitiendo variaciones de acuerdo con las características regionales y de la población asegurada y la no cubierta por el actual sistema.<sup>52</sup>

En países como Colombia, se ejerce una presión de abajo hacia arriba que posibilitará que algún día, se pueda soñar con reunir experiencias sueltas, como las del Distrito Capital de Bogotá, el Valle del Cauca, Cauca, Magdalena Medio, Norte de Santander, Santander y Antioquia, y de las demás regiones, en un diálogo constructivo y práctico, para que la Atención Primaria en Salud sea el “caldo de cultivo” sobre el que crezca el nuevo modelo de atención en salud en Colombia, incluyente y equitativo.

---

<sup>52</sup> Colombia apostará otra vez a la Atención Primaria en Salud - Solinsa Ltda.htm.2005

El Sistema de Salud Cubano lograron en pocos años los indicadores de la Meta SPT 2000, tan anhelados por los demás países que tras muchos años de esfuerzos interrumpidos no las han podido alcanzar. La Organización Mundial de Médicos Generales y Familia (WONCA)<sup>53</sup> extenderá la experiencia cubana en la Atención Primaria de Salud (APS) a otros países, por su excelencia y óptimo aprovechamiento de los recursos. La Isla aplica el concepto de Salud para Todos, por lo cual esa organización internacional prevé compartir y extrapolar los métodos cubanos a otros Estados.

Cuba posee una expectativa de vida igual a Estados Unidos, pese a contar con un Producto Interno Bruto 10 veces menor, lo que evidencia su organización social e intersectorial y representa un ejemplo de sistema sanitario en Latinoamérica. La Salud Pública de la Insula es accesible, gratuita, universal, integral, eficiente y con una concepción solidaria e internacionalista.

Contrasta con la realidad latinoamericana y del Caribe, donde el gasto público se revierte en la población rica, pues los sectores humildes se encuentran en zonas lejanas a los hospitales. La falta de equidad en la salud pública profundiza aún más las brechas entre los países ricos y los del Tercer Mundo, donde sobreviven mil millones de personas en la extrema pobreza.

Las políticas de promoción de la salud son de reciente desarrollo e implementación en el Perú. Desde principios de esta década, el Ministerio

---

<sup>53</sup> Con más de 20 años de experiencia, la WONCA, integrada por 105 países, está dividida en las regiones de Europa, Asia Pacífico, Medio Oriente, Sur Asiático, África, Norteamérica e Iberoamérica. Esa organización promueve la cobertura universal y el acceso a los servicios de salud basados en los valores de la medicina familiar.

de salud viene desarrollando esfuerzos colectivos para reorientar *el modelo de atención de salud*, publicándose en el año 2002 el documento “Lineamientos de Políticas para el sector salud 2002 – 2012”, en el que destaca el rol protagónico de promoción de la salud y de la atención integral para alcanzar salud y equidad en la población. La reforma estructural generada al interior del propio Ministerio al crearse la Dirección General de Promoción de la Salud, fue una de las acciones impulsadas en este contexto. Esta instancia asumió la responsabilidad nacional de formular las políticas y normativas, conducir la gestión, contribuir al desarrollo de capacidades institucionales y facilitar el financiamiento de las iniciativas de promoción de la salud en la red de establecimientos de salud; el objetivo de dicho esfuerzo constituye la mejora de la calidad de vida en la población peruana.

Entre las entidades se pueden mencionar la Fundación Hesperian, en Berkeley USA; TAPS, Asociación Brasileira de Tecnología Alternativa en Promoción de la Salud, Sao Paulo, Brasil; Grupo Sofonías, San José, Costa Rica; CATER, Centro Andino de Tecnología Rural, Ecuador; Internacional Development Research Centre, Canadá; CLAP, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, etc.

Con algunas excepciones como Cuba, Costa Rica, México, Perú, Brasil, Ecuador, Bolivia y recientemente Venezuela, muchas de estas experiencias aún hoy siguen siendo aisladas dentro de los contextos de las políticas de salud de los países, pues las presiones de la agenda de las entidades multilaterales continúan condicionando sus sistemas de salud a la lógica de modelos de mercado.

En el año 2003 se celebró el 25avo aniversario de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS) realizada en Alma-Ata en 1978, donde se identificó a la APS como la estrategia principal para alcanzar la meta de “Salud para Todos”. Los esfuerzos por renovar la APS tienen un significado muy importante para la transformación del sector salud, así como para la sociedad en su conjunto, ya que constituyen una posibilidad de cambio para facilitar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) por los países.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en su 44avo. Consejo Directivo realizado en Washington, D.C., en septiembre de 2003, aprobó la resolución CD44.R6, Atención Primaria en Salud: Lecciones aprendidas durante 25 años y desafíos futuros, que hace un llamado a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones con la finalidad de fortalecer la APS y solicita al director/a de OPS que: a) Tenga en cuenta los principios de la APS en las actividades de todos los programas de cooperación técnica, en particular en lo concerniente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); b) Evalúe los diferentes sistemas basados en la APS e identifique y difunda información sobre las mejores prácticas con miras a mejorar la aplicación de las políticas pertinentes; c) Siga prestando apoyo a los países para mejorar la capacitación del personal de salud en las actividades prioritarias de la APS; d) Apoye los modelos locales de la APS que sean flexibles y adaptables; e) Celebre el aniversario de los 25 años de ALMA-ATA durante un año finalizando en septiembre del año 2004; y f) Organice un proceso de definición de estrategias y orientaciones programáticas futuras en APS.

***3.1.1. Proyecto de la declaración de las Américas sobre la renovación de la Atención Primaria de Salud (2005)***

La Declaración de Alma-Ata sigue siendo válida en principio, sin embargo, en lugar de ponerse en práctica como otro programa u objetivo, sus ideas fundamentales deben integrarse en los sistemas sanitarios de la Región. De este modo, los países podrán afrontar nuevos desafíos, como los cambios epidemiológicos y demográficos; las nuevas situaciones socioculturales y económicas; las infecciones emergentes o pandemias; la repercusión de la globalización en la salud, y los costos sanitarios cada vez mayores en el marco de las características particulares de los sistemas nacionales de salud.

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados.

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.

El compromiso se relaciona con abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud en la gestión sanitaria, la



organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, y que permita abordar eficazmente, entre otros desafíos, los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y otros retos nuevos relacionados con la salud. A tal efecto, cada Estado debe preparar, según sus necesidades y capacidades, un plan de acción basado en los elementos que a continuación se describen.

**a. El compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud**

Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, deben determinar y eliminar las barreras al acceso institucionales, geográficas, étnicas, de género, culturales o económicas, y elaborar programas concretos para las poblaciones vulnerables.

**b. El reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud**

Se debe fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con el transcurso

del tiempo. Los Estados Miembros deben poner a la disposición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios, y al desempeño de los centros de salud para que sea utilizada en la supervisión del sistema sanitario.

**c. La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada**

Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben reorientarse hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, las intervenciones basadas en la población y la atención integral e integrada. Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención.

**d. El fomento del trabajo intersectorial**

Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud, al objeto de alcanzar el grado máximo de salud que sea posible.

**e. La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente**

Los sistemas de salud deben prestar atención apropiada, eficaz y eficiente, e incorporar los aspectos de la seguridad del paciente y la satisfacción de los consumidores, lo cual abarca los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y la garantía de la calidad de las intervenciones clínicas, preventivas y que fomentan la salud.

**f. El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud**

Es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos. Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Asimismo, es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo.

**g. El establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud**

Los sistemas sanitarios que se basan en la atención primaria de salud requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas

con la atención sanitaria, incluidas las que se presentan en las épocas de cambios políticos, económicos o sociales.

#### **h. La garantía de la sostenibilidad financiera**

Con el apoyo de los organismos internacionales de cooperación, los Estados deben llevar a cabo las actividades necesarias para promover el financiamiento sostenible de los sistemas de salud y una respuesta adecuada frente a las necesidades sanitarias, así como el respaldo al proceso de integración de la atención primaria de salud que está en marcha

en los sistemas sanitarios.

#### **i. La investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada**

La investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, el intercambio de las prácticas óptimas y el desarrollo de tecnología son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la atención primaria de salud.

#### **j. El fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de salud**

Para apoyar la atención primaria de salud, la OPS/OMS y otros organismos internacionales de cooperación pueden contribuir al intercambio del conocimiento científico, al establecimiento de prácticas basadas en datos científicos, a la movilización de recursos y a mejorar la armonización de la cooperación internacional

### *3.1.2. La APS en el contexto de las redes sociales*<sup>54</sup>

El fenómeno de la globalización se basa en un sistema de redes en el que las estructuras sociales presentan una configuración variable que depende de la posición de los actores, eventos y procesos sociales y cuya creciente interconexión e interdependencia dificulta la capacidad de actuar de forma aislada. La capacidad de gestionar redes sociales es un factor crucial para lograr que los beneficios de la globalización permitan eliminar desigualdades e inequidades.

En el ámbito de la cooperación internacional, una nueva red plural de actores

públicos y no públicos —como organizaciones no gubernamentales (ONG), empresas, instituciones de educación investigación, organizaciones profesionales, entre otras— ha venido realizando importantes contribuciones en salud, ya que los estados y las organizaciones internacionales de salud no han podido responder eficazmente por sí solos a todos los desafíos planteados por la globalización. La cooperación internacional en salud es, por tanto, una pieza clave para enfrentar viejos y nuevos desafíos, aunque para ello deberá modificar sus prácticas, mejorar la efectividad de los esfuerzos financieros de la comunidad internacional y enfrentar problemas de territorialidad, falta de flexibilidad y fragmentación de funciones. Para promover una cooperación eficaz que favorezca el uso de enfoques integrales de salud en los países, los organismos de cooperación internacional deben, entre otras acciones, incrementar la armonización y

---

<sup>54</sup> Herrera Vázquez MM, Rodríguez Ávila N, Nebot Adell C, Montenegro H. Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(5):261–73.

el alineamiento de sus actividades, para lo cual el enfoque de redes sociales podría resultar muy útil.

En las Américas, los procesos de reforma del sector salud forman parte de la estructura social del escenario internacional y constituyen una oportunidad para incorporar la APS a los sistemas de salud como un concepto integrador. Sin embargo, en la práctica, se observan grandes obstáculos para poder implementar la APS y los analistas sostienen que una falla de implementación fue no haber hecho un análisis de actores para identificar los oponentes y los defensores. Al no caracterizar a los actores, la APS no se apreció como una estrategia, sino como un deseo. Sin embargo, independientemente de las causas que expliquen esa falla, hay consenso en que el concepto de APS necesita renovación e innovación para responder a las necesidades de la sociedad en el siglo XXI.

Conceptualmente, los sistemas de salud basados en la APS permiten aplicar un enfoque amplio en su organización y operación, con el objetivo de lograr el mejor nivel de salud posible con la mayor equidad y solidaridad.<sup>55</sup> El sistema está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal, el acceso a los servicios, la atención integral e integrada en el tiempo, la prevención, la promoción y el primer contacto. La familia y la comunidad son la base de la planificación y de la acción.

El trabajo de la OPS se basa en el convencimiento de que para explotar todas las potencialidades de la APS se requiere la conformación de diversas redes, asociaciones, coaliciones y alianzas que movilicen

---

<sup>55</sup> Investigación original Herrera Vázquez. Red para promover la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2007.

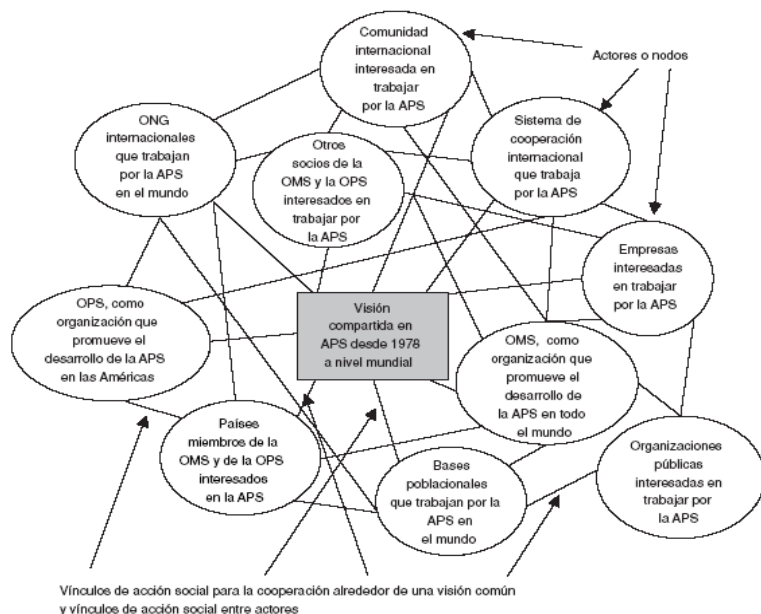
voluntades para otorgar la aceptación y la sostenibilidad que requieren. Si bien hay algunos avances en ese sentido, queda mucho por hacer para que la APS sea el eje de los sistemas de salud.

Según las lecciones aprendidas sobre el trabajo de redes sociales en diversos temas de salud a nivel internacional, una estrategia viable para promover el desarrollo de los APS en las Américas es organizar una red regional de abogacía y de cooperación técnica y financiera.

El estudio piloto de Herrera Vázquez (2007) es un acercamiento a la realidad social del sistema de cooperación internacional de la OPS a través de la teoría de redes sociales, en particular del análisis exploratorio de redes sociales. Los objetivos del presente estudio fueron: a) identificar los componentes relacionales de una red internacional de organizaciones de cooperación técnica y financiera que promueva el desarrollo de la APS en los países de la Región; b) analizar los vínculos de acción social para la cooperación en salud entre los socios colaboradores de la OPS; y c) determinar los elementos teóricos básicos que pueden contribuir a desarrollar estrategias de acción que respalden la abogacía en red.

A continuación se presenta la complejidad de la estructura social para la cooperación internacional en materia de atención Primaria de salud visualizada a manera de Red.

**Figura No. 2 RED DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD**



\* APS: atención primaria de salud; ONG: organizaciones no gubernamentales; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud.

De acuerdo con el objetivo de cooperación, la red identificada es del tipo combinado, es decir, contiene elementos de las redes temáticas y de las de abogacía y gestión. Su capital social se basa en un grupo de actores sociales identificados (46 nodos de la red), que en su mayoría están interesados en la iniciativa propuesta y dispuestos a promover su causa y a compartir sus recursos —principalmente de cooperación técnica— mediante lazos o vínculos de acción formal. Se detectaron diversas organizaciones internacionales (académicas, gubernamentales y no gubernamentales), a las cuáles se unirían los nodos identificados como preactivos para apoyar la iniciativa, independientemente de que no tuvieran vínculos sociales con ellas y de que algunas no estuvieran incluidas en el muestreo inicial. Con relación a la vinculación social, se



detectó que los 17 nodos inactivos formaban parte de los vínculos sociales de la mayoría de los nodos preactivos.

Los resultados del análisis posicional se centraron en el estudio de la densidad, la distancia, la transitividad y la centralización de una red sociocéntrica, en congruencia con la metodología del análisis exploratorio redes sociales. Todos los actores o nodos fueron codificados para facilitar el procesamiento de los datos.

### ***3.1.3. Criterios de medición de las propiedades de la red***

Propiedad por la cual una red puede funcionar alrededor de uno o varios actores que ocupan las posiciones centrales Indicador de la cohesión de una red que analiza pares de actores relacionados entre sí Indicador de la eficiencia del intercambio de recursos entre nodos. Los nodos o actores sociales más prestigiados catalogados por la centralización de entrada fueron: el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la OMS, la OPS, la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (SIDA), el UNICEF y la USAID. Los actores representativos de la actividad social catalogados por la centralización de salida fueron: la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (APHA), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN), el Centro de Investigación Internacional para el Desarrollo, de Canadá (IDRC) y la OPS. El sociograma elaborado permitió identificar los nodos o actores que ocuparían las posiciones centrales de la red: el Banco Mundial, el BID, la CIDA, el DFID, el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, el IDRC, la Organización de los Estados

Americanos (OEA), la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la OMS, la OPS, la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), el UNICEF y la USAID. Estos nodos se aglutinan en cuatro subgrupos centrales cohesivos, que conectan al resto de los actores cercanos. Los resultados indican que además de las organizaciones del sistema de Naciones Unidas, entre los defensores de la APS podrían estar diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones privadas, fundaciones y asociaciones profesionales. En cuanto a la fortaleza de los lazos o vínculos con la cooperación en APS, esta se midió según el número de personas conocidas en las organizaciones, el número de personas con las que existía una relación de amistad y la frecuencia de los contactos.

Los resultados etnográficos derivados del análisis cualitativo demostraron que la visión compartida general derivada de los comentarios de los participantes en el estudio se centró en renovar los conceptos de APS para promover el desarrollo de APS en las Américas. Para ello se requiere elaborar una estrategia clara que considere el reclutamiento de promotores, llevar a cabo acciones sistemáticas para eliminar las barreras que obstaculizan la implementación de la APS en los países y movilizar el apoyo técnico y financiero necesario.

Se identificaron 60 expertos de prestigio en materia de APS que se ubicaron

principalmente en universidades e instituciones de salud pública, diversas ONG, la OPS, el UNICEF, el BID, la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), los Ministerios de Protección Social y el Banco Mundial.

Entre los pros de la atención primaria se encuentran la consecución de mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con sus sistemas sanitarios y menores costos del conjunto de los servicios. La fortaleza de la atención primaria se basa, en parte, en el prestigio de los médicos que trabajan en ella, en su número y remuneración en relación con los que se dedican a la medicina especializada y en la fuerza de sus organizaciones profesionales.

También es esencial la accesibilidad, la longitudinalidad, a su papel de puerta de entrada en el sistema sanitario y al hábil manejo de la incertidumbre en el proceso asistencial. La accesibilidad al médico general/ de familia no debería estar limitada por razones de sexo, ni edad, ni por razones técnicas y burocráticas, ni geográficas, horarias, ni económicas. La continuidad se basa en la existencia de registros, y la longitudinalidad en la estabilidad de la relación médico-paciente.

La visión global del paciente y la coordinación entre niveles explican el papel de

puerta de entrada en el sistema sanitario. A pesar de que el médico de cabecera trabaja con pocos medios técnicos y, en muchas ocasiones, con información escasa de la enfermedad, toma muchas decisiones trascendentales en poco tiempo y, como se sabe desde los años sesenta, alcanza un poder resolutivo superior al 90% de las visitas atendidas.<sup>56</sup>

La Atención Primaria de la Salud (APS) constituye una estrategia capaz de garantizar la salud para todos y el acceso universal y equitativo al sistema de prestación médica por lo que su implementación requiere de

---

<sup>56</sup>Gérvás J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M y Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA.2001

profesionales competentes a fin de desempeñarse con solvencia en cada uno de sus niveles de complejidad.

A pesar de que la Región de las Américas ha hecho adelantos importantes en materia de salud y ejecución de la atención primaria de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud que persisten en los países de la Región y entre ellos. Para abordar esta situación los Estados necesitan objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

Desde hace tiempo los países de la Región han reconocido la necesidad de combatir la exclusión en materia de salud mediante la ampliación de la protección social como un elemento fundamental de las reformas sectoriales llevadas a cabo en los Estados Miembros. Los países también han reconocido que la atención primaria de salud contribuye y tiene un potencial para mejorar los resultados sanitarios, y la necesidad de definir las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas para la realización plena de dicho potencial asimismo se han comprometido a integrar e incorporar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en las metas y los objetivos de las políticas sanitarias de cada país.

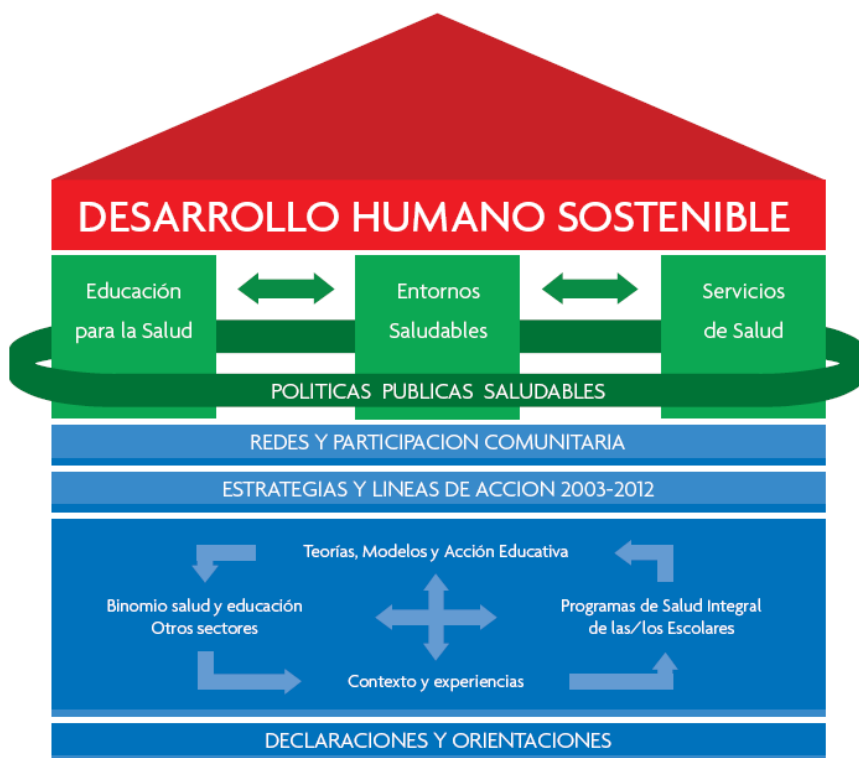
### **3.2. La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud**

*Se debe conseguir que cada escuela sea: un lugar de salud, una palestra, un lucernario. Un lugar de oratoria, un laboratorio, una oficina publica de virtudes, un ensayo de ciudadanos, una imagen de la iglesia.*  
*Comenius.*

**Figura No. 3 MARCO CONCEPTUAL. INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD**

MARCO CONCEPTUAL

INICIATIVA REGIONAL ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD



De la Organización Panamericana de la Salud surgió formalmente en 1995, la propuesta de *Escuelas Promotoras de la Salud*, en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la Región de las Américas y como resultado del compromiso de la

Organización, desde la década de los ochenta, con la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar<sup>57</sup>.

En América la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS) tiene el gran desafío, a la vez que la oportunidad, de contribuir al logro de las *Metas de Desarrollo del Milenio*. En el contexto de los compromisos del sector social, tanto salud como educación tienen un compromiso ineludible en el logro de dichas metas, en especial las siguientes:

- *Erradicación de la pobreza y el hambre*, para lo cual se requiere incrementar el nivel educativo de la población.
- *Educación primaria universal*, cuyo principal desafío es lograr la educación primaria completa para todos los niños y las niñas en las comunidades marginadas, reduciendo así las inequidades dentro y entre países de la Región.
- *Igualdad de género y empoderamiento de la mujer*. Las Empresas Promotoras de Salud -EPS- tienen el gran desafío de contribuir a la eliminación de la disparidad por género en la educación secundaria.
- *Reducción de la mortalidad infantil*, mediante educación para la salud en la escuela y la educación con padres y madres de familia, usando Habilidades para la Vida y otros enfoques, reforzando la capacitación del personal docente y preparando materiales para alfabetización en salud.
- *Mejoramiento de la salud materna*. A través de las EPS se puede fortalecer, mediante el enfoque de Habilidades para la Vida, la

---

<sup>57</sup> Cerqueira, MT (1996) Health-Promoting Schools. World Health. The Magazine of the WHO, 49th Year, No.4, July-August 1996.

formación de los y las jóvenes antes de salir de la secundaria en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva.

Las *Escuelas Promotoras de la Salud* constituyen una gran estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de las comunidades educativas.

Los programas de educación para la salud en las escuelas son *integrales* cuando<sup>58</sup>:

- Se inspiran en un paradigma que considera la salud como fuente de bienestar y desarrollo sostenible y no como la simple ausencia de enfermedad.
- Utilizan todas las oportunidades disponibles (dentro y fuera de la comunidad educativa, educación formal e informal, métodos tradicionales o alternativos) para desarrollar procesos de educación para la salud.
- Fortalecen la capacidad de los estudiantes ("empoderamiento") para transformar las condiciones determinantes de la salud.
- Promueven la interacción entre escuela, comunidad, padres y madres de familia, y los servicios de salud disponibles localmente.
- Promueven el desarrollo y conservación de ambientes escolares saludables.

En este sentido, el enfoque de *Habilidades para la Vida* -con su énfasis en el desarrollo de destrezas y competencia psicosocial- está teniendo cada vez más aceptación y difusión en los países de la Región y

---

<sup>58</sup> World Health Organization (1997) Promoting Healththrough Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva: WHO.

constituye una herramienta valiosa para continuar apoyando los procesos de educación para la salud en el ámbito escolar<sup>59</sup>.

Los sistemas de educación formal de los países constituyen un escenario ideal para la realización de acciones educativas con la población en edad escolar durante etapas formativas muy importantes de su vida, pues se parte del reconocimiento de que los niños, las niñas y los adolescentes y jóvenes son los actores sociales del mañana y que las escuelas son una instancia donde los estudiantes pueden tener acceso a la información, el conocimiento, el ejemplo y el apoyo necesarios para desarrollar hábitos y estilos de vida saludable<sup>60</sup>.

El gran desafío para quienes trabajan en promoción de la salud en el ámbito escolar consiste en la aplicación creativa de estos marcos de referencia, para el mejoramiento de la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de la población en edad escolar.

*Forja un educador capaz de:*

- Asumir con plenitud su rol y compromiso social.
- Producir conocimientos e innovaciones en el campo educativo y pedagógico desde una perspectiva integral y coherente con la realidad del escolar.
- Crear condiciones para producir experiencias de aprendizaje significativas.

---

<sup>59</sup> Mantilla, L (2000) Habilidades para la Vida: Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Bogotá, Colombia.

<sup>60</sup> Arroyo, H y MT Cerqueira (Editores) (1997) La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.



En este sentido también es crítico fortalecer la capacidad de los países de América Latina y el Caribe, para implementar estrategias integrales e integradoras, como las Escuelas Promotoras de la Salud, asegurando una mayor continuidad de los procesos.

Los programas escolares de adquisición de habilidades para una vida saludable se han realizado en varios países de la Región, incluso Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú, Uruguay, Venezuela y los países del Caribe (Banco Mundial y OPS, 1998). En el Caribe, la Comunidad del Caribe (CARICOM) ejecuta un proyecto de educación para la salud y la vida familiar destinado a introducir el currículo de adquisición de habilidades para la vida en todos los jardines de infantes y las escuelas primarias y secundarias en los países del Caribe que participan (UNICEF, 1997). El currículo correspondiente aborda varios temas de salud (WHO e internacional Children's Institute, documento inédito). El proyecto de CARICOM es promovido por diversos organismos de las Naciones Unidas, la Universidad de las Indias Occidentales y los ministerios nacionales de educación y de salud. En 1996, en Costa Rica, la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud adoptó la educación para la adquisición de habilidades para una vida saludable como una de sus prioridades para mejorar la educación sanitaria en el marco de las reformas del programa escolar. Un taller sobre educación en adquisición de habilidades para una vida saludable realizado en esa época recibió excelentes comentarios. En 1998, la Red reforzó el compromiso contraído dos años antes y ofreció otro taller en México para sus participantes. Los materiales del taller incluyeron la traducción de los documentos de la OMS sobre habilidades para la vida.

La Iniciativa de Escuelas Saludables se evaluó en su totalidad en Chile. En Colombia se evaluó la educación en Habilidades para la Vida en el

sector educativo, implementando la educación para la paz con resultados importantes para un mejor aprovechamiento escolar y una educación en salud más integral, por estar basada en el desarrollo de habilidades y destrezas. Los escolares refuerzan su autoestima y muestran mayor confianza en sí mismos y al enfrentar situaciones difíciles. Se observa mayor capacidad para resolver los conflictos a través del diálogo, así como más respeto y tolerancia. En Argentina se evaluó el módulo sobre violencia y la educación para la buena convivencia. En Costa Rica se evaluó el módulo sobre el tabaco; en Panamá, el componente de alimentación y nutrición; en El Salvador se evaluó la salud oral y en Nicaragua se evaluaron las redes sociales de apoyo, el trabajo voluntario de los escolares y la coordinación entre la escuela y la comunidad. El fortalecimiento de la Red de Protección Social en Nicaragua es fundamental, ya que apoya a las familias para matricular y mantener a los niños(as) en la escuela, contribuye con el mejoramiento de la alimentación y el acceso a los servicios de salud, y fortalece la orientación en salud sexual y reproductiva a las madres.

En Ecuador se evaluó la Iniciativa en su totalidad en los Cantones de Loja, así como los módulos educativos producidos por el Proyecto de Espacios Saludables. La experiencia está siendo llevada a gran escala por el Ministerio de Educación de Ecuador con el apoyo del Ministerio de Salud y la OPS/OMS. En México, una adaptación de la Iniciativa también se está llevando a gran escala en el programa de Comunidades Educativas Saludables de la Secretaría de Salud, donde además el *Programa Progresas*, consistente en el mejoramiento de la alimentación, el acceso a servicios de salud y el aumento de la asistencia escolar, resulta en lecciones importantes para el mejoramiento del desarrollo humano y social. *Progresas* ha logrado aumentar el uso de los servicios de atención primaria para los menores de cinco años y también ha disminuido la

deserción escolar, inclusive en los municipios con mayores índices de pobreza.

En el Perú este programa se inició el año 2003 con la participación de 1,037 centros educativos de educación primaria a nivel nacional de los cuales fueron acreditados 699 centros educativos como saludables. Se beneficiaron aproximadamente a 300,000 estudiantes, con la participación de 13,308 docentes capacitados en el tema de higiene, de esta manera promoviendo un trabajo descentralizado y articulado entre los diferentes actores de cada localidad. Cabe destacar que este programa responde al Convenio entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación suscrito el año 2002, el cual establece un trabajo coordinado y conjunto entre ambos sectores. El propósito de este Programa fue contribuir al desarrollo de la persona humana desde el espacio privilegiado del Centro Educativo; de esta manera se la promoverá como agente de cambio y promotora de una Cultura de la Salud para el bien de su familia y comunidad. El *Programa de Instituciones Educativas Saludables* tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de promoción de la salud en los centros educativos para mejorar la calidad de vida de la Comunidad Educativa. Para ello se proponen líneas de acción que orientarán el plan de trabajo que elaborará y ejecutará cada Centro Educativo a fin de ser acreditados como Centros Educativos Saludables que contribuyen a la Promoción de la Salud, los mismos que serán asesorados permanentemente por el personal de Promoción de la Salud en las entidades de Salud.

### ***3.2.1 .Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud***

En América, la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS) tuvo sus orígenes en la Conferencia Europea sobre Educación Sanitaria y Promoción celebrada en Estrasburgo en 1990. Posteriormente en Chile en 1995, durante el Congreso de Salud Escolar, se acordó su creación formal, la que se llevó a cabo en 1996 en San José, Costa Rica, con participación de representantes de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Panamá, así como miembros de la Red Española y de los Centros Colaboradores de la OMS en salud escolar (Centro de Desarrollo Educativo y los Centros de Estados Unidos de Norteamérica para Prevención y Control de Enfermedades).<sup>61</sup>

En la actualidad 20 países de América Latina hacen parte de la RLEPS, cuya segunda reunión se realizó en México en 1998 con asistencia de todos los países de Latinoamérica, incluidos Cuba y República Dominicana. La tercera reunión se llevó a cabo en Septiembre de 2002 en la ciudad de Quito, Ecuador, con la asistencia de representantes de todos los países de América Latina, excepto Argentina y México, y la participación de delegados de agencias internacionales, organizaciones no gubernamentales y del sector privado.

La *misión* de la RLEPS consiste en apoyar la organización y desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud y las redes en cada país de la Región, así como facilitar el intercambio de sus experiencias, apoyando la apertura y constitución de vías de comunicación multidireccional que se

---

<sup>61</sup> Organización Panamericana de la Salud (1997) Memoria Primera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. Washington, DC: OPS/OMS.

entrelacen y sean convergentes en puntos de interés para el mejoramiento de la educación y de la salud en el ámbito escolar.<sup>62</sup>

Particularmente en Colombia el desarrollo del máximo potencial humano de todas las personas, sin ninguna clase de discriminación, y la construcción de comunidades y sociedades autónomas, justas y democráticas, son objetivos comunes de interés nacional en los que la educación de calidad y la salud en condiciones de equidad constituyen instrumentos fundamentales e irremplazables. Las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable, son herramientas que contribuyen a forjar este ideal, al hacer realidad el desarrollo humano, la garantía de derechos a través de la participación activa de diferentes actores, incentivando el compromiso y la corresponsabilidad de sectores, instituciones y comunidad, generado así mejores condiciones de vida para la población.

En Colombia, los Ministerios de Protección Social y de Educación, con el apoyo activo de la OPS y de otros organismos, prepararon un programa escolar de adquisición de habilidades para una vida saludable como un modo de responder a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad causadas por homicidios y violencia. Ese programa incluye materiales didácticos y otras actividades para 4.º a 9.º grados (Bravo, Gálvez y Martínez, 1998). Hasta la fecha, el programa citado presta servicios a unas 85 escuelas promotoras de la salud de las zonas urbanas más pobres de 20 ciudades colombianas, con una participación total de cerca de 15.000 estudiantes (WHO, 1998 ; Banco Mundial y OPS, 1998). Con la implementación del enfoque en Colombia, El Ministerio de Salud determinó a través de un estudio realizado en 1993 que la violencia,

---

<sup>62</sup> Consejo General de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (1998) Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (Plegable informativo).

específicamente el homicidio, era la causa principal de muerte en el país, y que los jóvenes eran los principales afectados. Por este estudio, Fe y Alegría, una ONG nacional, recibió la tarea de desarrollar y hacer una prueba piloto de un plan de desarrollo de habilidades para la vida en las escuelas. Esta prueba piloto estaba dirigida a jóvenes marginales. Tres módulos de planificación fueron desarrollados: Expresión y control de sentimientos, Positivismo y Control de conflictos.

Los temas específicos de salud que están entrelazados en los planes son la violencia y el uso del alcohol y el tabaco. Las metas generales del programa tenían un doble propósito:

1. Llevar a las escuelas hacia el enfoque no sólo de los aspectos cognitivos del desarrollo de los jóvenes, sino también a la formación integral que incluye las necesidades emocionales y sociales.
2. Enfocar el problema de la violencia por medio del aprendizaje de habilidades interpersonales.

La capacitación de los maestros se hizo en forma continua, aproximadamente dos veces al mes: la primera reunión del mes se realizó para conocer las herramientas de la metodología participativa y la teoría de la psicología del adolescente, y la segunda reunión se llevó a cabo para evaluar y reforzar el trabajo en clase. Los planes de estudio en clase se implementaron en dos sesiones semanales de una hora cada una. La prueba piloto de la capacitación de maestros y la implementación en clase se realizaron recientemente. Los maestros capacitados han empezado a entrenar a otros maestros y el seguimiento lo realizan miembros del personal de Fe y Alegría. Los planes de habilidades para la vida se han ampliado para incluir el pensamiento crítico y la toma de decisiones y en

el futuro posiblemente incluirán la comunicación efectiva y la empatía para desarrollar la solidaridad comunitaria.

También en Colombia, desde hace muchos años se vienen presentando propuestas de trabajo en salud para las comunidades educativas, sean éstas jardines infantiles, escuelas, colegios, institutos o universidades: conformación de grupos de Cruz Roja o primeros auxilios, consultorios médicos, oficinas de bienestar estudiantil, programas de vacunación, estudios de tamización, programas de salud escolar y escuelas promotoras de salud, entre otros.

La propuesta *Escuelas Saludables* nace como una opción integradora salud-educación orientada a la prevención y promoción en salud durante el proceso de formación y el desarrollo humano. La prevención de las enfermedades buscaba fortalecer los factores protectores y bloquear los factores de riesgo para evitar que las enfermedades aparecieran o se complicaran. La promoción de la salud fue asumida como las políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades personales, comunitarias y del entorno hacia una mejor calidad de vida durante el proceso vital humano.

La Estrategia Escuela Saludable surge de una alianza entre los Ministerios de Educación y Salud, en el marco de la Ley 100 de 1993 y la Ley 115 de 1994, como una de las principales estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se acoge a lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud OMS, la Organización Panamericana de la Salud OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, el Ministerio de Salud y el Plan de Atención Básica PAB (Circular 052 de 2002, Circular 0018 del 2004). La Escuela Saludable constituye un programa de educación para la salud propuesto por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección

General de Promoción y Prevención, así como por el grupo Proyecto Educativo Institucional del Ministerio de Educación y por la Subdirección de Prevención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

La Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar presentaron la propuesta *Escuelas Saludables*, que enriquecida con la propuesta *Escuela amiga de los niños y las niñas*, busca el mejoramiento de la calidad de la educación y promueve los derechos de niños y niñas, planteada por UNICEF y ofrece herramientas excelentes para el acompañamiento a la comunidad educativa, muy especialmente a las personas durante su niñez y juventud, para que su proceso vital humano sea feliz y saludable.

Los siguientes son algunos de los aspectos más relevantes de la iniciativa de escuelas saludables:<sup>63</sup>

- Promoción de la coordinación y colaboración multisectorial, así como de una mayor comprensión sobre la salud escolar y la educación para la vida en familia.
- Realización de un análisis de necesidades en cinco países y de una investigación sobre salud de los adolescentes en nueve países.
- Desarrollo de un nuevo marco conceptual en el que se fundamentan las acciones de educación para la salud y la vida en familia, con énfasis en el enfoque de habilidades y la creación de

---

<sup>63</sup> Brandon, P (2000) Definition and Reality of the Caribbean Countries: A Summary. Paper presented during the Workshop for the Planning of the First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools in San Juan, Puerto Rico. In Ippolito-Shepherd, J (Editor) (2000) Summary of Planning Meeting. Washington, DC: PAHO/WHO (Unpublished document).



ambientes de apoyo. El marco conceptual busca condensar y reenfozar múltiples problemas de salud propios de los escolares en grandes áreas temáticas:

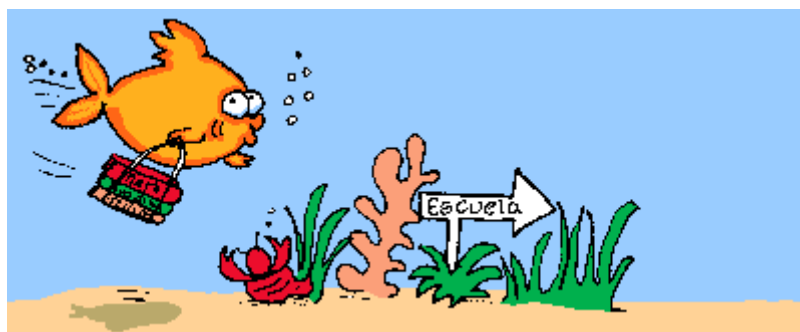
- Alimentación sana y buen estado físico.
- Protección de la salud sexual y reproductiva.
- Desarrollo de habilidades para el manejo del mundo emocional y las relaciones interpersonales.
- Manejo del medio ambiente.
- Promoción y mantenimiento de estilos de vida y ambientes más saludables.
- Capacitación de docentes y educadores de adultos en la comunidad, con el fin de aumentar la capacidad del recurso humano para la aplicación de estrategias para la educación en habilidades para la vida y garantizar la sostenibilidad de la Iniciativa.
- Creación de una base de datos sobre los materiales educativos de apoyo disponibles en la Región del Caribe.

Como objetivo general, Escuela Saludable se propone "contribuir a la formación y al pleno desarrollo de las potencialidades físicas, cognitivas, psicológicas, emocionales, afectivas, psicomotoras y sociales de los escolares de básica mediante la integración de acciones educativas, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y ambientales, dirigidas a la comunidad educativa y su entorno" (Ministerio de Salud, 1998). Vale la pena aclarar que por "comunidad educativa" se entiende al conjunto de directivos, docentes, escolares, empleados, familia, miembros de los sectores salud y miembros del sector productivo de la zona de influencia de la escuela. La estrategia contribuye al desarrollo humano de los escolares, posibilitando la capacidad del establecimiento educativo para desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas de

promoción de la salud, fomento del autocuidado, la solidaridad y la convivencia pacífica, reduciendo las inquietudes de la salud, incrementando la prevención, propiciando en la comunidad educativa la responsabilidad por el cuidado de su propia salud y su relación con el entorno

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud tiene como meta el fortalecimiento del desarrollo humano sostenible de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el contexto del ámbito escolar. El marco conceptual en que se fundamenta dicha Iniciativa tiene dos bases principales. La primera de ellas son las *Declaraciones y Orientaciones de Promoción de la Salud*, que brindan el gran marco de referencia general de la propuesta Escuelas Promotoras de la Salud. La segunda, incluye las consideraciones pertinentes al binomio salud y educación, sectores sociales, contexto y experiencias de los países en América Latina y el Caribe, los programas de salud escolar existentes, y en particular, los conocimientos científicos y técnicos sobre salud y educación a nivel mundial, incluyendo teorías, modelos y acciones educativas que permiten identificar las prácticas apropiadas, eficaces y efectivas para el desarrollo de programas integrales de salud escolar en los ámbitos regional, nacional y local.

## Figura No. 4 PUNTOS CLAVES DEL TRABAJO EN ESCUELAS SALUDABLES



- Políticas y ambientes saludables
- Educación básica de calidad
- Participación activa de todos los estamentos
- Proyecto educativo institucional en perspectiva de derechos
- Desarrollo del pleno potencial y formación de hábitos saludables
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Escuelas Saludables es una Estrategia que busca articular las políticas actuales sobre promoción de la salud en el ámbito escolar. La estrategia se articula con el desarrollo y fortalecimiento de Municipios Saludables mediante el fomento de acciones que promuevan la creación de espacios saludables, la consolidación de procesos de intersectorialidad y de participación social a través del gobierno local y de la comunidad educativa como componentes esenciales, articulando la escuela, los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.<sup>64</sup>

---

<sup>64</sup> Para el Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia ha sido muy satisfactorio apoyar este tipo de propuestas y ofrecer Boletines como otro aporte para la construcción de una Colombia sana, democrática y en paz.

La Escuela Saludable es definida como el espacio geográfico en donde se habita la comunidad educativa, allí se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos para producir nuevos conocimientos, buscar alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno.

### **3.2.2. Líneas de acción de Escuelas saludables**

- *Educación en Salud*
- *Servicios de Salud y Nutrición*
- *Ambientes y Entornos Saludables*
- *Ejes Transversales*
- *Vigilancia en Salud Pública*

**Figura No. 5 SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL SANTIAGO DE CALI. ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES**



La meta de la Iniciativa de Escuela saludable es aumentar en Colombia el número de instituciones escolares que efectivamente puedan ser calificadas como Saludables, aunque su definición y puesta en marcha varía según los municipios y las escuelas. Cuando una escuela se adhiere a la iniciativa de Escuela Saludable, se dice que está en "etapa de Construcción". Cuando la escuela desarrolla los ejes de Educación en Hábitos Saludables, Reorientación de los Servicios de Salud y Nutrición y el componente ambiental con habilidades para la vida y valores, se puede decir que esta escuela o colegio puede ser acreditada como Escuela Saludable. Se puede decir que la Escuela Saludable, es un organismo vivo donde todas las partes se complementan y refuerzan continuamente sus recursos para vivir, aprender y enseñar.

En la Evaluación del proceso de la Estrategia Escuelas Saludables en la zona urbana del Municipio de Cali, Colombia sus autoras Alejandra Gutierrez y Olga Lucia Gomez<sup>65</sup> concluyen que las complejidades de los procesos sociales de desarrollo, entre ellos la promoción de la salud, proponen desafíos para la intervención que exigen comprender la interacción entre factores objetivos y subjetivos, micro y macro, conceptuales y operativos para cumplir adecuadamente con los propósitos propuestos.

Los hallazgos de esta evaluación de proceso de la Estrategia Escuelas Saludables evidencian contrastes de acuerdo con la perspectiva de evaluación: auto-percibida o con la intervención de un agente externo. De esta manera, desde la perspectiva de la autopercepción de logros por parte de los actores consultados, sobre todo los que desarrollan o coordinan actividades a nivel operativo, se evidencian los avances de los

coordinadores y los representantes de las sedes educativas para mejorar la implementación de la misma a partir de un proceso de identificación, reconstrucción y apropiación de un discurso creado por fuera del contexto específico de Cali y que ha aportado al mejoramiento de la gestión interna de las escuelas como realidad micro.

Este mejoramiento de la gestión interna de las escuelas se manifiesta en la articulación de la Estrategia Escuelas Saludables al currículo, la inclusión de sus contenidos de forma transversal en las asignaturas, el aprovechamiento de los recursos que ofrece la Estrategia Escuelas Saludables y que las escuelas ya tienen por sí mismas, el reconocimiento de la comunidad de este mejoramiento y la concientización de la salud integral como parte fundamental de la vida por parte de la comunidad educativa. De otro lado, desde una perspectiva más general (la de los actores que coordinan la Estrategia Escuelas Saludables a nivel municipal y de las investigadoras como agentes externos) se pueden apreciar las dificultades o desafíos que debe enfrentar como estrategia de promoción de la salud que debe impactar el desarrollo social de la ciudad. Ya se ha planteado cómo la coherencia conceptual de un programa de promoción de la salud y la apropiación de ello en el discurso y práctica de quienes lo ejecutan es un factor relacionado con su éxito. Para el caso de Cali, si bien existe, en términos generales, una coherencia conceptual entre los actores consultados, aún la Estrategia Escuelas Saludables es percibida y ejecutada como una estrategia oferente de servicios de promoción y prevención y no como mecanismo articulador de las diversas iniciativas de bienestar para la población escolar desarrolladas en la ciudad. En ello radica entonces, el principal factor limitante de una mejor implementación en Cali: la desarticulación intersectorial e

---

<sup>65</sup> Gutiérrez Alejandra María, Gómez Olga Lucía. Evaluación de proceso de la Estrategia Escuelas Saludables en la zona urbana del Municipio de Cali, Colombia. Colombia Médica

interinstitucional. Este limitante a su vez se relaciona con la responsabilidad para el desarrollo de la estrategia, la desarticulación interna tanto en el sector salud como en el educativo como principales agentes, la primacía de los objetivos de cobertura sobre los de calidad de los servicios, la superposición de competencias institucionales, la ineficiencia en la inversión de algunos recursos y en general, la poca adaptabilidad de la Estrategia Escuelas Saludables a la dinámica cotidiana de las escuelas y de la comunidad de su entorno. Operativamente se traduce en dificultades para la toma y ejecución de decisiones en los tres niveles de la Red de Escuelas Saludables de Cali, falta de complementariedad entre los procesos educativos en salud con la atención o solución concreta de casos, limitación de la línea de acceso a los servicios de salud física, falta de compromiso de las directivas de las escuelas, sobrecarga de trabajo en los docentes y dificultades para conformación y operación del grupo gestor, sobre todo para la vinculación de estudiantes y madres o padres de familia.

En síntesis, se puede apreciar una práctica limitada de la promoción de la salud en la Estrategia Escuelas Saludables teniendo en cuenta que ésta no sólo contempla las acciones educativas y la provisión de algunos servicios, como se ha venido dando hasta el momento, sino que debe avanzar hacia su consolidación en dos niveles que se interrelacionan con la escuela como microentorno: el nivel de políticas públicas e institucionales y de la comunidad en general que permitieran la construcción o refuerzo de normas sociales que apoyen los postulados y propósitos de la Estrategia Escuelas Saludables. Los planteamientos anteriores son coherentes con lo afirmado por Mukoma y Flisher y el informe de las experiencias latinoamericanas que concluyeron la influencia de estos programas en el cambio positivo en la organización y

gestión de las escuelas, que contrasta con la necesidad de consolidarlos a nivel de creación y fortalecimiento de políticas y mayor vinculación con la comunidad de su entorno y que implica en términos operativos la gestión de otros recursos como los internacionales y de la empresa privada que complementarían los recursos públicos propios invertidos hasta el momento y garantizarían una mayor sostenibilidad social de la Estrategia. El avance de la Estrategia Escuelas Saludables hacia un proceso de implementación que aborde de forma más profunda los dos niveles puestos ampliaría la práctica de la promoción de la salud de acuerdo con lo que la Carta de Ottawa señala como las cinco estrategias para actuar sobre los factores que determinan el nivel de salud de un colectivo:

- 1) Desarrollar políticas que apoyen la salud, al consolidar la Estrategia Escuelas Saludables como una política pública municipal y otra serie de políticas institucionales que garanticen una mejor articulación intersectorial e interinstitucional.
- 2) Crear entornos favorecedores de la salud, con el mejoramiento continuo de las acciones en la *línea de acción en ambientes y entornos saludables*.
- 3) Desarrollar actitudes y recursos individuales, con el mejoramiento de la *línea de acción en educación en salud*.
- 4) Reforzar la acción comunitaria, al ampliar el trabajo en red desde la escuela hacia las otras redes o iniciativas que se realizan en la ciudad para el desarrollo social.
- 5) Reorientar los servicios de salud, con el mejoramiento de la *línea de acción de acceso a servicios de salud y nutrición* complementándola con servicios que cubran otros aspectos distintos a la salud física de los escolares.



Se plantea entonces la necesidad de continuar implementando una Estrategia Escuelas Saludables pluridimensional, que salga de los límites de la escuela y se vincule más con la dinámica social que rodea a esta institución y así, hacer más coherente la práctica con la concepción de la relación entre salud y desarrollo social. Teniendo en cuenta las diferencias metodológicas entre los estudios y las experiencias revisadas con la presente evaluación, se aprecian similares resultados, lo cual conduce a la reflexión acerca de la relevancia de los estudios evaluativos en términos del propósito de los mismos, el uso de los resultados y el rigor metodológico que éstos puedan tener. En ese orden de ideas, la evaluación hace parte del mismo proceso de desarrollo de este tipo de programas, por lo que se debe contemplar desde el momento de su planeación. Las evaluaciones de proceso cobran importancia en la medida que evidencian los factores relacionados con la forma en que se dieron los acontecimientos, es decir, pueden dar explicación o respuesta a los por qué sobre los resultados o cambios medidos en una posterior evaluación de impacto; el complemento de ambos hallazgos permitiría entonces, la orientación para una mejor toma de decisiones. De esta manera, es importante resaltar el equilibrio entre el rigor científico con las necesidades del contexto en que se realizan las evaluaciones. Por ello, más que seguir un modelo, lo importante es combinar diferentes tipos de evaluación, niveles de análisis, enfoques metodológicos, técnicas y actores evaluadores y evaluados para así comprender la complejidad que entrañan los programas de promoción de la salud y avanzar hacia su mejoramiento continuo.

Entre un gran número de experiencias con la Estrategia de Escuelas saludables desarrolladas en diferentes municipios de Colombia se encuentran:

- *Instituciones Educativas Libres de Humo*
- *Programas Intersectoriales y Comunitarios para la Promoción de la Actividad Física*
- *La política "Haz paz" en el marco de Escuelas Saludables*
- *La Utilización del tiempo libre de los Escolares: una necesidad*
- *Manual de Convivencia Escolar*
- *La solución Pacífica de Conflictos: Una necesidad*
- *Estrategia de Escuelas Saludables Desde Bucaramanga-Santander*
- **Figura No.6** *Estrategia de vivienda saludable en el distrito capital*



- **Figura No.7** *Programa de Familias en Acción.*



El Programa que viene desarrollando desde hace algunos años se encuentra a la cabeza de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional –Acción Social-. Este grupo de familias residen en 128 municipios y se espera que se beneficien un grupo significativo de niños, niñas y adolescentes por cuanto este programa cobija a familias con hijos e hijas menores de 18 años de edad, que se encuentran clasificadas en primer nivel de SISBEN. Ellas podrán acceder con mayor flexibilidad a servicios de salud, educación y nutrición. El propósito es que estas familias desarrollen habilidades y competencias para superar las trampas de la pobreza que se convierten en un círculo que las hace permanecer en crisis económica y social. Hacen parte de la población objetivo del Programa las familias que se encuentran en estos municipios en situación de desplazamiento y que se encuentran identificadas en el Sistema de Información.

- ***Figura No. 8 Estrategia Escuela Saludable Silvia-Cauca***



- **Figura No.9** Escuelas Saludables, una oportunidad para erradicar el analfabetismo afectivo en el municipio de Pasto".



- **Figura No. 10** *Escuela Saludable: una herramienta para la paz*



En una evaluación nacional de la aplicación de la Estrategia de Escuelas Saludables, se vieron los avances, pero también se describieron una serie de limitantes para su desarrollo, entre las que se pueden resaltar: 1. Falta de compromiso del sector educativo 2. No articulación a los Proyectos Educativos Institucionales. 3. Falta de recursos financieros. 4. Falta de planeación y gestión representada por: rotación de funcionarios y autoridades, rotación o ausencia de coordinadores de la estrategia, demora en la transferencia de recursos, lo planeado dentro del PAB no responde a los problemas y necesidades de los escolares. 5. Falta coordinación intersectorial para implementación de proyectos pedagógicos. 6. Falta material educativo. 7. Falta de continuidad en la coordinación intersectorial, particularmente del sector educativo. 8. Baja respuesta del sector salud ante los problemas de salud detectados en los tamizajes. En resumen, es una estrategia que en un tiempo corto ha logrado una rápida expansión y que tiene unas grandes potencialidades, pero que debe superar también limitaciones y obstáculos y en cuyo desarrollo el sector universitario puede jugar un importante papel.

### **Cuadro No. 3 SECTORES COMPROMETIDOS CON LA SALUD ESCOLAR**



- sector educativo
- sector salud
- sector medio ambiente
- sector cultura (recreación y deporte)
- sector desarrollo económico y social
- sector trabajo y seguridad social
- gobierno municipal
- sociedad civil
- sector privado

#### ***3.2.3. Concepto y desarrollo de un instrumento de diagnóstico rápido<sup>66</sup>***

Los programas de salud escolar pueden influir en los estudiantes en lo que respecta a la formación de conocimientos y al desarrollo de su habilidad para promover y cuidar de la salud y para prevenir las prácticas y factores que la ponen en riesgo. Con esos fines, la OPS ha establecido acuerdos y convenios con instituciones académicas y de investigación, como los CDC y el EDC de los Estados Unidos, así como con organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en el campo de la salud y la educación. Las acciones planificadas comprenden el desarrollo de actividades y la producción de materiales para difundir y promover el intercambio de conocimientos y experiencias; la organización de talleres y cursos de capacitación para maestros y la publicación y distribución de

materiales educativos dirigidos a estos y a los alumnos; y el diseño y la validación de instrumentos que permitan reconocer los hábitos y prácticas que ponen en peligro la salud de los estudiantes y realizar el análisis rápido, la supervisión y la evaluación de los programas para promover la salud escolar. Actualmente en Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, El Salvador y México se están llevando a cabo actividades para poner a prueba los procesos de investigación sobre formación de recursos humanos y de diagnóstico y análisis rápido (DAR).

El proceso de DAR permitirá evaluar la capacidad de cada país para poner en marcha y evaluar los programas de salud escolar. Esta metodología busca proporcionar una herramienta rápida y útil para la toma de decisiones; información sobre las políticas y normas de salud escolar vigentes, junto con sus virtudes y defectos; y mecanismos de coordinación entre los sectores de la salud y la educación. El DAR se desarrolló a partir de la década de 1970 como instrumento para la toma de decisiones en la formulación de políticas y la planificación de programas, especialmente de nutrición y atención primaria de salud, y fue ampliamente utilizado en África, la India y América Latina; no obstante, este método aún no se ha aplicado al área de programas de salud escolar. El método de DAR, que proporciona información cuantitativa y cualitativa para la revisión y análisis de un programa en un plazo promedio de 2 meses, surgió como respuesta a la necesidad de los gobiernos de tomar decisiones, formular políticas y diseñar programas sobre la base del conocimiento de las conductas individuales y sociales de los beneficiarios. Dicho método también incluye la recopilación de datos de fuentes secundarias, observaciones y entrevistas con informantes clave y discusiones con grupos focales formados por los líderes oficiales y

---

<sup>66</sup> Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(3), 1997

oficiosos de la comunidad. Será útil contar con un proceso de DAR aplicable a la organización de los sectores de la educación y la salud al determinar las acciones necesarias para fortalecer la iniciativa de la salud escolar.

*a) Desarrollo y prueba del instrumento*

Inicialmente se establecerá el interés de las autoridades nacionales en fortalecer la promoción de la salud escolar y organizar las comisiones mixtas y el equipo intersectorial que participarán en la elaboración de los instrumentos para el taller de capacitación y la prueba piloto del DAR. Posteriormente, esta y el taller se llevarán a cabo mediante la recolección simultánea de información de fuentes secundarias. Después se realizará el proceso del DAR mediante entrevistas no estructuradas con informantes clave, grupos focales, personal de salud escolar de los niveles nacional y regional, administradores, maestros y estudiantes de escuelas seleccionadas, madres y padres y miembros de la comunidad.

*b) Fuentes de información para el diagnóstico y análisis rápido*

En el sector educativo, las fuentes de información más adecuadas son los formuladores de políticas, normas, planes y programas educativos, así como los funcionarios dedicados a las áreas de diseño curricular, formación y capacitación de maestros y evaluación del rendimiento escolar. En cuanto al sector de la salud, las mejores fuentes de información son los individuos responsables de las áreas de salud y nutrición, salud maternoinfantil y salud de los adolescentes y escolares. También puede recurrirse a los representantes de centros formadores de maestros, las asociaciones de padres y las ONG involucradas en la atención de la salud de niños y adolescentes. En su fase inicial, el diagnóstico deberá centrarse en el análisis de ambos sectores en los niveles nacional y provincial. Posteriormente, se deberá analizar la



capacidad municipal y local para organizar y llevar a cabo programas de salud escolar.

*c) Áreas de investigación sobre el diagnóstico y análisis rápido*

Para elaborar las guías de los grupos focales y las entrevistas con las autoridades nacionales, provinciales, municipales y locales se deberá incluir información sobre la salud escolar, así como información adicional derivada de los indicadores sociales.

### ***3.2.4. El desafío de Colombia frente a los escolares***

Problemática del escolar:

- Dificil acceso a la escuela
- Condiciones de salud
- Mal Nutricion
- Limitaciones Sensoriales
- Actividad Sexual Precoz
- Exposicion a la Violencia
- Facil Acceso al Consumo De Sustancias Psicoactivas, Alcohol Y Tabaco
- Insercion Laboral Precoz
- Exposicion a Ambientes Inseguros
- Reclusion en las Carceles
- Inequidad en el acceso a servicios publicos

En Colombia la situación de los escolares dista mucho de lo deseado en cuanto a condiciones favorables para, la salud, el aprendizaje y la calidad de vida. Aún cuando la mortalidad y la morbilidad en este grupo poblacional no son muy altas, si existen condiciones y prácticas de riesgo

que se pueden controlar o eliminar mediante el desarrollo de una estrategia transectorial para promover la oportunidad de vivir sanos y felices.

El ausentismo escolar, la violencia, el trabajo de los menores, la deficiente nutrición, la falta de hábitos saludables, la pérdida de valores para la vida, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas así como las relaciones sexuales precoces y sin protección, así como la inequidad en el acceso a servicios básicos, constituyen factores de riesgo que deterioran la salud de nuestros jóvenes y determinan que no tengan la calidad de vida que les permita el desarrollo de sus propias potencialidades.

Para transformar esta situación se requiere la intervención transectorial y de la sociedad en general sumando competencias, responsabilidades y recursos. Solo mediante un esfuerzo conjunto, sistemático e integrado se podrán adelantar acciones para elevar la calidad de vida de la población escolar. Cuando se definen y comparten valores para vivir, se identifican principios, se adoptan comportamientos, se estarán brindando las condiciones para que la convivencia pacífica forme parte de la cultura de niños, niñas y jóvenes colombianos.

Una educación integral debe orientarse a la formación de la persona en la autoestima, la autonomía, la dignidad humana, la convivencia y la salud. Como proceso debe ser dinámica, dialogal, intencionada y permanente. La educación legitima un espacio formal en la escuela para reflexionar acerca de los hábitos y comportamientos de niños, niñas y jóvenes para construir de manera colectiva mejores formas de relación en una cultura tolerante, creativa, que respete las diferencias y que haga posible la vida y el amor.

La salud mental de la familia está íntimamente relacionada con la violencia intrafamiliar. Los conflictos en las parejas, la desintegración de la unidad familiar, la marginación social, las angustias y las frustraciones que genera la búsqueda del sustento diario, en el contexto de la pobreza, hacen que se pierda el sentido de la protección que se debe a los niños.

En América Latina, la mayoría de los escolares se encuentran concentrados en las ciudades (en Colombia cerca del 71% de los menores en edad escolar habita en el área urbana), factor que ha llevado a que las condiciones sociales y las redes de apoyo se vean afectadas por todo lo que implica la urbanización:

- Un mundo contemporáneo que ofrece inmensas oportunidades, acompañadas de riesgos de proporciones sin precedentes, por la rapidez en que las personas, las ideas y las imágenes se desplazan de una cultura a otra, En Colombia por el desplazamiento de campesinos afectados por la violencia que engrosan diariamente los cinturones de miseria de las grandes ciudades.
- Un incremento vertiginoso de la tecnología que cambia las aspiraciones, al estar en contacto con la información y las ideas que pueden ser valiosas aún cuando a menudo estén acompañadas de modelos negativos de comportamiento humano o que corresponden a los más vulnerables.
- Una creciente asimetría entre quienes poseen riquezas y quienes no la poseen, y que coloca a los segundos en una situación cada vez más desventajosa e inequitativa.
- Un desplazamiento del control económico desde el sector público hacia el sector privado, que acentúa un modelo de sociedad cada

vez más competitivo y que significa por consiguiente una amenaza de los valores tradicionales.

- Un continuo y acelerado aumento de la población en regiones con menor capacidad para responder a los nuevos retos, que reduce las oportunidades de educación y empleo de los jóvenes y amenaza el medio ambiente en que éstos viven.

Factores que pasan a ser una amenaza no solo para los escolares sino también para los adultos quienes observan como su sistema de valores se desintegra, su autoridad disminuye y sus conocimientos son considerados obsoletos.

En el aspecto nutricional, es sabido que la salud y la nutrición de los escolares influyen directamente en su formación, su asistencia a la escuela y su rendimiento académico. Una investigación efectuada por el ICBF y Coldeportes estima que el 20% de los menores que inician la etapa de crecimiento rápido, en la edad prepuberal, antes de la adolescencia se desnutren cuando presentan problemas asociados con el parasitismo y la anemia. Los problemas de la desnutrición del escolar y la deficiencia específica de hierro en los niños hasta los 15 años de edad son considerados como problemas nutricionales de alta prioridad que requieren ser tenidos en cuenta para el desarrollo de programas de salud y nutrición. Así mismo el estudio sobre "Situación nutricional y hábitos alimentarios de los escolares de Santa Fe de Bogotá", realizado por Lucia Castro de Navarro refleja que los escolares tienen:

- Hábitos alimentarios adecuados en lo referente al consumo de leche y derivados, huevos, leguminosas, tubérculos y plátano.

en contraste con:

- Un bajo consumo de frutas, verduras y carnes rojas
- Y un alto consumo de alimentos de bajo valor nutricional

Debido a factores como la publicidad, las creencias y costumbres culturales en la formación de hábitos de salud, la falta de educación nutricional con respecto a loncheras adecuadas, manejo inadecuado de dinero por parte del escolar para la compra de sus alimentos y la venta de productos de bajo valor nutricional en las cafeterías escolares.

En cuanto a la actividad sexual precoz, la población en Colombia inicia su actividad sexual:

- El 54.0 % entre los 11 y los 18 años.
- El 29.0% entre los 16 y los 18 años.
- El 24.1% entre los 11 y los 15 años.

La mayor parte de estos menores son hombres.

Debido a que en muchos casos esas relaciones no son planificadas ni se realizan con protección, con frecuencia los jóvenes son los más expuestos al contagio de enfermedades de transmisión sexual y a los embarazos prematuros no deseados.

Con relación a la exposición a la violencia, las distintas formas de violencia que vive el país traen consecuencias que, son difíciles de cuantificar en los diferentes campos del bienestar y el desarrollo.

El Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, realizado en 1993, encontró que en el 4.3% de las familias, los niños son maltratados físicamente, en el 9.7% maltratados verbalmente y en el 0.8 % son objeto de abuso sexual.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia revela que la mayoría (98%) de las mujeres que tienen hijos cree que la violencia afecta a los hijos, el:

- 73% dice que les produce trastornos psicológicos,
- 37% que los lleva a asumir una actitud agresiva,
- 14% que les ocasiona problemas de aprendizaje,
- 10% que les produce una actitud de pasividad,
- 6% dice que los lleva a huir del hogar y
- 2.5% que pierden el respeto a sus padres.

El resto menciona que los vuelve temerosos y los enferma de los nervios o les causa otros problemas de salud, que los lleva a problemas de alcoholismo y droga, o que el mal ejemplo hace que ellos mismos repitan actos de violencia.

En la misma investigación las mujeres que han tenido hijos dicen:

- que no los castigan el 17%
- que los reprenden, aconsejan o dialogan con ellos el 44%,
- que les prohíben algo que les gusta el 24%,
- que los golpean el 38%
- y el resto, que utilizan castigos de tipo cruel, como dejarlos encerrados, arrodillados, amarrarlos de una cama, bañarlos con agua helada, pellizcarlos.

El maltrato físico a los hijos es más común en la zona rural. Entre menor es la educación y mayor el número de hijos, más alta es la proporción de padres que golpean a los hijos. Entre mayor sea la educación, mayor la proporción de los que castigan a los hijos privándolos de algo que les gusta.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses registró a nivel nacional en 1996, 34 homicidios y 8.214 víctimas de maltrato a la niñez; de ellos entre 5 y 14 años el 58%, en un 45% fueron lesionados por el padre, 22% por la madre, 12% por el padrastro y 21% por otra persona encargada del cuidado. El maltrato afecta mas a las niñas (53%) que a los niños (47%) . La mayor tasa de maltrato se registra en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, fechas relacionadas con la entrega de informes académicos.

En 1996 también reportó este Instituto 10.847 dictámenes que representan una tasa de 27 delitos por 100.000 habitantes. El 34% se concentró en el grupo de 10 a 14 años seguido por el grupo de 5 a 9 años con un 24%. En el 75% de los casos el agresor era una persona conocida por la víctima.

Durante 1997 realizó 58.044 dictámenes por violencia intrafamiliar, de los cuales, el 16 % (9.279) corresponde a maltrato a menores.

La violencia sexual es otra forma frecuente que padecen las niñas y niños menores de 18 años. Este tipo de violencia es más de tipo urbano y se incrementa cuando disminuye el nivel educativo.

Un gran número de menores en edad escolar en Colombia debe afrontar las consecuencias de la violencia. Se estimó que para 1996 la violencia había desplazado 165.815 hogares con cerca de 850.000 personas que incluyen 250.000 menores de 12 años.

El 85% de estos menores en el primer trimestre de 1997 no recibía ningún tipo de educación y el 15% restante presenta una tendencia al abandono escolar.

Crítica es la situación de las muertes de menores entre 5 y 14 años producidas a causa de *homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otras personas*. Representan el 20.3% En el grupo de 15 a 19 años los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona representan un 54.40%.

El Fácil acceso al consumo de sustancias psicoactivas (consumo de psicofármacos, alcohol y cigarrillo) se ha generalizado y se inicia cada vez a más temprana edad. Del mismo modo, las distintas formas de violencia afectan considerablemente a esta población. La edad del consumo se inicia entre los 12 a 15 años (15.2%), las mayores frecuencias se encuentran en los estratos más altos.

*Marihuana* Es la droga psicoactiva que presenta mayor prevalencia de consumo en Colombia. La edad de inicio del consumo ha descendido en 1995 del grupo 16 a 19 años al grupo de 11 a 13 años. La prevalencia es mayor en el nivel urbano.

*Inhalantes* especialmente pegantes, son populares entre los 6 a 12 años en no escolarizados.

*Alcohol* El 72% de los menores de 12 años confiesa haber tomado alguna vez algún tipo de bebida alcohólica.

*Cigarrillo* Entre los 12 y 17 años el 23% de los varones y el 16% de mujeres inician el consumo. La edad de inicio es de 11.1 años para hombres y 13.8 años para las mujeres. Las principales motivaciones para fumar son la curiosidad, la presión social de los pares y la tensión y angustia.



En cuanto a la inserción laboral precoz, la actividad de los niños y jóvenes trabajadores muchas veces cae en la ilegalidad, la informalidad o el trabajo no remunerado en sus hogares. Generalmente, los oficios del hogar no son incluidos en la definición de trabajo, a pesar de que es ejercido por muchos menores, y especialmente por parte de las niñas que a menudo reemplazan a sus madres en el cuidado de los hermanos más pequeños. Es importante tener en cuenta la dificultad de evaluar la relación causa efecto entre el trabajo y la escolarización. Niños y jóvenes pueden empezar a trabajar porque salen de la escuela a causa de problemas escolares, o pueden salir de la escuela por tener que trabajar.

En la exposición a ambientes inseguros se encuentran las causas más comunes de enfermedad y muerte: los accidentes de tránsito y en el hogar, las enfermedades por causas prevenibles y por problemas de mala nutrición. De 5 a 14 años, la principal causa de muerte son los accidentes, los más generalizados son los accidentes de vehículo de motor, en menor proporción por sumersión, sofocación, cuerpos extraños, caídas accidentales, fuego, envenenamientos accidentales, arma de fuego o material explosivo.

Una de las ventajas de las Escuelas Promotoras de la Salud es la de inculcar el sentido de responsabilidad social en niños, niñas y jóvenes, desarrollando en ellos y ellas la capacidad de resolver conflictos mediante el diálogo y la negociación como factores preventivos de la violencia e instrumentos de convivencia armónica.

Desde el lanzamiento formal de la *Iniciativa Regional* en 1995, las Escuelas Promotoras de la Salud han demostrado el gran potencial que tienen, como *comunidades saludables*, de contribuir al logro de objetivos comunes de distintos sectores sociales. En especial, salud y educación

pueden lograr conjuntamente la adopción de políticas escolares saludables; la creación y mantenimiento de entornos físicos seguros y saludables y culturas escolares armónicas, libres de cualquier forma de violencia o discriminación, equitativas y que faciliten el proceso de enseñanza y aprendizaje; el desarrollo e implementación de currículos de educación para la salud que trasciendan la mera transmisión didáctica de información y fomenten el aprendizaje participativo de las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para vivir una vida saludable y contribuir al cuidado de la salud de las demás personas; el fortalecimiento de la participación social y el respeto de los derechos y libertades fundamentales; y el acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

En estas experiencias el sector universitario, fundamentalmente el de ciencias de la salud, ha tenido una importante participación en el desarrollo de la estrategia y en algunas regiones ha asumido un liderazgo. Tiene también la Universidad la responsabilidad de formar un recurso humano calificado y aportar en actividades de investigación que sirvan de soporte a la misma.

Finalmente, es indispensable incrementar, fortalecer y continuar el proceso evaluativo de la Estrategia Escuelas Saludables en Latinoamérica a partir de retomar las experiencias de evaluación que se han desarrollado hasta el momento, y mejorar la construcción de indicadores de evaluación que permitan un grado de comparación entre los estudios en distintos lugares de la región.

En conclusión, Escuela Saludable no se refiere a un estado final "ideal" en el que todas las cosas son casi perfectas y no existen problemas ni enfermedades. El proceso por el cual una comunidad educativa se

convierte en una Escuela Saludable es continuo. Una escuela comienza a ser saludable en el momento en que los miembros de la comunidad educativa se comprometen a mejorar las condiciones de salud, bienestar y desarrollo integral de todas las personas involucradas.

Para formular y conducir las políticas públicas saludables, así como la ejecución de los planes de salud pública, se requiere de la participación de los sectores públicos y privados, cuyas decisiones tienen efecto sobre la salud. En salud los conceptos de transdisciplinariedad e intersectorialidad tienen plena vigencia, las estrategias de ciudades saludables y escuelas saludables son un ejemplo de ello.

#### **4 MODELO TEORICO DE UN CURRICULO PARA LA EDUCACION COMUNITARIA EN SALUD**

Inicialmente se hará una disertación sobre Currículo y Salud, para luego recorrer las Teorías y Modelos para la Educación Comunitaria en Salud.

En el numeral 4.2 se estará mostrando la Propuesta de un Modelo Teórico para la Educación Comunitaria en Salud.

##### **4.1 Currículo y Salud**

*"La educación y la salud son inseparables, los esfuerzos para mejorar el rendimiento escolar que ignoran el estado de la salud de los niños, están tan equivocados, como las encaminadas a mejorar la salud que desconoce la educación".*

Dentro del Currículo la educación se entiende como una disciplina que permite al individuo estructurar su carácter y personalidad de una manera positiva, que fortalezca la confianza en sí mismo, que pueda resolver las dificultades de la vida, que se sienta parte de un grupo, de una comunidad, de un país, del planeta tierra y el universo, una educación que lo haga útil a la sociedad y no sólo a sí mismo o a sus familiares más cercanos, que lo estimule a ser solidario con quienes se encuentran en desventaja física, emocional, económica, social o ambiental.

En la relación currículo y salud los sistemas de educación formal y de comunicación social, son los principales actores en los procesos de transformación, no sólo de los comportamientos individuales, sino de transformaciones colectivas, a partir de la información, educación y comunicación sobre los determinantes de la salud, definidos como el rango de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de individuos y poblaciones.

En la comprensión del concepto de Currículo es pertinente dar sentido a los siguientes planteamientos:

- Como captar el imaginario colectivo de una comunidad para organizarlo y reorganizarlo en un currículo emancipatorio?
- Qué dimensiones hay que tener en cuenta para darle flexibilidad a un currículo que se adapte a las transformaciones científico – tecnológicas y culturales del momento?

Entonces el currículo debe contener “nuevos procesos de reclasificación y reorganización de nuestro pensamiento y de nuestra memoria, tanto a nivel de habilidades cognitivas como de comunicación. Por ello los

programas de investigación centrados en el análisis de los sujetos en currículo, se caracterizan por el estudio de los procesos y las formas interpretativas que estos tienen frente al currículo, es decir las lógicas y traducciones de sentidos que realizan los estudiantes, los padres de familia, los profesores (Erickson, 1989); Goetz y LeCompte, 1988). Desde una perspectiva sociológica, se considera que el currículo legitima los intereses de la cultura dominante, y que el profesor (académico) ejerce el poder frente a los alumnos (comunidades) y a los procesos, según las tesis de Bordieu y de Foucault y del movimiento inglés llamado nueva sociología de la educación (Brenstein, Eggleston). En este sentido el currículo comprensivo se convierte en “un proceso de búsqueda, de negociación de valoración, de crecimiento y de confrontación entre la cultura universal y la cultura de la cotidianidad y de la socialización entre la cultura de la dominación y la cultura dominada (Magendzo, 86).

En 1997 Magendzo explora el concepto de modernidad en relación con el currículo y la educación. Propone como alternativa innovadora el “proyecto de la modernización de la educación para la acción comunicativa” en la que se concibe el desarrollo económico como desarrollo humano, poniendo el énfasis no en los mecanismos de control sino en las redes de la acción comunicativa (Habermas). Se trata, en últimas, de crear currículos centrados en la comunicación, en el consenso y en la solidaridad. El currículo pues, se constituye en una mediación entre el mundo de la vida y el mundo representado por textos. En el currículo convive una tensión entre cambio y estabilidad. Esta tensión puede tomar muchas formas, algunas de las cuales pueden ser: en el medio de la comunicación, el lenguaje formalmente estructurado e institucionalizado en discursos; en el medio del poder (Vida social y política y toma de decisiones), relaciones sociales formalizadas e

institucionalizadas en organizaciones y en el medio de la producción y de la vida cotidiana, la acción formalizada e institucionalizada en las practicas. Cuando un sector detenta el poder dentro de una sociedad, utiliza ese poder no sólo para mantener las diferencias, sino también para imponer una concepción del mundo, una determinada cultura, unas costumbres, unas creencias que entran a convivir con la cultura tradicional de las comunidades.

En esta cultura tradicional, el mundo simbólico y las representaciones pueden obedecer a relaciones sociales que se entretajan o a imposiciones que se perpetúan a través de un currículo formal, no formal o informal (institución, empresa, familia, organización). El currículo como mediador, entraría a ser un negociador entre los imaginarios que sobre la salud, la formación, el desarrollo y el futuro tienen las comunidades que participan en determinado proyecto de educación en salud y los avances que en el conocimiento, la ciencia, la técnica, la ética y la estética ha logrado la humanidad. La investigación del currículo parte de estos imaginarios, levanta un mapa de la cultura del grupo social objeto de investigación, y entra a mediar entre estas perspectivas y lo que debería ser el perfeccionamiento individual y social a la luz de las ciencias humanas y sociales.

La reflexión del currículo puede estar orientada entonces, al estudio de: relaciones o contradicciones en relación con la posibilidad de formular currículos democráticos alrededor de problemáticas como la salud, relaciones u oposiciones en el tema de los currículos participativos, las posibilidades de participación de las comunidades en la elaboración del currículo, contradicciones, relaciones y oposiciones entre la reproducción social y cultural y los propósitos de transformación (en el discurso, en los lenguajes, en las organizaciones, en las prácticas de escolarización,

constitución del currículo de acuerdo de los intereses cognitivos y representaciones de la cultura (Universal, regional, local, institucional) en el currículo.

## **4.2 Teorías y Modelos de Educacion para la Salud**

La aplicación de este marco estratégico general en que se apoya la promoción de la salud en el contexto de *escenarios o entornos específicos*, ha servido para guiar el desarrollo de importantes propuestas internacionales de salud pública como las de "*ciudades o municipios saludables*" y "*escuelas saludables o promotoras de la salud*". Conceptualmente la promoción de la salud se nutre de una enorme diversidad de teorías y modelos que tienen fundamento en la investigación científica originada en distintas disciplinas y latitudes, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, con excepciones notables como la investigación en el campo de la *acción participativa* (Fals Borda 1988-91) y la teoría de la *educación participativa* (Freire 1970-74), que se desarrollaron en América Latina. No obstante, resulta claro que se requiere mucha más investigación con el fin de desarrollar teorías, modelos y procesos para las intervenciones en salud en el contexto social, económico y cultural específico de América Latina y el Caribe.

Algunos de los enfoques teóricos más importantes, y su relación con las áreas de promoción de la salud, se presentan a continuación.<sup>67</sup>

### **4.2.1 .Teorías políticas sobre desarrollo comunitario participativo**

---

<sup>67</sup> Cerqueira, MT and G Coe (1996) Communication, Education and Participation: A Framework and Guided Action. Washington, DC: PAHO/WHO (Un published document).

El *empoderamiento* ("empowerment") es un concepto fundamental en la práctica de la organización comunitaria y el desarrollo participativo y se refiere a la capacidad de las personas para tomar decisiones y llevar a cabo acciones, individualmente y en lo colectivo. Implica acceso y control sobre los recursos necesarios. En términos de un *empoderamiento individual*, se refiere a las características psicológicas de autoestima, confianza en sí mismo y buena dosis de control para lograr una meta o interés personal. En términos de un *empoderamiento comunitario*, se refiere a características de organización social, contactos y alianzas entre grupos de presión, influencia en los niveles políticos y de decisión.

#### ***4.2.2. Teorías sobre la modificación del comportamiento***

Tratar de comprender qué determina que una persona quiera o no optar por un estilo de vida saludable ha sido tema de investigación científica de diversas disciplinas. Algunas de las teorías utilizadas con frecuencia para explicar este proceso son las relacionadas con los modelos sobre la *modificación del comportamiento por etapas* y las *teorías de la persuasión*. Las *teorías sobre modificación del comportamiento* sostienen que adoptar comportamientos saludables es un proceso en el que las personas avanzan a lo largo de varias etapas hasta que el nuevo comportamiento llega a formar parte de la vida cotidiana.

Las *teorías y modelos de la persuasión* ofrecen un marco de referencia amplio para la comprensión del comportamiento humano y sus determinantes, han servido como base para la investigación científica en disciplinas relacionadas con las ciencias de la salud y la planificación, implementación y evaluación de actividades de comunicación y educación para la salud.



Dentro de este campo se destacan dos, por su solidez y amplia difusión transcultural. *El Modelo de Creencias en Salud* se formuló en la década de los cincuenta a partir de una experiencia de participación pública en un programa de tamizaje (screening) para la tuberculosis. El análisis de las distintas fuerzas y factores que influyeron en la participación dio origen al desarrollo del modelo, el que se basa en tres factores esenciales:<sup>68</sup>

- La disponibilidad de la persona para considerar cambios en su comportamiento con el fin de evitar la enfermedad o reducir al máximo los riesgos para la salud.
- La presencia e intensidad de fuerzas en el entorno de la persona que impulsan el cambio y lo facilitan.
- Los comportamientos en sí mismos.

La *Teoría del Aprendizaje Social* de Bandura sugiere que las personas se comprometen en la modificación del comportamiento siempre y cuando: Consideren que son competentes para adoptar el nuevo comportamiento, es decir, se perciben a sí mismas como individuos eficientes, puedan identificar problemas e implementar las soluciones necesarias para mejorar la calidad de vida. En gran medida el fundamento teórico de la educación para la salud y la capacitación de los trabajadores de la salud se ha derivado del campo de la educación de adultos. Los modelos más efectivos asumen que una persona bien motivada que está aprendiendo puede beneficiarse de una abundancia de experiencias de vida, y en consecuencia muchos programas enfatizan la importancia de un clima de respeto mutuo, colaboración, reciprocidad, confianza, apoyo, franqueza y autenticidad.

---

<sup>68</sup> Dignnan, MB and PA Carr (1992) Program Planning for Health Education and Promotion. Philadelphia.

A continuación revisaremos siete propuestas de Modelos de Educación para la salud:

#### **4.2.3. Modelo de Creencias de Salud<sup>69</sup>**

Durante la década del 50, bajo la decidida colaboración de Mayhew Derryberry, creador de la división de estudios de la conducta en la oficina de educación para la salud del servicio de salud pública en Estados Unidos de América, cuatro psicólogos sociales del servicio, Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Hugh Leventhal e Irwin Rosenstock, desarrollaron la arquitectura y descripción original del MCS. Por sus experiencias de investigación, estaban orientados filosóficamente a la construcción de teoría y no sólo a la solución de problemas prácticos.

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco.

En un esfuerzo por explicar el fracaso masivo de participación de las personas en programas para prevenir o detectar enfermedades, este modelo psicosocial para explicar comportamientos relacionados con la salud: el modelo de creencias en la salud, ha sido el más sistemáticamente usado y citado para explicar acciones de prevención de enfermedades, respuestas a síntomas y a enfermedades, así como otros diversos patrones comportamentales con efectos en salud.

Hace décadas se reconoce que un marco teórico sólido ofrece la base requerida para la práctica exitosa de cualquier actividad humana. Hoy hay evidencia suficiente que indica que el uso de sólidas bases teóricas y de modelos conceptuales, técnicos u operativos es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud. En prevención, educación y promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación de teorías y modelos desarrollados en las más diversas disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales. Especialmente relevantes son los aportes teórico-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales, lo que ha determinado la dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud. Las creencias en salud reiteradamente aparecen como antecedente, eje o aporte de la mayoría de las propuestas descritas en la literatura. Entre las propuestas teóricas más usadas para predecir cambios en los comportamientos en salud están la de creencias, la teoría sociocognitiva, de acción razonada y comportamiento planeado, el transteórico de etapas de cambio y de locus de control en salud.

---

<sup>69</sup> Cabrera A Gustavo. Tascón G Jorge. Lucumí C Diego. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 91-101

Han transcurrido cerca de cincuenta años desde la formulación de las bases conceptuales del MCS, considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud. El comportamiento en salud y en enfermedad se han conocido históricamente como la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática. El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos. El modelo se construyó a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas teóricas directamente referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, ampliamente dominantes durante los primeros cincuenta años del siglo XX. El MCS relacionó por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud. Se consolidó con la aplicación de diversas variables en investigaciones formuladas ante problemas reales experimentados por la sociedad norteamericana. Así fue como el soporte teórico-conceptual y la arquitectura básica del MCS se desarrollaron simultáneamente gracias a la solución de problemas y a la práctica de la salud pública.

La más temprana caracterización del MCS, en la que sus conceptos fueron presentados a partir de las abstracciones teóricas fundamentales, se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es *susceptible* de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una *severidad* moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser *benéfico* al reducir la susceptibilidad o su severidad, superando o representando mayor importancia que las *barreras* psicológicas acerca de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad. La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. Los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de *amenaza percibida* como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Los constructos denominados *factores modificantes* (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad) fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico. Otras variables o constructos teóricos potenciales fueron descartados por la dificultad de aplicarlos, aunque otros —como el de autoeficacia— fueron asimilados y validados a lo largo del tiempo, de tal modo que desembocaron en la formulación de modelos y teorías específicas. El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción.

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa, la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud. Así podemos resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas: la creencia o percepción, de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, la creencia o percepción, de que uno es vulnerable a ese problema la creencia o percepción, de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar

situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico. Como elemento predisponente, el MCS puede tener una utilidad en la prevención, máxime si se complementa con otros de reforzamiento y capacitación, tres componentes que favorecen el cambio de comportamiento:

*a. Percepción de importancia*

Algo que puede, o podrá, curarse no supone un grave riesgo y, por tanto, no merece una gran consideración preventiva ("si esto no es grave, no hago nada para evitarlo"). En otras palabras, la percepción de la gravedad del proceso tiene relación con el subsecuente comportamiento. Intervenciones educativo/informativas enfocadas en aspectos relacionados con la evolución de la epidemia y el lento progreso de los tratamientos pueden aclarar ideas y equívocos que pudieran favorecer conductas de riesgo.

*b. Percepción de susceptibilidad o riesgo*

La percepción de riesgo al que uno se expone o ha estado expuesto puede suponer otro factor condicionante del comportamiento. Dicha percepción puede estar relacionada con la idea que uno tiene de su pareja y de lo que significa fidelidad o monogamia; de la edad; de la tendencia sexual; de la autoimagen; de factores culturales, educativos e intelectuales; elementos

todos ellos que pueden ser identificados y adecuadamente abordados en intervenciones educativo /informativo bien planificadas.

*c. Percepción de costo-beneficio*

Además de la percepción de gravedad y riesgo, el individuo debe creer también que es capaz de conseguir ciertos cambios o modificaciones de conducta, y que dicha iniciativa le producirá beneficios mayores que los posibles inconvenientes o perjuicios derivados del esfuerzo a realizar para alcanzarlos. Dado que en ciertos grupos de nuestra sociedad actual el beneficio de no seguir un comportamiento de riesgo pudiera ser visto como anormal e incluso producir críticas que lleven a la discriminación o marginación, la percepción de un positivo costo beneficio puede resultar dificultosa en determinadas circunstancias. Esto puede resultar especialmente cierto en jóvenes adolescentes, donde el temor a la presión del grupo puede ser un importante condicionante de ciertos comportamientos. Por ejemplo, seguir un programa de actividad física y alimentación adecuada puede producir una pérdida de grasa corporal que refuerce la iniciativa tomada a través de la propia percepción del individuo o de los comentarios positivos de las personas a su alrededor. Aunque este tercer elemento podría ser más complicado de introducir en una intervención basada más bien en el aspecto cognitivo, no hay duda que puede también abordarse mediante actividades y estrategias complementarias dentro del mismo esquema del Modelo de Creencias de Salud (MCS).

Por otra parte, conseguir un cambio de conducta es siempre difícil, incluso bajo las mejores condiciones. Es por ello que necesitamos diseñar intervenciones que incorporen el máximo de recursos disponibles con el fin de facilitar la consecución de los objetivos establecidos y en ello, el



MCS supone un arma estratégica que, adaptada a las particulares características de la población diana, puede resultar de gran ayuda a los educadores y promotores de salud.

De hecho y aunque se acusa al MCS de plantear relaciones de causalidad, sin embargo como bien señalan Touzard y Cols, puede igualmente plantearse que los procesos cognitivos no sean tanto determinantes como consecuencias de los comportamientos. No obstante, estos autores postulan un modelo teórico que retoma variables del MCS además de añadir otras no contempladas en esta perspectiva como es el concepto de *locus de control*.

Aunque el objetivo final es conseguir una determinada conducta, ciertos modelos teóricos que incorporan componentes cognitivo-perceptivos, podrían resultar de gran utilidad en la consecución de ese objetivo ya que cierta cantidad de información, aunque no suficiente para mantenerlos, sí ha mostrado ser un importante elemento predisponente para la iniciación de cambios conductuales. El Modelo de Creencias de Salud (MCS) como herramienta educativa en intervenciones preventivas defiende la utilización de teorías cognitivo-sociales en educación de salud.

#### **4.2.4. El Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein**

Fishbein y Ajzen (1975), han desarrollado una teoría general del comportamiento, que integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. Estos autores entienden al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, por lo que ha sido llamada Teoría de la Acción Razonada. Proponen un modelo (Fishbein y Ajzen, 1975, 1988) para entender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos. La teoría permite

mostrar cómo esta información puede ser empleada para el desarrollo de programas educativos o de otro tipo cuyo objetivo sea determinado en términos específicos.

Para estos autores (1967, 1973, 1980) las actitudes hacia un comportamiento determinado son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta en cuestión. Sostienen que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no realizar dicho comportamiento. Esta intención estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y otro que es reflejo de la influencia social, la cual se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no realizar un determinado comportamiento (norma subjetiva). Los autores destacan también que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una actitud positiva hacia su ejecución y cuando creen que es importante lo que los otros piensan acerca de lo que él debe realizar.

Fishbein (1988), otorga un papel significativo a los grupos de referencia, ya que considera la identificación con los referentes como uno de los primeros pasos de la aplicación de su modelo. De acuerdo con la teoría, cuando se han identificado la conducta, las actitudes y la norma, el mayor predictor de ellas es la intención correspondiente de la persona para realizar un comportamiento, en términos de acción, objeto, contexto y tiempo.

Según su teoría, la conducta de las personas está condicionada por su intención. Para entender una conducta primero hay que saber cual es la intención de las personas, si desean o no hacerlo. Y la intención es en una

especie de balance entre dos cosas. Por un lado, nuestra actitud, es decir, lo que creemos que debemos hacer. Y por otro lado, lo que los autores llaman la Norma Subjetiva, que es algo parecido a lo que se podría llamar "la presión del grupo", esto es, la percepción que tenemos de lo que los otros piensan que nosotros debemos hacer. En síntesis, la Teoría de Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer y la percepción que tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer.

El Modelo de la acción razonada fue utilizado por *Telma Ríos Condado y Eva Vargas Tentori*<sup>70</sup> en una muestra de 388 estudiantes, mujeres y hombres con un promedio de edad de 17 años. Se consideró como variable dependiente la intención conductual de los sujetos. Ésta se estudió a través de tres criterios conductuales: (1) Participar en campañas, (2) Evitar el consumo de productos que dañan la salud y el medio ambiente, y (3) Acciones para llevar una vida sana. Para el tratamiento de los datos, se empleó el procedimiento tradicional planteado por los autores del modelo (Fishbein y Ajzen. 1975, 1988, 1990). Se aplicó un cuestionario con un formato de diferencial semántico. Se utilizó un análisis de regresión múltiple para predecir la importancia de cada uno de los componentes del modelo de manera independiente.

Los análisis mostraron que en la intención de los jóvenes, las actitudes son el componente más importante, diferenciándose inclusive en otras dimensiones que explican detalladamente la dirección de las mismas, por ejemplo, "participar en campañas...". La actitud se compone de dos

---

<sup>70</sup>Ríos Condado Telma y Tentori Vargas Eva La acción razonada, valores y medio ambiente. Telma Ríos Condado: Dirección de Orientación Educativa de la UNAM y Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública.  
Eva Vargas Tentori: Dirección de Orientación Educativa de la Unam y Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM

factores: necesario y agradable. En "evitar el consumo..."; existe favorabilidad hacia el cambio de hábitos de consumo. En la actitud para "llevar una vida sana", se identificaron dos factores, uno que implica la responsabilidad y otro lo benéfico de estas acciones.

Otro aspecto significativo, lo constituyó la relación entre las creencias de tipo normativo y la motivación para complacer a otros. Con ello se resalta que las consideraciones normativas son más importantes para los jóvenes, particularmente con respecto a la familia.

Es importante señalar que el componente norma subjetiva obtuvo bajas puntuaciones con respecto a los otros componentes, lo cual permitiría corroborar que durante este periodo de la vida el joven se resiste a las imposiciones de los adultos.

Se propone una metodología de trabajo grupal empleando el psicoarte como técnica didáctica para propiciar un cambio en valores y actitudes que contribuyan a una nueva cultura ambiental, en el entendido de que con esta técnica se pretende una transformación en cuanto a la producción de conocimientos, el cambio en los vínculos sociales, el desarrollo de la personalidad y el de los valores.

De acuerdo con los objetivos de esta técnica (Vargas, 1996), se busca que el estudiante desarrolle su conocimiento a través de la investigación de las temáticas propuestas, con la intención de que reflexione y logre hacer aportaciones que le sean significativas a él y al grupo. Se pretende el desarrollo de la personalidad y de los valores, en especial a partir de la conquista del deseo y del lugar de cada participante como sujeto deseante.

Esto exige un trabajo a nivel de conciencia reflexiva, que se logra mediante el esfuerzo, el interés, la curiosidad y el compromiso, elaborando un conocimiento vivencial, racional y teórico que se conecte con la historia de cada sujeto, con su presente y su devenir. Despertar de la conciencia reflexiva para construir un proyecto de vida, despertar las fantasías de logro, su ideal del yo, es decir transitar del narcisismo a la socialización.

El psicoarte apunta a la transformación a partir de la producción del conocimiento. Concibe a la educación como un agente de cambio, y no sólo como reproductora o transmisora de modelos culturales y sociales. Permite que los docentes den a su palabra un nuevo significado, para que ésta hable de la verdad de la realidad cultural y social.

Los objetivos que persigue el psicoarte son tanto personales como sociales. Para lograrlos se plantea el trabajo en grupos pequeños de lectura compartida, en los cuales se vierten dudas, confusiones, cuestionamientos, reflexiones. Después se organizan grupos de expertos (ocho personas), con el fin de arribar a reflexiones colectivas y conclusiones así como al planteamiento de propuestas o alternativas. Posteriormente se intercambia el conocimiento entre los grupos (plenaria), y se realiza un análisis crítico y compartido de la temática que se aborda. Finalmente se lleva a cabo una dramatización o puesta en escena, cuyo propósito es la articulación entre lo teórico-cognitivo y lo afectivo-emocional, a través del cuerpo.

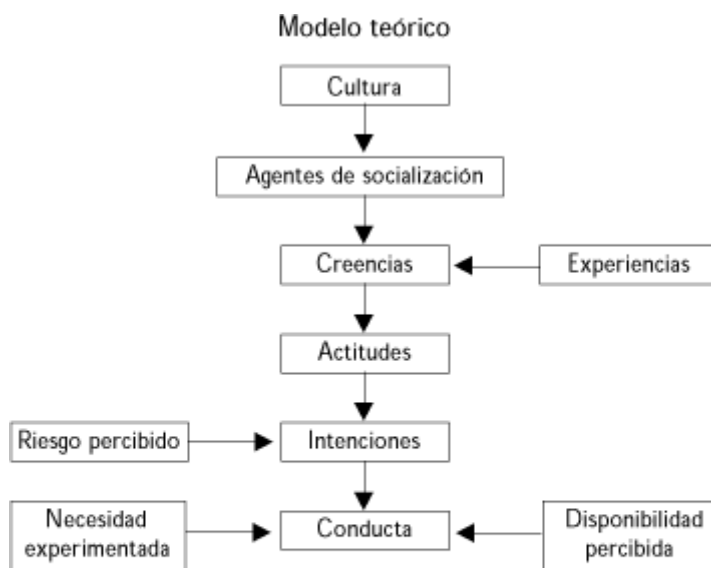
En Conclusión la Teoría de la Acción Razonada puede ser utilizada para entender las actitudes hacia la problemática ambiental y algunas conductas contaminantes. Asimismo, la información obtenida podrá ser usada en el desarrollo de programas educativos, cuyo objetivo sea

cambiar las intenciones conductuales de los estudiantes en relación a determinados criterios conductuales y/o conductas específicas.

Con el empleo del psicoarte se pretende transformar las actitudes, los valores y por consiguiente las conductas de los sujetos, por lo que se plantea como una alternativa de trabajo. Para el diseño de actividades será importante, considerar a la familia, la escuela y al grupo de amigos, pues representan una fuente de estabilidad emocional para el adolescente. Las nuevas actitudes no siempre conducen a nuevas formas de comportamiento si éstas no se canalizan hacia acciones específicas. El psicoarte facilita la sensibilización y la toma de conciencia de los sujetos y los grupos en diferentes niveles, permitiendo una reflexión interna y mas duradera en cada uno de los sujetos.

En otro estudio sobre Enfermedad Mental se consideró como base un marco conceptual, desarrollado por Fishbein y Ajzen, que plantea que las actitudes están integradas por tres componentes, uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo, que corresponden a las creencias, actitudes e intenciones conductuales, respectivamente. Bajo este marco se propone la existencia de una cadena causal en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta específica; éstas dependen de las actitudes y a su vez son función de las creencias sobresalientes.

**Cuadro No. 4 MODELO TEORICO BASICO PARA EXPLICAR LA CONDUCTA EN RELACION CON LA ENFERMEDAD MENTAL.**



**FIGURA 1. MODELO TEÓRICO BÁSICO PARA EXPLICAR LA CONDUCTA EN RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD MENTAL. MÉXICO, D.F., MÉXICO, 1996**

**4.2.5. El Modelo Precede - Procede<sup>71</sup>.**

Modelo Precede-Procede es un modelo de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. El sistemático proceso de planeación intenta empoderar a los

individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas comunitarios. El modelo de Green-Kreuter (1991) PRECEDE - PROCEDE ha sido ampliamente usado en programas de promoción de la salud.

El *Modelo Precede-Procede* <sup>72</sup> se ha usado exitosamente en programas de promoción de la salud y educación para la salud en el ámbito escolar, dando énfasis al desarrollo de habilidades y destrezas de escolares. Toma en cuenta los factores determinantes de la salud y sirve de guía en la planificación de programas e intervenciones de promoción de la salud y educación para la salud, facilitando la planificación, implementación y evaluación integral de programas, así como el desarrollo de políticas y legislación. El modelo enfatiza que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr cambios de conductas.

El Modelo Precede-Procede enfatiza las ideas básicas de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores, y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado. El modelo tiene siete etapas, las cinco primeras de diagnóstico y las restantes de ejecución y evaluación, no necesariamente secuenciales: 1) Diagnóstico social de las necesidades, deseos y percepciones de los adolescentes; 2) Diagnóstico epidemiológico de la situación y los problemas de salud; 3) Diagnóstico de las conductas y el entorno; 4) Diagnóstico de las condicionantes de las conductas. Aquellas que predisponen, refuerzan, facilitan y afectan el

---

<sup>71</sup> Bimbela JL, Gómez C. Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. Rev Psicol Gen Apli 1994; 47(2): 151-157.

<sup>72</sup> Organización Panamericana de la Salud (2002) Plan estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007. Documento CSP26/10. Washington, DC: OPS/OMS.



comportamiento. Ejemplos de: *los factores* predisponentes son los conocimientos, actitudes, creencias, valores y percepciones del adolescente que facilitan o limitan el proceso de cambio. *Los factores reforzadores* son las recompensas y retroalimentación que recibe el adolescente de las personas que lo rodean, una vez adoptada la conducta, (como los pares, familiares, medios de comunicación, profesores, personal de salud, etc.). *Los factores favorecedores* son aquellos que hacen posible o facilitan el cambio deseado, como las habilidades sociales (resistencia a la presión de pares, competencia social, ser una persona decidida, con habilidades de manejo de problemas y estrés), los recursos disponibles (acceso a servicios, leyes, planes y programas) y/o las barreras que pueden favorecer la conducta deseada o limitar la indeseada (legislación, cultura); 5) Diagnóstico del ambiente administrativo y político, que evalúa la capacidad organizacional y administrativa y los recursos disponibles para el desarrollo e implementación de programas, destinados a influenciar los factores determinantes de los cambios de conducta y ambiente esperados. Las fases siguientes son de ejecución y evaluación.

El modelo Precede-Procede ha sido adaptado y aplicado con éxito en programas de promoción de salud de adolescentes en escuelas de USA donde se ha otorgado énfasis al desarrollo de habilidades y destrezas de adolescentes (resistencia a presión de pares, habilidades de competencia social, etc.), a los cambios ambientales (cambios en la estructura organizacional) y a la implementación de políticas y regulaciones (Brink *et al*, 1988; Green, Wang, Deeds, 1978; Sleet, 1987). Este modelo es sumamente práctico, pues varios estudios demuestran que los cambios en el comportamiento perduran mas cuando las personas han participado activamente en estos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso, los individuos toman decisiones

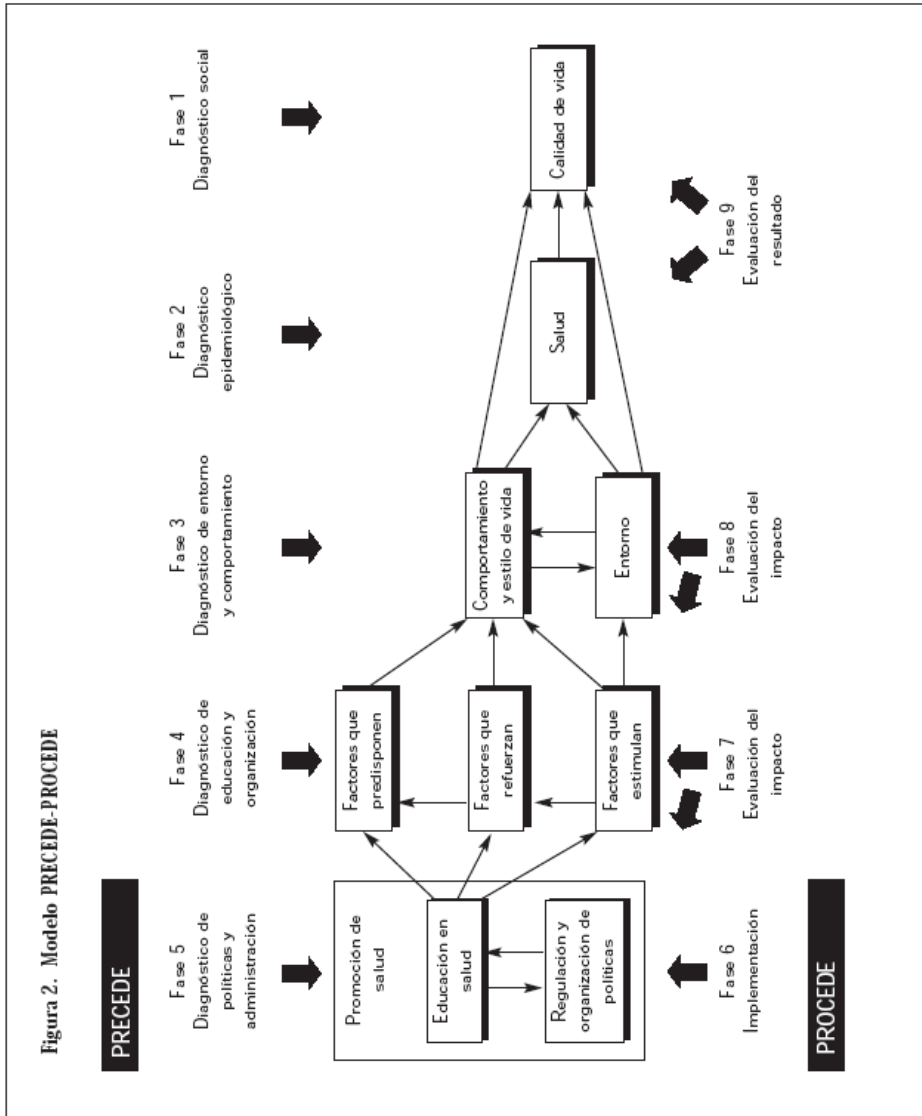
saludables a través del cambio de su comportamiento y a través del cambio de políticas que influyen en sus comportamientos.

El Modelo Precede-Procede enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr la conducta y el cambio de esperado. Este modelo ha sido usado en programas de promoción de salud de adolescentes y considera los factores determinantes de la salud y orienta a los planificadores de programas a identificar estos factores para el diseño de las intervenciones, facilitando la planificación, implementación y evaluación integral de programas, así como el desarrollo de las políticas y legislación.<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas (1998 – 2001) Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O.M.S.

**Cuadro No. 5 EL MODELO PRECEDE - PROCEDE<sup>74</sup>**



<sup>74</sup> Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familia y Población Salud del Adolescente Enero de 1998

#### **4.2.6. Modelo de las 7 Esferas (M7E)<sup>75</sup>**

Fue propuesto por Miguel Costa y Ernesto Lopez en 1986. Este es un modelo conceptual que permite comprender y explicar la genesis, el aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de los niños y adolescentes, saludables o de riesgo, predecir con probabilidad el sentido de sus acciones, ahondar en las raices de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza-aprendizaje de la Educación para la Salud, diseñar las estrategias y las oportunidades para el cambio, y orientar la propuesta en práctica de esas estrategias, identificando los factores que facilitan el cambio, así como aquellos que determinan resistencias al cambio. En su estructura, el M7E, incorpora componentes de la Teoría del Aprendizaje social o teoría sociocognitiva de Bandura, de la Teoría del Conductismo Social de Staats y del Modelo Interconductual de Cantor. En la galaxia del comportamiento, en el universo del entorno, el modelo de la 7 esferas tiene en cuenta los escenarios del entorno: normas, creencias, valores, modelos, medios de comunicación, recursos y redes de apoyo, factores de riesgo, factores de protección y ambiente físico. Dos de las esferas pertenecen al entorno: los indicadores y señales del ambiente como activadores del comportamiento y los resultados y las otras cinco son dimensiones personales: atender y percibir, la dimensión cognitiva, la dimensión de los sentimientos y emociones, la dimensión biológica, y la dimensión actuar. Este modelo ayuda a entender por qué la gente se comporta como lo hace y por qué asume prácticas de riesgo o saludables.

El modelo de las 7 esferas incorpora componentes:

---

<sup>75</sup> Costa, Miguel y Lopez Ernesto. Educación para la Salud. Una Estrategia para cambiar los Estilos de Vida. Ediciones Pirámide. Madrid. 1998

- Teoría del aprendizaje social o teoría socio cognitiva (Bandura 1982, Walters 1974).
- Teoría del conductismo social (Staats 1979).
- Modelo interconductual (Bayés 1980).

*Dimensiones que intervienen en la génesis de cada comportamiento:*

Son esferas que giran en torno a sí mismas acumulando biografía e historia personal y que giran en función de todas las demás, definiendo con ellas las zonas de contacto y de acción recíproca en continuo movimiento. El Modelo de las 7 esferas esta inmerso en el ambiente o entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. El ambiente organizado en factores de protección y factores de riesgo, se conjugan de manera desigual.

En la génesis del comportamiento los 2 niveles de interacción que presenta el modelo de las 7 esferas se entrecruzan.

Primer nivel: □□5 esferas personales.

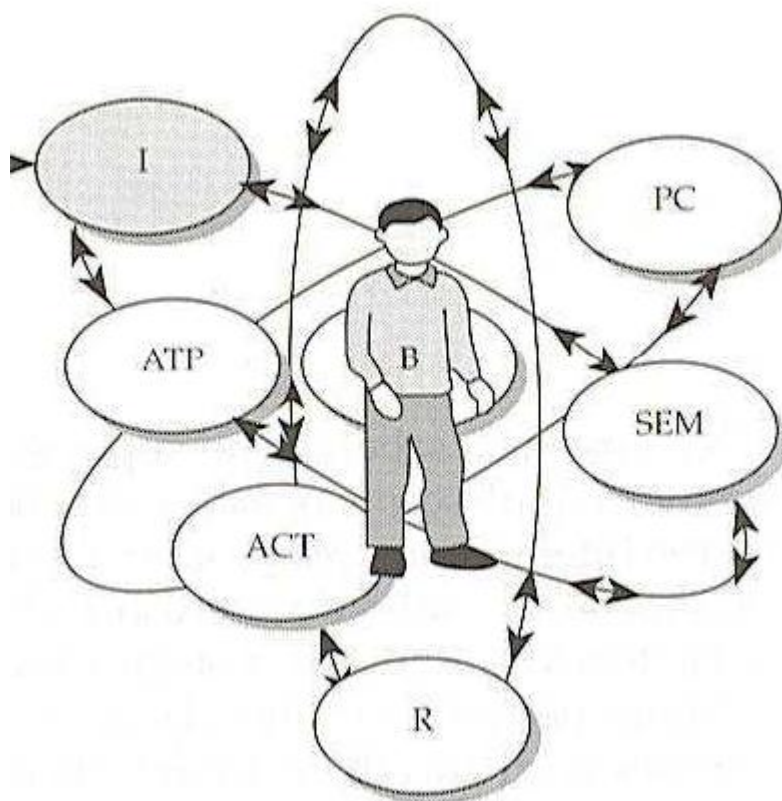
Segundo nivel: □□2 esferas ambientales.

.

*Arquitectura del Modelo*

Las esferas de este modelo son: Indicadores (I), dimensión cognitiva (PC), atención-percepción (ATP), actitudes (ACT), sentimientos (SEM), biología (B), respuestas (R).

**Figura No. 11 ARQUITECTURA DEL MODELO DE LAS 7 ESFERAS**



*INDICADORES-* (Señales discriminativas y anticipadoras, factores de estrés, los modelos, sensaciones síntomas, comportamiento propio, palabras, mensajes, mensajeros).

*ATENCIÓN / PERCEPCIÓN-* (atención percepción selectiva, biográfica y organizadora, el nombre de las cosas, ojos que no ven, autoobservación).

*PENSAR / CONOCER-* (conocimientos, expectativas, objetivos, predicción, creencias, valores, actitudes, evaluación de las fuentes de

estrés, evaluación de la vulnerabilidad personal, evaluación de la eficacia personal, evaluación del control de resultados, autoevaluación y autoimagen, fantasías recuerdos, autoinstrucciones).

*SENSACIONES*- (interés, desinterés, aburrimiento, miedo ansiedad, alegría, tristeza, apatía, excitación y autoestima).

*BIOLÓGICA*-(salud, enfermedad, sexo, edad, energía, fatiga, temperamento).

*ACTUAR*- (rutinas y hábitos, actividad física, habilidades sociales, habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, lenguaje, acciones de riesgo, acciones saludables).

### *RESULTADOS*

□□*Potenciadores*: recompensas, evitación de daños, resultados vicarios, resultados autoadministrados, resultados ilusorios.

□□*Debilitadores*: sanciones y castigos, pérdidas, resultados vicarios, resultados autoadministrados.

La naturaleza multifactorial y multidimensional de los comportamientos y estilos de vida: los sucesos psicológicos o comportamientos no son sucesos simples, son sucesos multifactoriales y multidimensionales. Los comportamientos y estilos de vida no son asuntos exclusivamente individuales e íntimos sino que son sucesos radicalmente ecológicos. Los modelos de las 7 esferas es un modelo fiel de los modelos ecológicos de campo. (Barker 1968).

Los comportamientos nacen, se aprenden se desarrollan cambian, se adaptan, se extinguen, etc. Todas sus dimensiones están íntimamente

ligadas e inmersas en el ambiente o en el entorno de los ecosistemas físicos, geográficos, biológicos, psicológicos y sociales, avidez ecológica por obtener del entorno señales, información esencial, energía, recursos, y respuestas que permitan ir dando sentido a la vida.

El Ambiente o entorno donde se mueven las 7 esferas, da lugar a transacciones que dan origen a los comportamientos y estilos de vida: el ambiente o entorno donde se mueven las 7 esferas tienen lugar las transacciones que dan origen a los comportamientos y estilos de vida.

El modelo de las 7 esferas fue utilizado por la Profesora de la UNED M<sup>a</sup> Carmen Espada Barón,<sup>76</sup> en un modelo de actuación en alumnado Conflictivo, es un modelo que tiene en cuenta todos y cada uno de los factores que generan la conducta disruptiva del menor. El Modelo de las 7 Esferas (Costa, 1996) ofrece una visión completa y clara para conocer todos los factores que influyen en la conducta conflictiva del alumno.

Para llevar a cabo un programa de actuación relevante, debemos basarnos en un modelo teórico consistente, y seguir estos tres pasos:

1º) Analizar factores que favorecen la conducta conflictiva en el menor.

Este

análisis lo llevaremos a cabo a partir del Modelo de las 7 Esferas (Costa, 1996)

2º) Desarrollar el programa de actuación que se llevará a cabo en estos tres ámbitos: familiar, escolar y personal.. El desarrollo de este programa, se centrará en la modificación de agentes externos e internos en los tres ámbitos de desarrollo del alumno.

---

<sup>76</sup> MESA REDONDA: PREVENCIÓN DE CONFLICTOS ESCOLARES



3º) Evaluar los resultados, para conocer los objetivos que se han alcanzado y los que aún necesitan más atención. La evaluación se realizará de manera cualitativa y cuantitativa.

El modelo PIDICE "Organizador de la acción para obtener cambios de una manera planificada". Es un modelo de planificación e intervención derivado del Modelo conceptual de las 7 esferas, propuesto por los mismos autores. La sigla se compone de las iniciales de los procesos más significativos en la planificación: Preparar, Identificar, Diseñar, Cambiar, Evaluar. Este modelo ayuda a rediseñar aquellas variables críticas de modo tal que resulten fáciles los comportamientos y prácticas de salud. Se constituye en una herramienta para la planificación y ejecución de los programas y actividades de la Educación para la Salud, su interés por la planificación surge en la medida en que esta es un método racional de carácter prospectivo y anticipatorio que organiza acciones y recursos para intervenir y lograr objetivos.

#### **4.2.7. Modelo sobre Prevención de Comportamientos de Riesgo**

Da cuenta de divorcios existentes entre las prioridades de salud que tiene la gente y los comportamientos saludables esperados por las instituciones sanitarias; entre el conocimiento que pueda poseer la población sobre un riesgo particular y su conducta concreta. Obliga a repensar los enfoques de capacitación en salud para la población, pues el énfasis que se pone habitualmente en la transmisión y circulación de saberes con la pretensión de forjar conductas en razón del conocimiento mismo, puede traducirse en malversación de esfuerzos. La promoción de la salud obliga a explorar y explicar los desfases y rupturas entre conocimientos, actitudes y prácticas, y a configurar propuestas de acción y capacitación

comunitaria que viabilicen la armonía entre cognición y comportamiento. Prevenir comportamientos de riesgo hace referencia a proposiciones para transformar procederres individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. Las estrategias de prevención, destinadas a individuos y grupos contingentes, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo. Esto, para elaborarlas sobre razones que den cuenta de la complejidad de factores que se entrelazan para determinar conductas perjudiciales para la salud. Además, para construirlas con ilustración suficiente sobre la trama de componentes, individuales y sociales, que contribuyen a configurar los comportamientos de riesgo.

Con frecuencia se combinan causas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, para fijar una conducta particular. Una deficiencia metabólica determinada genéticamente podría, por ejemplo, provocar un comportamiento específico. En otros casos, podrían ser los problemas de personalidad originados en la niñez temprana; la presión social de un grupo como la que puede ejercer una pandilla sobre sus integrantes. El hecho es que, por lo general, un solo factor no da cuenta de un comportamiento nocivo. Los factores biológicos y ambientales interactúan permanentemente, en diferente forma e intensidad, dificultando adscribir a una causa única la etiología de un comportamiento específico. El ejemplo del alcoholismo puede servir como ilustración. Es aceptable suponer que ciertos problemas de personalidad que podrían inducir al alcoholismo, encuentran su origen en la niñez o en algún momento crítico de la vida del individuo, anterior a su iniciación al consumo de licor. Pero, además de las condiciones relacionadas con la personalidad individual, los entornos social y cultural

juegan un papel fundamental en la formación de patrones y hábitos de consumo de alcohol.<sup>77</sup>

La valoración que le otorga la sociedad, la comunidad o el grupo, a placeres reales o figurados asociados con el consumo social de sustancias nocivas, rutiniza su usanza en ambientes colectivos y los convierte en conductas sociales. Estas, una vez asimiladas y legitimadas culturalmente, son envolventes y estimulan y refuerzan actitudes y prácticas individuales. El carácter social de los consumos de alcohol, tabaco y drogas, aviva la reproducción indefinida de comportamientos de riesgo por cuanto socializa consumidores prospectivos y revigora hábitos previamente adquiridos.

Los patrones de alimentación responsables de la obesidad, elevación de lípidos en la sangre, e hipertensión, están fuertemente arraigados en tradiciones y costumbres, o se inspiran en imaginarios sublimados por la propaganda comercial de productos alimenticios. Las pautas de conducta responsables de la transmisión de enfermedades de origen sexual responden en parte a percepciones y estereotipos desprendidos de los referentes culturales que en materia de sexualidad dispone la población. Los comportamientos agresivos que dinamizan las espirales de violencia, encuentran en buena medida su razón en las condiciones sociales, políticas y jurídicas predominantes en las sociedades. Las conductas violentas no pueden explicarse únicamente por la naturaleza humana pues su fundamentación va más allá de las personas tomadas aisladamente. Toda la carga psicológica que alienta comportamientos agresivos se nutre y estalla en ambientes sociales. Por eso, no puede descifrarse la lógica de la violencia con claves individuales ni aislándola de su sociocultura. El empalme de caracteres negativos del individuo y de la sociedad detona la

---

<sup>77</sup> Educación Médica y Salud · Vol. 28, No. 2 (1994)

violencia. Algunas conductas violentas tienen que ver con frustraciones e insatisfacciones que brotan, en comunidades postergadas, al ritmo de las pulsaciones cotidianas por sobrevivir. El hacinamiento, el desempleo, la desnutrición, la falta de oportunidades, los degarres en las estructuras familiares, son fuente permanente de tensiones y conflictos. Aunque no se puede explicar la violencia únicamente en función de la pobreza, es evidente que esta constituye un componente de su etiología. Sin cambios sustantivos en las condiciones de vida en dichos ambientes, promovidos desde la sociedad mayor, es improbable que pueda superarse la violencia. La intensidad de la agresión y su frecuencia dependen en buena medida de la percepción que se tenga sobre la efectividad de la violencia como instrumento para lograr fines concretos. Su instrumentación exitosa la vuelve más frecuente y persistente, expande los comportamientos agresivos y contribuye a hacer de la violencia una cultura que empapa toda la vida social. Las culturas de violencia se manifiestan de diversas maneras en diferentes contextos sociales. La violencia intangible, figurada o simbólica, el maltrato verbal, la imposición de asimetrías en las relaciones sociales y de género, son ejemplos de violencias de común ocurrencia dentro de familias, escuelas y comunidades, con las que se atropellan derechos sin tener que recurrir al concurso de agresiones físicas.

Algunas actitudes contribuyen a la reproducción de la violencia.<sup>78</sup> La indiferencia, la tolerancia y el miedo, ayudan a ocultarla, a que no se le condene y enfrente y a que permanezca encubierta e irresuelta. La dimensión y regularidad de la violencia en algunos países de la Región, al convertirla en algo normal y cotidiano, ha tendido a invisibilizarla y hacer, como lo señala Franco, que la gente la viva en silencio como una fatalidad inevitable. Finalmente, suelen aparecer comportamientos

nocivos en el sector público que refuerzan conductas individuales dañinas para la salud.

Algunos se enmascaran, como la corrupción, que tiene una marcada relación con la violencia; otros, se dan en forma más abierta: la impunidad, la permisividad, y estímulo inclusive, a la adquisición de armas de fuego por la población civil, a los consumos de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, a la transmisión de episodios violentos en los medios de comunicación masiva. El hecho es que los comportamientos individuales que ponen en riesgo la salud, propia o la ajena, son en buena medida producto del ambiente, la cultura, y de condiciones y comportamientos sociales. El componente sociocultural en la etiología de muchos comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud, exige intervenciones variadas sobre conductas y estilos de vida que demandan ser modificados sobre sus determinantes sociales y culturales, y sobre factores que deben ser fortalecidos para cautelar su aparición. En otras palabras, la complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud, invita a pensar en estrategias integrales de prevención y promoción con incidencia potencial sobre su amplia variedad de determinantes, así como también en maniobras que anticipen el surgimiento de conductas nocivas, al reforzar características individuales y sociales que contribuyan a evitarlas. Acciones que, por ejemplo, habiliten a las familias para mejorar la calidad de la comunicación intrafamiliar, para entregar afecto a los hijos, ofrecerles seguridad, enseñarles a manejar sus crisis emocionales y frustraciones y así garantizarles su funcionamiento psicológico adecuado.

Las acciones dirigidas a precaver la formación de hábitos que afecten la salud o la consolidación de estilos de vida que la desfavorezcan, pasan

también por la sensibilización sobre los significados reales de conductas dañinas. En ese proceso caben todas aquellas actividades orientadas a educar y concientizar en los espacios escolares, los debates y discusiones públicas, la transmisión de mensajes a través de los medios de comunicación, así como la creación de oportunidades para analizar y expresar los problemas en forma franca, exponer abiertamente los mitos y mostrar mecanismos que permitan armonizar los impulsos vitales con valores positivos y comportamientos saludables. Las estrategias de promoción de la salud y prevención de comportamientos de riesgo deben incidir sobre la esfera de las políticas y propender por el establecimiento de normas de carácter jurídico, que actúen como barreras contra la formación y expresión de conductas lesivas. Con relación al comercio de licor existen por ejemplo, en algunos países, restricciones que prohíben su venta a menores de edad. En Cali (Colombia) se tiene una demostración del efecto de acciones legales sobre las disminuciones de la mortalidad y morbilidad ocasionadas por accidentes de tránsito. Con el establecimiento de la ley semiseca que sanciona el expendio de licor después de una determinada hora, se logró reducir significativamente el número de accidentes ocasionados por conductores que ingieren alcohol y, por consiguiente, las muertes y lesiones personales de allí derivadas.

Hay casos donde las modificaciones legales se logran por efecto de la acción ciudadana. Un ejemplo lo constituye el esfuerzo de un grupo de personas que empezó en Colombia, durante la segunda mitad de 1992, un proceso de movilización de opinión con el objeto de presionar al Estado para que regule y controle emisiones televisivas que incitan a la agresión y enaltecen valores y conductas violentas para resolver desavenencias y conflictos. Este grupo argumentaba que no es posible mantener los imperativos ineludibles que hacen viable a la sociedad, si se utiliza la extensa influencia de la televisión para promover modelos de conducta

que riñen con la salud y con la vida. Estas acciones de movilización por el fortalecimiento de culturas de convivencia son, sin lugar a dudas, de prevención de daños y promoción de la salud.

#### **4.2.8. Nuevo Modelo Estructural y de Intervención Multidisciplinar desde los Centros Educativos en Educación para la Salud**

La concepción de la salud que defendemos y de la que partimos, es la que actualmente evoluciona hacia la concepción de la salud como una forma de vivir de manera autónoma, satisfactoria, saludable y solidaria. Lo innovador del modelo que presentamos se sitúa en tres niveles diferentes. A nivel de estructura física con la construcción del Aula salud dentro del centro educativo. A nivel de estructura funcional con una nueva distribución de funciones y relaciones derivadas del Aula de salud. Y a nivel de intervención con la propuesta de un nuevo equipo multidisciplinar hasta ahora no contemplado y de todos aquellos programas que la situación social va reclamando.

La educación para la salud es un tema de preocupación educativa, sanitaria e incluso, en los últimos tiempos, también social. La trayectoria hasta nuestros días ha sido compleja. Se puede decir que ha pasado de ser un tema que inicialmente casi no se trataba en los ámbitos escolares a ser un eje transversal y de gran consideración en estos momentos.

Si nos detenemos a observar la evolución que ha seguido desde poco más de mediados del siglo pasado hasta nuestros días el avance tanto en tratamiento como en investigación ha sido realmente considerable. Una de las mayores dificultades que se plantearon a la hora de abordar el tema fue encontrar una base conceptual específica y sólida que se sustentara, a

su vez, en principios pedagógicos consistentes. En aquellos momentos encontrar una consistencia teórica no fue tarea fácil. Sobre todo, porque como afirmaban Rothman y Byrne ya en 1981 no se encontraba una relación directa que demostrara que el cambio en los hábitos de salud se debiera precisamente a la aplicación de programas. La falta pues de esta coherencia teórica en la investigación dio lugar al planteamiento de diversos enfoques entre los que se podrían resaltar<sup>79</sup>:

- *Enfoques persuasivos* que fundamentalmente pretendían la modificación de los comportamientos del individuo y el grupo. Se basaban principalmente en las teorías psicológicas de modificación de conducta sin entrar a estudiar los orígenes o causas de tales conductas. Jiménez, J.R. (1998: 117) considera que incluso la definición que la OMS da en 1969 puede encuadrarse dentro de este tipo de teorías. Aunque este enfoque, parece un tanto superado, al menos en enfoque teórico de investigación, no estamos tan seguros que todavía en la práctica no se sigan empleando, más de lo deseable, estrategias de este tipo.
- *Enfoques informativos* que se centran en favorecer las condiciones de decisión del individuo, en ofrecer la información necesaria para facilitar una opción responsable y las condiciones de adopción de comportamientos, a través de la toma de conciencia de lo que es bueno o malo para la salud individual y colectiva. Centradas en este modelo estarían, por ejemplo, las tendencias defendidas por Berthet (1983), Baric (1983) etc. Fundamentalmente las críticas realizadas a este enfoque versan

---

<sup>79</sup> Jiménez Vicioso, J.R. (1998): La educación para la salud en el currículo educativo. Tesis Doctoral, pp.116 y ss.



en torno a dos planteamientos. Por un lado, a que el simple hecho de recibir conocimientos sobre la salud no implica, necesariamente, la modificación de los estilos de vida saludables. Y por otro, que quizás conceda excesivo protagonismo y dirección a las personas que conocen la salud como sanitarios, docentes, autoridades, relegando a un segundo plano a los sujetos receptores de los mensajes.

- *Enfoques experienciales*, los cuales ponen el acento en la necesidad que tiene el sujeto de experimentar por sí mismo para modificar sus concepciones y conductas acerca de la salud. Los inconvenientes que se formularon fueron que las experiencias por sí solas, sin una adecuada base conceptual e interpretativa, son poco educativas. Así como que la experimentación de algunas conductas y situaciones pueden ser muy nocivas para la salud. Por ejemplo, el consumo de todo tipo de drogas.
- *Enfoque educativo o integral*<sup>80</sup>, basado en la motivación y participación para conseguir un cambio de comportamientos y actitudes. Es un modelo sistémico, fundamentado en el enfoque ecológico de la salud. La educación para la salud debe ser esencialmente liberadora, debe contribuir a despertar en cada uno un sentimiento de responsabilidad sobre su propia salud y sobre la de los demás.

Si bien es cierto que, han existido diferentes enfoques y concepciones sobre la educación para la salud, en esta última década se ha consensuado

---

<sup>80</sup> Este modelo ha sido definido como compatible con los principios que establece la Carta de Ottawa (1986) sobre la Promoción de la salud.

un *enfoque más integrador*. Se ha tratado de superar el papel que tradicionalmente se le ha atribuido a la Educación para la salud, limitado éste fundamentalmente, a cambiar conductas de riesgo de los individuos para convertirse en un instrumento efectivo para el cambio social. Hablamos en estos momentos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de aprendizajes planificados, de experiencias de aprendizaje, de cambios voluntarios del comportamiento, de cambios de comportamientos saludables también de grupos, organizaciones y comunidades. Se habla de que la Educación para la salud es responsabilidad de todos, no solo de determinados profesionales, donde las Instituciones sociales tienen y deben implicarse responsablemente. La promoción de la salud y prevención de la enfermedad depende, en gran medida o en esencia, de la participación activa de una población bien informada.

De la observación de la realidad nos surge la necesidad de plantearnos<sup>81</sup> un nuevo modelo de educación para la salud, o al menos, de motivar una reflexión y una acción estratégica sobre el modelo actual de atención a la salud desde los Centros educativos.

Pensamos que en la actualidad se hace necesario crear y realizar una redefinición de lo que es la educación para la salud y elaborar sus contenidos y estructura desde una perspectiva diferente.

La persona cuando acabe su etapa formativa fundamental debe estar capacitada para ejercer control real y efectivo sobre los determinantes de la salud.

---

<sup>81</sup> Pertenece al Grupo de investigación subvencionado por la Junta de Andalucía HUM-507 de la Universidad de Sevilla. Estamos investigando sobre la asistencia, promoción y prevención de la salud en los Centros de Enseñanza Media.

No debemos ignorar que en los Centros educativos existen una serie de elementos que dificultan el desarrollo de intervenciones de atención, promoción y prevención para la salud, entre ellos, la falta de un modelo de provisión de servicios, etc.

La visión de la salud que defendemos y de la que partimos, es la que actualmente evoluciona hacia *la concepción de la salud como una forma de vivir de manera autónoma, satisfactoria, saludable y solidaria*. En este sentido, consideramos imprescindible unir la acción –cuidados básicos de la salud- y las responsabilidades de diferentes profesionales y ámbitos, en un proyecto educativo-sanitario común para que las personas obtengan, por un lado, asistencia sanitaria en la resolución de sus problemas básicos de salud y por otro, desarrollar estilos de vida saludables. Para ello, pensamos que el ámbito idóneo de desarrollo es el Centro escolar.

Nuestro modelo de intervención plantea igualmente una nueva forma de estructura y concepción en la intervención dirigida hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tanto comunitaria como individual, a la vez que reorientar los programas específicos de Salud pública desde los Centros educativos.

Creemos en la necesidad de que el trabajo de los diferentes profesionales y de los diferentes estamentos relacionados con la Educación para la salud sea unificado en una acción educativo-sanitaria conjunta que se materialice desde el Centro escolar y a lo largo de todo el tiempo formativo del sujeto.

Partimos de la idea de que la escuela es el lugar idóneo para desarrollar de manera efectiva la formación necesaria para la promoción de salud en niños, jóvenes y por extensión, incluso, a sus familiares. Entre otras razones que se podrían argumentar, pero que creemos que están

suficientemente consensuadas,<sup>82</sup> los sujetos emplean un tiempo de permanencia bastante amplio en los centros debido a la forma en como actualmente se distribuyen los tiempos familiares y sociales.

El reconocimiento de la Educación para la salud como transversal en el currículo escolar facilita la intervención, información, sensibilización y adquisición de competencias o acciones saludables. Por otro lado dentro de la comunidad escolar, las instituciones socio-sanitarias pueden y deben tener un papel impulsor y dinamizador de las actuaciones, en lo que en materia de salud se refiere.

El ámbito educativo, permite igualmente, atender tanto los aspectos formativos dirigidos a la salud individual del sujeto como a la salud pública o comunitaria.

Teniendo en cuenta todo lo argumentado anteriormente la propuesta que hacemos es la *creación de un Aula de Salud en los Centros de Enseñanza*<sup>83</sup>.

*Objetivos:*

1.- Llevar a cabo desde los centros educativos un programa de *Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad* a través de la creación de una *Aula de salud* como eje vertebrador de la educación para la salud.

2.- Sentar las bases para un *nuevo modelo* de Prevención y Promoción de la Salud Pública.

---

<sup>82</sup> La etapa escolar es un momento idóneo para la recepción de todo tipo de mensaje educativos; el sujeto es mucho más receptivo a acciones heteroeducativas que en otras etapas de sus vidas; no se han adquirido aún estructuras rígidas.

3.- Establecimiento de las *relaciones internas* del Aula de salud y modelos de participación/intervención.

4.- Establecimiento de las *relaciones externas* del Aula de salud y modelos de participación/intervención.

5.- Optimización de los *recursos y rentabilidad* de las actuaciones-intervenciones referidas a la educación para la salud.

6.- Concienciación de los diferentes agentes educativos institucionales y personal sanitario sobre la *importancia y necesidad* de la implantación del nuevo modelo de prevención y promoción de la salud en los centros educativos.

7.- Definición de los *núcleos temáticos* que conformarán el contenido de educación para la salud a través de la exploración previa de las necesidades que manifiesta la población a la que va dirigida.

#### *Estructura:*

En primer lugar, esto significaría la creación de un espacio físico dentro de los Centros donde ubicaríamos el Aula de Salud y desde el cual trabajaríamos un equipo multidisciplinar.

Este espacio físico se conformaría de la siguiente manera:

- Como *Unidad asistencial* de atención de todos aquellos problemas básicos de salud que pudieran plantearse en el Centro, tanto de alumnado como de todos los miembros que conforman la comunidad educativa. Desde la atención a heridas, situaciones

---

<sup>83</sup> Actualmente estamos intentando que las Instituciones políticas, concretamente la Junta de Andalucía, se impliquen y nos ayuden a llevar a cabo el proyecto piloto.

de urgencia o emergencia (mareos, desvanecimientos, paro cardiaco (R.C.P. básica)), hasta el seguimiento de tratamientos específicos que necesiten dichos miembros (diabetes, hipertensión, etc.).

- Como *Unidad formativa* coordinación de los distintos programas de salud que se abran en el centro.
- Como *Unidad multidisciplinar* en la que trabajarían coordinadamente un equipo multidisciplinar formado por Enfermero-Psicopedagogo- Tutores y resto de los Docentes. Consideramos imprescindible y necesario este equipo ya que conformarían visiones complementarias y globalizantes tanto desde la perspectiva de la conceptualización de la salud como desde el campo de intervención. Este equipo cubriría perfectamente los objetivos generales que van implícitos en nuestro modelo: *atención, promoción y prevención de la salud desde una perspectiva integral: salud física, psicológica, emocional y social.*

El Enfermero y el Psicopedagogo, actuando desde sus diferentes roles se conforma como eje coordinador de los ámbitos descritos en el párrafo anterior desde dentro de la propia institución escolar.

- Como *Unidad coordinadora*. Desde esta unidad se establecerían toda la relación de relaciones tanto internas como externas al centro. Se establecería y coordinaría las relaciones internas, es decir, el trabajo conjunto de los distintos profesionales y componentes de la comunidad educativa del centro y las relaciones externas, establecimiento de relaciones tanto con el

barrio donde está integrado el Centro escolar como con las diferentes Instituciones y Estamentos sociales.

- Como *Unidad investigadora* dentro del propio Centro escolar.

Los aspectos más significativos de este nuevo modelo que proponemos se centrarían fundamentalmente a nivel de estructura y a nivel de intervención.

A nivel de estructura física con la construcción del Aula de salud que hemos detallado. A nivel de estructura funcional con las características que hemos descrito del Aula de salud. Y a nivel de intervención con la propuesta de un nuevo equipo multidisciplinar hasta ahora no contemplado. Inclusión de la figura del Enfermero y de todos aquellos programas que la situación social va reclamando.

Todas las intervenciones a favor de la salud individual y pública que hasta ahora conocemos en nuestro País, salvo error u omisión por nuestra parte, se vienen realizando en colaboración con las Instituciones sanitarias en los centros educativos pero desde fuera de ellos. No obviamos que esto ha supuesto un gran esfuerzo y un gran avance con respecto a la situación anterior, pero pensamos que necesitamos un nuevo avance que conforme de forma más efectiva acciones formativas que conlleve mejores resultados. Por ejemplo, la Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Sanidad y Consumo viene desarrollando, desde hace ya algunos años, lo que denominan, Mesas de salud municipal o de distrito y Mesas de salud escolar de área. En la Comunidad Andaluza proyectos como “Forma Joven” parecen estar intentando una labor más concreta hacia los Centros de enseñanza. Lo que nosotros proponemos supone *trabajar directamente y atender concretamente todos los aspectos*

*de la Educación para la Salud desde dentro de los propios Centros educativos.*

No hace falta nada más que observar un poco en las noticias que a través de los Medios de Comunicación nos llegan casi diariamente o escuchar las quejas del profesorado en general para darnos cuentas que nuestros niños y nuestra juventud, se dice desde muchos foros, está desorientada, falta de motivación, es violenta, poco respetuosa, etc. No pensamos que a largo plazo estas situaciones se resuelvan con políticas restrictivas sino con una adecuada política educativa. Debemos convencernos que merece la pena invertir en educación pues ello se traduce en invertir en futuro y bienestar social. Como dijo Marco Aurelio “los jóvenes necesitan ser formados: eduquémoslos o padezcámoslos”. Pensamos que ellos son, el futuro de la sociedad pero tenemos que admitir que no son responsables de la situación actual, sino consecuencia directa de los fallos educativos de una sociedad que no les oferta, lo que realmente necesitan para desarrollarse adecuadamente en una sociedad tan compleja como la nuestra.

#### **4.2.9. Enfoque de Habilidades para la Vida para un Desarrollo Saludable de Niños y Adolescentes<sup>84</sup>**

Para el año 2010 habrá más adolescentes (con edades de 10 a 19) viviendo en el mundo que en cualquier época anterior, y una gran proporción vivirá en Latinoamérica y el Caribe (LAC). Esta cohorte de jóvenes puede convertirse en un regalo o en una carga para sus países, dependiendo de la capacidad de los gobiernos, comunidades y familias

---

<sup>84</sup> Organización Panamericana de la Salud . Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.2001



para desarrollar el potencial humano de esta generación. Este documento describe un modelo cuyo objetivo es contribuir en forma efectiva a los programas de habilidades para la vida en el desarrollo saludable de los adolescentes

Una de las propuestas más significativas en relación con Currículo y salud tiene que ver con la *Adquisición de habilidades para una vida saludable*. Este programa se basa en la teoría de aprendizaje social. Esta teoría promueve las oportunidades para procesar y estructurar las experiencias vitales adquiridas, aplicarlas y aprovecharlas en forma activa (Bandura, 1997 [citado en Botvin, 1986]). El método se construye alrededor de la creación de oportunidades para que los jóvenes adquieran habilidades tales como el conocimiento de los medios de comunicación o la capacidad de juicio crítico, que les permitan evitar ser manipulados por influencias externas. Se trata de que los jóvenes puedan reconocer las fuerzas coercitivas de las presiones sociales como las de las campañas bien organizadas de propaganda de tabaco que promueven ciertos patrones de comportamiento que se sabe que son perjudiciales para la salud. El enfoque de adquisición de habilidades para la vida intenta ayudar a los jóvenes a recuperar el control sobre su comportamiento y, al mismo tiempo, tomar decisiones con conocimiento de causa para adquirir patrones de comportamiento y valores positivos; por ejemplo, decidir no fumar. Entre las habilidades que generalmente se enseñan en esos programas se incluyen el autoconocimiento, el control del estrés, la confianza en sí mismo y la capacidad de negociación.

Los currículos basados en esa teoría recalcan el aprendizaje basado en la experiencia y las oportunidades de practicar las nuevas habilidades adquiridas durante la instrucción. Las actividades del programa hacen

participar activamente a los jóvenes por medio de trabajo en grupos pequeños, facilitación a cargo de los pares, técnicas de dramatización, juegos, disertaciones y otras actividades interactivas. Aparte de los beneficios reales de las habilidades para una vida saludable recién adquiridas, este currículo también mejora la relación de los estudiantes con los maestros, el rendimiento académico y las tasas de asistencia a la escuela, a la vez que reduce los problemas de conducta en el aula (WHO, 1998 April).

La Organización Mundial de la Salud promueve los programas escolares de enseñanza de habilidades para la vida para que los jóvenes adquieran la capacidad de elegir modos de vida saludables y un óptimo bienestar físico, social y psicológico. Según la cultura, se hace hincapié en diferentes habilidades específicas. La OMS estima que las siguientes habilidades para la vida son indispensables (Mantilla, 1993):

- *La capacidad de tomar decisiones* ayuda a los estudiantes a evaluar sus posibilidades y a considerar cuidadosamente las diferentes consecuencias de sus elecciones.
- *La capacidad de resolver problemas* ayuda a los estudiantes a buscar soluciones constructivas a sus problemas. Esta habilidad puede reducir mucho la ansiedad.
- *La capacidad de pensar en forma creativa* es indispensable para tomar decisiones y resolver problemas. Permite que los estudiantes exploren todas las alternativas posibles y sus consecuencias. Ayuda a los estudiantes a ver más allá de su experiencia personal.

- *La capacidad de pensar en forma crítica* ayuda a los estudiantes a analizar objetivamente la información disponible junto con sus propias experiencias. Esa capacidad permite que los estudiantes reconozcan los factores que influyen en su comportamiento, como los valores sociales, la influencia de los compañeros y la influencia de los medios de comunicación masiva.
- *La capacidad de comunicarse con eficacia* ayuda a los estudiantes a comunicar a los otros, verbalmente o de otra forma, sus sentimientos, necesidades e ideas.
- *La capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales* ayuda a los estudiantes a interactuar de modo positivo con las personas con quienes se encuentran a diario, especialmente con los familiares.
- *El autoconocimiento* es la capacidad que tienen los estudiantes de saber quiénes son, qué quieren o no quieren y qué les complace o disgusta. También les ayuda a reconocer las situaciones estresantes.
- *La capacidad de experimentar empatía* es la habilidad de una persona para imaginar cómo es la vida de otra persona en una situación muy diferente de la primera. Ayuda a los estudiantes a entender y aceptar la diversidad y mejora las relaciones interpersonales.
- *La capacidad de controlar las emociones* permite que los estudiantes reconozcan sus emociones y la forma en que influyen

en su comportamiento. Es de particular importancia aprender a manejar las emociones difíciles como la violencia y la ira, que pueden tener consecuencias desfavorables para la salud.

- *La capacidad de manejar la tensión y el estrés* es la mera habilidad de los estudiantes de reconocer las circunstancias de la vida que les causan estrés.

Definido en forma amplia, un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria. Las teorías sobre el desarrollo humano y las conductas del adolescente establecen que estas habilidades específicas son componentes esenciales de un desarrollo saludable, y son habilidades que definen a un niño de carácter fuerte. A través de la investigación también se ha encontrado que estas habilidades particulares son mediadores de conducta en la adolescencia. Los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo.

Los programas efectivos ayudan a los jóvenes a desarrollar estas habilidades por medio de métodos de enseñanza interactivos que incluyen actuaciones, discusiones abiertas, ensayo de habilidades y actividades en grupos pequeños. El contenido informativo se incorpora en el programa con base en las tareas personales, sociales y de salud de la adolescencia dentro de una cultura específica. Basándose en el contexto local, un programa de habilidades para la vida puede incluir contenido sobre la amistad, la intimidación, las relaciones sexuales, el control de la ira, las

percepciones acerca del uso de drogas, los métodos de control de la natalidad y la prevención del paludismo. En la investigación se estableció que tanto el desarrollo de habilidades como el contenido informativo son componentes necesarios de los programas efectivos.

Otros aspectos clave son los programas para la adolescencia temprana, enseñar ejemplos de habilidades por medio de pares y la interacción social, la incorporación de solución de problemas interpersonales y el desarrollo de habilidades internas que apoyen conductas externas positivas. Los proveedores de salud deben recibir capacitación en procesos grupales, métodos interactivos de enseñanza y respeto por los adolescentes. Más importante todavía, deben ser percibidos por los adolescentes como modelos a seguir. Los proveedores de salud, consejeros, maestros, padres y líderes entre sus pares pueden cumplir estos requisitos y los programas pueden ser puestos en práctica en una variedad de escenarios, incluyendo clínicas de salud, centros comunitarios, centros juveniles, iglesias y escuelas.

Las habilidades para la vida abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí: Habilidades sociales o interpersonales, incluyendo comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía. Habilidades cognitivas, incluyendo solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación. Habilidades para el control de emociones, incluyendo el estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

¿Por qué usar un enfoque de habilidades para la vida?

Las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones son componentes esenciales para el desarrollo saludable en la niñez y adolescencia, y son necesarios para lograr una transición exitosa de la niñez a la edad adulta.

- Los programas de habilidades para la vida pueden satisfacer en forma específica las necesidades de niños que están creciendo en condiciones desventajosas y que carecen de oportunidades para desarrollar estas habilidades.
- Las habilidades de aptitud social y solución de problemas están dentro de las características que definen a un niño de carácter fuerte.
- Saber controlar las emociones y las relaciones interpersonales es tan importante como el intelecto para lograr éxito en la vida.
- Los programas que se enfocan únicamente en la transferencia de información son menos efectivos en la promoción y prevención de la salud que los programas que incorporan el desarrollo de habilidades.
- Las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones que tratan los programas de habilidades para la vida han demostrado ser mediadoras en las conductas problemáticas.
- Las habilidades para la vida influyen a las múltiples necesidades de salud y desarrollo del adolescente.
- El enfoque de habilidades para la vida ayuda a las escuelas a hacer frente a las múltiples demandas de los planes de programas sobre prevención, al presentar un enfoque integral y unificado para satisfacer muchas necesidades.
- Las habilidades de comunicación, toma de decisiones, pensamiento crítico y de negociación, son necesarias para un desarrollo saludable, y también son habilidades valoradas en el lugar de trabajo.

- Los programas de habilidades para la vida promueven normas sociales positivas que pueden influenciar los servicios de salud del adolescente, las escuelas, el personal escolar y las familias.

### *Resultados de investigaciones*

Los programas de habilidades para la vida pueden:

- Retrasar la edad de inicio del uso del tabaco, el alcohol y la marihuana (Hansen, Johnson, Flay, Graham y Sobel, 1988).
- Prevenir conductas sexuales de alto riesgo (Kirby, 1994; Schinke, Blythe y Gilchrest, 1981).
- Enseñar el control de la ira (Deffenbacher, Oetting, Huff y Thwaites, 1995; Deffenbacher, Lynch, Oetting y Kemper, 1996; Feindler y cols., 1986).
- Prevenir la delincuencia y la conducta criminal (Englander-Golden y cols., 1989).
- Mejorar conductas relacionadas con la salud y la autoestima (Young, Kelley y Denny, 1997).
- Promover el ajuste social positivo (Elias, Gara, Schulyer, Branden-Muller y Sayette, 1991)
- Mejorar el desempeño académico (ibid)
- Prevenir el rechazo de los pares (Mize y Ladd, 1990).

La metodología para desarrollar habilidades es un aspecto crítico de la programación efectiva. La investigación y la teoría muestran que no sólo el enfoque de habilidades para la vida es *más efectivo* por el uso de métodos de enseñanza interactivos, sino que las habilidades aprendidas *a través de* la interacción, el uso de los juegos de *rol*, los debates abiertos, las actividades en grupos pequeños y otras técnicas son parte integrante del enfoque. La investigación ha demostrado que los niños hasta de 5

años pueden participar en el desarrollo de habilidades utilizando estos métodos. Familiarizar a los niños con la comunicación, la negociación y las habilidades para la solución de problemas de forma temprana en su niñez constituye una importante estrategia de prevención (Shure y Spivack, 1979, 1980).

Por medio de módulos interactivos, su programa ofrece a los estudiantes oportunidades de “aprender socialmente” habilidades para resistir la presión de los compañeros y los medios de comunicación con respecto al uso de sustancias como el tabaco. Las habilidades aprendidas en el programa refuerzan en los estudiantes factores de protección tales como la confianza en sí mismos, la autoestima, la autonomía y el autocontrol (Botvin GJ *et al.*, 1995). Los materiales del programa incluyen un manual para el maestro, una guía para el estudiante y un audiocasete de relajación. Los estudiantes trabajan activamente en el proceso educativo por medio de varias técnicas basadas en la experiencia, como grupos de debate y disertaciones ante los compañeros.

En la investigación de Bandura antes mencionada se determinó que las personas aprenden qué hacer y cómo actuar observando a los demás. Y las conductas se refuerzan por las consecuencias positivas o negativas, según las capta el aprendiz (Bandura, 1977b). Además, la retención de conductas puede ser enriquecida por medio de ensayos: “cuando las personas ensayan mentalmente o realmente ejecutan patrones de respuesta modelada, hay menos probabilidades de que los olviden, que cuando ni piensan sobre ellos ni practican lo que han visto” Muchos programas capitalizan con el poder que tienen los pares para influenciar normas sociales y conductas individuales. Al trabajar en colaboración con los pares para promover conductas en favor de la sociedad, la estructura normativa cambia y apoya conductas saludables. Además, puede



aumentar el apego de pares de alto riesgo a estas normas en favor de la sociedad (Wodarski y Feit, 1997, pág. 198). Los grupos de pares se forman naturalmente, y en estas situaciones de grupo los adolescentes pueden experimentar en forma segura con las habilidades recién adquiridas en un ambiente de apoyo positivo, según lo establezca el adulto que provee el programa (Hansen y cols., 1998).

En resumen, los métodos para la adquisición de habilidades involucran el aprendizaje cooperativo, el apoyo de los pares, las oportunidades de ensayo continuas, la retroalimentación exacta, la crítica constructiva y modelado de las habilidades por otros pares y adultos. Algunos de los posibles métodos de adquisición de habilidades, muchos de los cuales no son actividades escandalosas ni bulliciosas, incluyen:

- Juegos de *rol*
- Análisis de situación
- Trabajo en grupo pequeño
- Debates
- Ensayo de uno a uno
- Mapeo de decisiones o árbol de problemas
- Análisis de contenido literario
- Ejercicios de relajación y formación de confianza
- Juegos

**Cuadro No. 6 ANALISIS DE MODELOS EN SALUD**

<b>MODELO</b>	<b>PROPUESTA</b>	<b>DISCUSION</b>
<p><b>1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD</b> Hochbaum Norteamérica 1950</p>	<p>Se basa en tres premisas: la creencia o percepción, de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, de que uno es vulnerable a ese problema, de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.</p>	<p>Este modelo se centra en el sujeto que se informa sobre la gravedad de una enfermedad y su propia susceptibilidad y lo lleva a actuar de manera racional.</p>
<p><b>2. EL MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA</b> Fishbein y Ajzen Mexico 1996</p>	<p>Consideró como base un marco conceptual, que plantea que las actitudes están integradas por tres componentes, uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo, que corresponden a las creencias, actitudes e intenciones conductuales, respectivamente.</p>	<p>Se Enmarca en Los CAP, Conocimientos, Actitudes y Practicas, desde una Cultura de la Salud.</p>

<p><b>3. MODELO PRECEDE-PROCEDE</b> Lawrence Green y Marshall Kreuter adaptado al español por Bimbela 1994</p>	<p>Diseñado para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. El sistemático proceso de planeación intenta empoderar a los individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad y mejorar la calidad de vida</p>	<p>Se resaltan los cambios de comportamiento por <i>voluntad</i> y <i>desicion</i> de la persona.</p>
<p><b>4. MODELO DE LAS 7 ESFERAS (M7E)</b> Miguel Costa y Ernesto Lopez Mexico 1986</p>	<p>Este es un modelo conceptual que permite comprender y explicar la genesis, el aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de los niños y adolescentes, saludables o de riesgo.</p>	<p>Su importancia radica en determinar e incidir sobre los factores que facilitan y resisten el cambio.</p>

<p><b>5. MODELO SOBRE PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO</b></p>	<p>Da cuenta de divorcios existentes entre las prioridades de salud que tiene la gente y los comportamientos saludables esperados por las instituciones sanitarias; entre el conocimiento que pueda poseer la población sobre un riesgo particular y su conducta concreta.</p>	<p>Sus acciones van dirigidas a prevenir la formación de hábitos y estilos de vida que afecten la salud. Sensibiliza sobre los significados reales de conductas dañinas.</p>
<p><b>6. NUEVO MODELO ESTRUCTURAL Y DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR DESDE LOS CENTROS EDUCATIVOS EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b></p> <p>Grupo de investigación de la Universidad de Sevilla subvencionado por la Junta de Andalucía</p>	<p>Presenta tres aspectos relevantes: construcción del aula salud dentro del centro educativo, una nueva distribución de funciones y relaciones derivadas del Aula de salud y un equipo multidisciplinar. Esto facilita la intervención, información, sensibilización y adquisición de competencias o acciones saludables</p>	<p>Lo innovador del modelo son sus estructuras: física, funcional y de intervención y el reconocimiento de la Educación para la salud como transversal en el currículo escolar.</p>
<p><b>7. ENFOQUE DE HABILIDADES PARA</b></p>	<p>Desarrolla habilidades para permitir que los</p>	<p>Su importancia radica en la ayuda</p>

<b>LA VIDA PARA UN DESARROLLO SALUDABLE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES</b>	adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria: 1)habilidades sociales e interpersonales, 2) habilidades cognitivas y 3)habilidades para manejar emociones.	a los jóvenes a recuperar el control sobre su comportamiento y a tomar decisiones con conocimiento de causa para adquirir patrones de comportamiento y valores positivos.
---	--	---

#### **4.2.10 Modelos y Teorías de la Salud y la Comunicación Educativa.**

Desde las teorías de la salud y la comunicación educativa, se pueden observar dos modelos paradigmáticos en los cuales se basan los distintos Programas de Promoción en salud: de difusión y comunicación de innovaciones, en el cual se encuentran: el modelo de las Teorías de la comunicación en salud que comprende el modelo de etapas del cambio, modelo de creencias en salud, modelo de procesamiento de la información por el consumidor, teoría del aprendizaje social, teoría de la difusión de innovaciones, y modelo precede – procede; y el segundo modelo es el crítico, basado en una comprensión económica política, en el cual se encuentra: el modelo de economía política de la comunicación, y el modelo crítico de la comunicación intercultural.

Se entiende por comunicación educativa aquella que:

- a. Tiene como protagonista a los actores implicados.
- b. Refleja las necesidades y demandas de los actores implicados.
- c. Se acerca al contexto sociocultural.
- d. Acompaña al proceso de cambio social.
- e. Ofrece instrumentos para intercambiar información.
- f. Facilita las distintas vías de expresión de los actores, no sólo aquello que responde a los dispositivos diseñados previamente.
- g. Permite la sistematización y devolución de las experiencias.
- h. En general, es consciente de la dimensión económico-política (del Valle Rojas & Cofré Soto, 2009).

Desde esa misma perspectiva, la comunicación en salud también implica un tratamiento intrapersonal, del individuo con el entorno, y del individuo con contenidos masivos, apoyados en la radio, prensa, televisión o internet. Es así como la comunicación en salud es referida “no sólo a la difusión y análisis de la información —actividad comúnmente denominada periodismo científico o periodismo especializado en salud—, sino (...) también a la producción y aplicación de estrategias comunicacionales -masivas y comunitarias- orientadas a la prevención, protección sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables, así como al diseño e implemento de políticas de salud y educación más globales” (Silva Pintos, 2001).

Aún desde lo masivo puede hacerse comunicación educativa, ofreciendo recursos para resolver las propias situaciones. Se trata, por lo tanto, de

una comunicación orientada al aprendizaje. “*La comunicación educativa, a través de los conceptos de pedagogía de la comunicación y mediación pedagógica*”, aporta a:

- a. *Fortalecer la relación con la audiencia*
- b. *Generar materiales pertinentes.*
- c. *Crear espacios de enseñanza y aprendizaje.*
- d. *Lograr un seguimiento del proceso.*
- e. *Fortalecer la memoria cognitiva y organizativa* (Sierra: 2001).

Los mensajes de comunicación a través de los medios audiovisuales, como recurso didáctico y entretenimiento para potenciar actitudes y valores positivos para la salud tienen como premisa básica que la información sea atractiva, clara y capaz de influenciar en los comportamientos, actitudes, aptitudes y hábitos para una salud positiva.

Con base en lo anterior los programas de educación en Salud se apoyan en diferentes estrategias mediáticas como:

- Impresos: revistas (comic, caricatura, fotografía).
- Radio, cine y televisión: películas, jingles y comerciales.
- TIC: multimedia y aplicaciones digitales y web.
- Artes: música, artes plásticas, teatro, marionetas.

Allí cada medio constituye un puente de aprendizaje entre las instituciones y las comunidades, interviniendo para realizar una difusión y análisis de la información aplicando estrategias comunicacionales individuales y comunitarias “*orientadas a la prevención, protección sanitaria y a la promoción de estilos de vida saludables, así como al diseño e implementación de políticas de salud y educación más globales*” (Silva Pintos, V: 2001). Es así como los cambios en los comportamientos de los individuos y las comunidades frente a la adopción de hábitos de

vida saludables constituyen un factor importante para las instituciones prestadoras de servicios de salud, de promoción y educación en salud, y el éxito en la implementación de estrategias de entretenimiento y persuasión, atractivas e interesantes para las comunidades.

Las técnicas audiovisuales implementadas para este tipo de comunicación deben ser lo suficientemente atractivas y cautivadoras de los públicos a los que se desea enfocar la acción, procurándose una interacción constante y moderada en el manejo del mensaje donde no se exceda la capacidad de información que pueda retener la audiencia.

#### **4.2 MODELO PROPUESTO:**

##### **PEDAGOGIA CONCEPTUAL EN SALUD - PECOSA-**

*"Pensar es fácil. Actuar es difícil. Actuar siguiendo el pensamiento propio es lo más difícil del mundo". Goethe*

*"Los hombres esperan la salud de los dioses, ellos no saben que son autores y dueños de su propia salud". Demócrito*

Para el desarrollo de esta propuesta debe considerarse que la sociedad colombiana viene registrando procesos de cambio en el surgimiento de nuevas fuerzas políticas y sociales, en el desarrollo de los medios de comunicación, en las transformaciones del estado y en la modificación de valores sociales y culturales arraigados en nuestra sociedad. Esta dinámica ha estado enmarcada en un contexto mundial donde el cambio



ha venido expresándose en acelerados procesos de internacionalización de las economías y de las culturas.

La multicausalidad de elementos que concurren para configurar comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud exige intervenir sobre las conductas propiamente dichas, sobre sus determinantes sociales y culturales y sobre aquellos factores individuales y sociales que deben ser fortalecidos para evitar su aparición. En esa dirección caben acciones dirigidas a sensibilizar a la población sobre los significados reales de conductas dañinas, a habilitar a las familias y a las escuelas para mejorar la calidad de comunicación y promover valores positivos, o a restringir, mediante acciones legales, la reproducción de eventos o la proliferación de consumos que pongan en riesgo la salud.

Por ello, las intervenciones dirigidas a transformar la conducta individual y colectiva deben lograr orientar los estilos de vida hacia patrones saludables. Sin embargo la calidad de vida, depende también del mejoramiento de las condiciones educativas, nutricionales, de tenencia de vivienda y de servicios básicos. Por ello el autocuidado de la salud que denota unos hábitos de vida saludables, se adquiere solo cuando el individuo modifica su concepción sobre la salud para su calidad de vida.

De acuerdo con el modelo metodológico de la estrategia de intervención con la comunicación social, propuesto por el proyecto de Comunicación en Salud, de la Universidad Católica de Manizales, los estilos de vida que deben modificarse y que se nutren en ambientes sociales y culturales particulares, son también reflejo de conductas fuertemente arraigadas en tradiciones, de comportamientos de riesgo surgidos en los procesos de modernización y urbanización o de hábitos patrocinados y estimulados por grupos sociales específicos o por los mensajes subliminales que, en

los medios de comunicación, promueven consumos de tabaco y alcohol o enaltecen conductas violentas. El desarrollo de conductas saludables encuentra obstáculos en la complejidad de la etiología de los comportamientos de riesgo, por cuanto estos resultan de la combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El comportamiento individual está determinado en buena proporción por las normas culturales prevalentes en la comunidad a las que cada uno de sus miembros procura adaptarse. La modificación de esas normas, o de la percepción individual de las mismas, es crucial para lograr la adopción de conductas saludables.

Los estilos de vida saludables constituyen una de las principales garantías de la salud del individuo y de la comunidad. En las enfermedades más prevalentes, se encuentran las actitudes y comportamientos inadecuados en las llamadas enfermedades de la civilización, en que el exceso en el consumo es la forma de comunicación. Por otra parte, los modos de comportamiento se arraigan si no se toman las medidas adecuadas, basadas en una correcta educación para la salud.

El escolar, en su paso a la juventud, va adquiriendo todas las características de su desarrollo biológico, psicológico y social, con la influencia establecida a través de la comunicación con los demás, con la dimensión fisiológica y conductual. Esto nos lleva a un concepto de salud global en una serie de factores interrelacionados que confluyen en la persona, con su cuerpo y con su espíritu, que piensa y siente, que establece una serie de comunicaciones, que se orienta con su cultura y sus creencias dentro del contexto social en el que se desarrolla. Es necesario, pues, persistir en esta etapa especialmente vulnerable de la vida en aquellos tópicos más importantes que pueden servir para adquirir

modelos de vidas saludables. Las creencias, el entorno familiar y el sociocultural son definitivos para abordar una correcta educación.

En la prevención de riesgos se transmiten conocimientos clínicos, sociológicos, antropológicos, educativos y de la teoría de la comunicación, necesarios en la educación para la salud comunitaria y en la investigación orientada no solo a transmitir el saber, sino a formar el ser y a transformar el sentir. Entre los principios de la educación y promoción de la salud está el hacer participe a la comunidad de una serie de conocimientos que impulsen razonadamente a la acción y a la responsabilidad sobre comportamientos o estilos de vida que pueden afectar la salud.

La educación para la salud debe ser un proceso con intervención participativa en cuanto procede en planes, programas, utilización de recursos y con la evaluación de los resultados logrados traducido en índices de morbimortalidad de la población. Es un proceso educativo que forma al individuo en su aspecto intelectual, emotivo, ético y social. Es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de autocuidado y estilos de vidas saludables, en ambientes adecuados. Los procesos educativos siempre han pretendido ser ilustrativos e informadores para borrar creencias, prácticas y hábitos nocivos, para privilegiar modelos técnicos – academicistas que se asumen como modelos válidos.

Los programas de educación para la salud deben cumplir cambios en medidas biológicas, cambios de conducta, cambios de conocimientos, cambios de actitudes y cambios organizativos y ambientales que influyen en el problema. La educación para la salud también consiste en elaborar mensajes sencillos para su comprensión y acordes al espacio vital y

cotidiano de las comunidades, para que se vean representados, se identifiquen con la situación y sean incorporados a su estilo de vida.

La educación pretende dar una serie de conocimientos, que deben impulsar a la acción, y lograr un proceso de transformación. La elección de conductas saludables se considera un nuevo modelo de salud global, que hace referencia a la persona dotada de un cuerpo y un espíritu que siente, que piensa, que se comunica y se orienta en una cultura y religión de acuerdo con un contexto social. Para ello hace falta saber (conocimientos), ser (formación de la personalidad), y poder (voluntad para elegir bien y renunciar a lo que puede dañar).

El modelo propuesto: Pedagogía Conceptual en Salud PECOSA, asume los dos postulados, Psicologico y Pedagogico del modelo de Pedagogía Conceptual para la educación en salud.

La Pedagogía Conceptual es una teoría educativa original, formulada y desarrollada en Colombia que cuenta hoy con múltiples investigaciones de respaldo. Su autor es el MIGUEL DE ZUBIRIA SAMPER:<sup>85</sup> Dedicado a la investigación científica cuyo propósito ha sido contribuir al crecimiento y fortalecimiento de la educación en Colombia. Creador de Pedagogía Conceptual, teoría pedagógica que en la actualidad se ubica entre las reconocidas como una de las más vanguardistas. La Pedagogía Conceptual adopta una postura psicológica de base. En tanto que orientadores del crecimiento de seres humanos, los modelos pedagógicos tienen que fundamentarse sobre la naturaleza de los seres humanos que educan. Igual que los escultores deben conocer íntimamente la

---

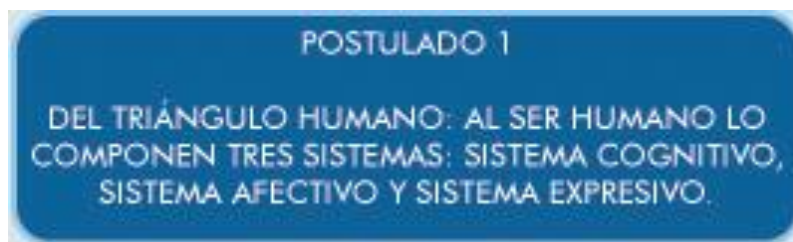
<sup>85</sup> Psicólogo egresado de la Pontificia Universidad Javeriana. Magister Honoris Causa en Desarrollo de la Educación y la Inteligencia, otorgado por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ibarra – Ecuador. Doctorado en Investigación Educativa. Universidad de Sevilla – España (En curso).

composición, dureza, maleabilidad, fragmentabilidad y cocción de los materiales que emplean en sus esculturas. Igual que los programadores de sistemas deben conocer íntimamente la composición, circuitos y procesadores del computador.

En su estructura formal la Pedagogía Conceptual configura una teoría soportada por dos postulados, el primero psicológico, el segundo pedagógico. Postulados que responden a dos preguntas centrales:

***POSTULADO PSICOLOGICO - Triángulo humano: al ser humano lo componen tres sistemas: sistema cognitivo, sistema afectivo y sistema expresivo.***

### **Figura No. 12. POSTULADO 1 – PSICOLOGICO**



1) ¿Qué es lo humano del hombre? Se responde con la subteoría del triángulo humano: Los tres sistemas: el Sistema Cognitivo, el Sistema Afectivo y el Sistema Expresivo arman el rompecabezas de la subjetividad humana. Los seres humanos son sus conocimientos (ideología), sus afectos (axiología), y sus códigos (lenguaje).

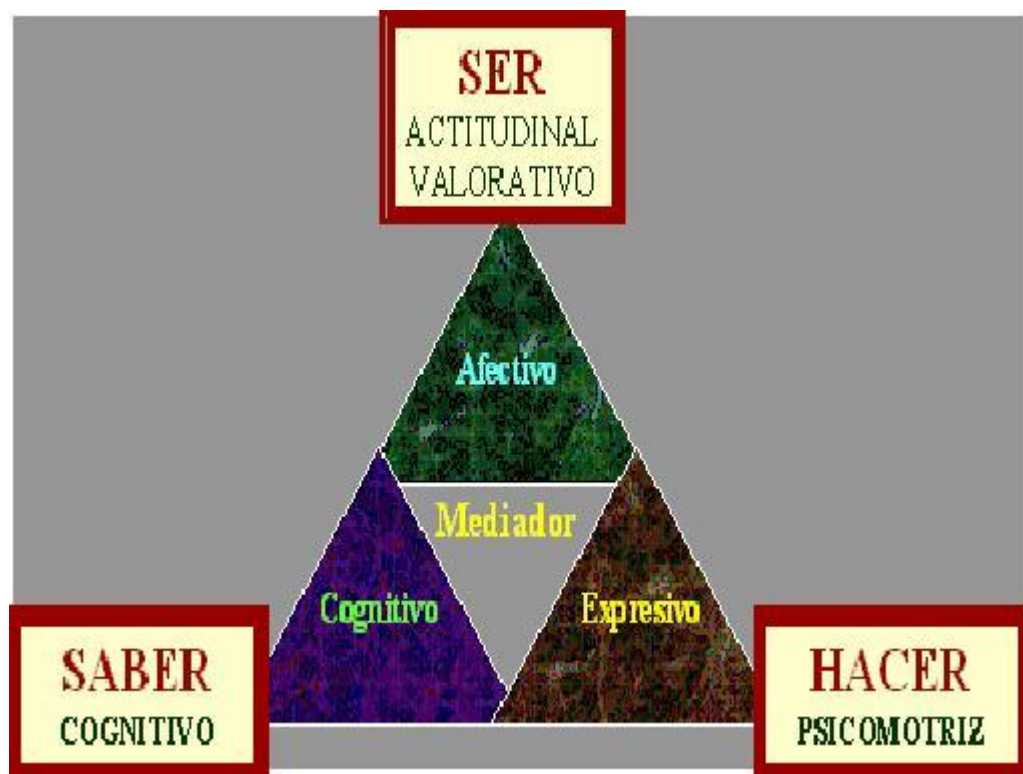
**Figura No. 13. TRIANGULO HUMANO**



**Figura No. 14. ESTRUCTURA DEL SER HUMANO**



**Figura No. 15. TRIANGULO HUMANO**



El Postulado del *Triángulo Humano* afirma que de lo humano del hombre participan tres grandes sistemas: el sistema cognitivo, el sistema valorativo y el sistema expresivo. O de una manera sencilla y metafórica: que la esencia de lo humano del hombre son sus conocimientos, afectos y comportamientos. Dicho de otra manera, el núcleo de la subjetividad humana lo constituyen estos tres sistemas.

Procediendo el hombre de una triple evolución (reptil-primate-humano) es necesario indagar las profundidades de su cerebro. Cerebro que opera a la manera de un registro fósil viviente. En dichas profundidades se encuentra buena parte de la fundamentación que requiere la psicología. (Alexander Luria, Lev Vygostki). En su prolífica obra, el investigador

Alexander Luria da cuenta de los principales mecanismos neuropsicológicos corticales inherentes a las actividades humanas: los procesos psíquicos superiores. En consecuencia, tres sistemas constituyen lo humano del hombre.

**Figura No. 16. SISTEMA MENTALES**



**AL SISTEMA COGNITIVO** lo arman instrumentos de conocimiento, las operaciones intelectuales y sus productos, los conocimientos.

**Figura No. 17. SISTEMA COGNITIVO**



Los instrumentos de conocimiento son inicialmente agrupaciones mentales que nuestros antepasados fabricaron para agrupar las cosas dispares y disímiles que pueblan el mundo, [caballos], [árboles], [agua], [golpear], etc. y a las cuales le asignaron un sonido específico y único: "palabras". Gracias a esos primeros y originales instrumentos de conocimiento aflora la primera forma humana característica de



inteligencia, la inteligencia re-presentativa o simbólica o codificativa (lingüística).

A la par con los instrumentos en vías de invención surgieron en el pasado muy remoto las maneras de emplearlos que hoy denominamos operaciones intelectuales. Pedagogía conceptual ha descubierto dos grupos de dichas primeras operaciones intelectuales básicas: las operaciones psicoobjetuales y las operaciones psicolingüísticas. Las primeras intercambian objetos e imágenes mentales; las lingüísticas intercambian imágenes mentales y palabras.

Cuando un instrumento de conocimiento se aplica bien a un objeto real o a una oración del lenguaje produce un conocimiento.

El sistema cognitivo, pues, vincula a los seres humanos con sus realidades, a la par que con sus congéneres. Con la realidad mediante las operaciones psicoobjetuales, con los demás seres humanos mediante el lenguaje.

**AL SISTEMA AFECTIVO** lo arman instrumentos afectivos o "afectos" sentimientos, actitudes, valores, etc., las operaciones afectivas y sus productos, las valoraciones.

**Figura No. 18. SISTEMA AFECTIVO**



Siguiendo el pensamiento del maestro Jean Piaget, la cognición pone los medios; mientras que la afectividad coloca los fines. Son dos caras de una moneda, se requieren y se necesitan. En tanto fines, la afectividad decide en qué invierte cada persona su existencia. Define sus necesidades, sus anhelos, sus ilusiones, sus motivaciones.

Adicional al conocimiento, frío y objetivo, los instrumentos afectivos o "afectos" hacen corresponder las situaciones y los hechos con la propia personalidad de cada quien. Refieren las situaciones y los hechos a las necesidades, anhelos, ilusiones y motivaciones de cada persona singular.

Un individuo sin instrumentos afectivos o "afectos" podría ser muy inteligente en el sentido frío de la palabra, tener un elevado coeficiente intelectual, según ocurre con el 25% de los niños y jóvenes afectados por autismo, sin embargo ser incapaces de valorar, apreciar, apasionarse, comprometerse.

Similar a lo ocurrido con los instrumentos de conocimiento, los instrumentos afectivos o afectos (sentimientos, actitudes, valores), al ser aplicados a las realidades humanas, producen como resultado las valoraciones.

#### *Evolución del subsistema afectivo*

El Sistema Afectivo atraviesa cinco fases evolutivas secuenciales: a) familiar, b) interpersonal, c) grupal, d) intrapersonal y e) sociogrupal. El tránsito entre uno y otro período está signado siempre por crisis valorativas, por cuanto el niño ingresa en nuevas lógicas sociales. Es válido distinguir tres dimensiones afectivas principales: asociativa, cognitiva e intensificadora yoica (David Ausubel, 1982).

## Figura No. 19. DIMENSIONES AFECTIVAS



A la par con Piaget y Vygostki, David Ausubel es el psicólogo que mayores aportes ha realizado durante el presente siglo a la educación. Sus estudios con el aprehendizaje significativo brindan cimientos cognitivos muy sólidos para apoyar enfoques educativos de vanguardia, como los enfoques constructivistas. Pero a la par que sus contribuciones a la Psicología Cognitiva están sus menos conocidos aportes a la Psicología de los Valores y las Actitudes, resumida fundamentalmente en su tratado: *El desarrollo Infantil. Volumen 2. El desarrollo de la personalidad.*

*Pedagogía Conceptual* propone como propósito fundamental formar hombres y mujeres amorosos, talentosos intelectualmente (analistas simbólicos) y competentes expresivamente. Postula la existencia de tres núcleos valorativos, actitudinales y motivacionales básicos: Los valores cognitivos, los valores asociativos, y los valores yoicos.

Los valores cognitivos orientan a los individuos que los poseen a valorar el saber. Los valores asociativos orientan a los individuos a solidarizarse con sus semejantes. Mientras que los valores yoicos lo hacen en dirección a la propia autovaloración.

Hemos comprobado cómo en el escenario escolar, los valores cognitivos toman la forma de interés por el conocimiento, curiosidad, participación

en clase y persistencia. Los valores asociativos se expresan como empatía, solidaridad, positiva interacción con compañeros así como con adultos. Y los valores yoicos, como autoconcepto, necesidad de logro, status y búsqueda de la autonomía personal.

Idéntico a como acontece con los instrumentos, las operaciones se asocian con cualquier sistema psíquico: cognitivo, valorativo, o psicomotriz. Ocurren, pues, adquisiciones de:

OPERACIONES INTELECTUALES

OPERACIONES AFECTIVAS

OPERACIONES EXPRESIVAS

### **Figura No. 20. OPERACIONES MENTALES**



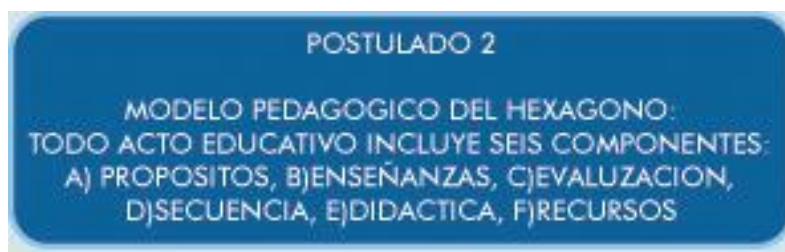
***AL SISTEMA EXPRESIVO*** lo arman los instrumentos expresivos, sus operaciones y los textos orales y escritos.

**Figura No. 21. SISTEMA EXPRESIVO**



Este Postulado básicamente nos indica que el ser humano está compuesto por tres realidades dentro de sus capacidades que se pueden lograr exclusivamente con la mediación de otro ser humano.

**Figura No. 22. POSTULADO 2 - PEDAGOGICO**



2) ¿Cómo humanizar a los futuros hombres y mujeres, a la actual generación? Se responde mediante la subteoría del hexágono, según la cual todo acto educativo requiere definir seis componentes, en un orden secuencial estricto: 1) Los propósitos, 2) Las enseñanzas, 3) La evaluación, 4) La secuencia, 5) Las didácticas y 6) Los recursos complementarios.

El Modelo del Hexágono corresponde a la planeación curricular en pedagogía conceptual:

– ¿Cómo humanizar pedagógicamente a los futuros hombres y mujeres?  
Para la subteoría del hexágono todo acto educativo está compuesto por seis componentes en su orden: 1) Los propósitos, 2) Las enseñanzas, 3) La evaluación, 4) La secuencia, 5) Las didácticas y 6) Los recursos complementarios.

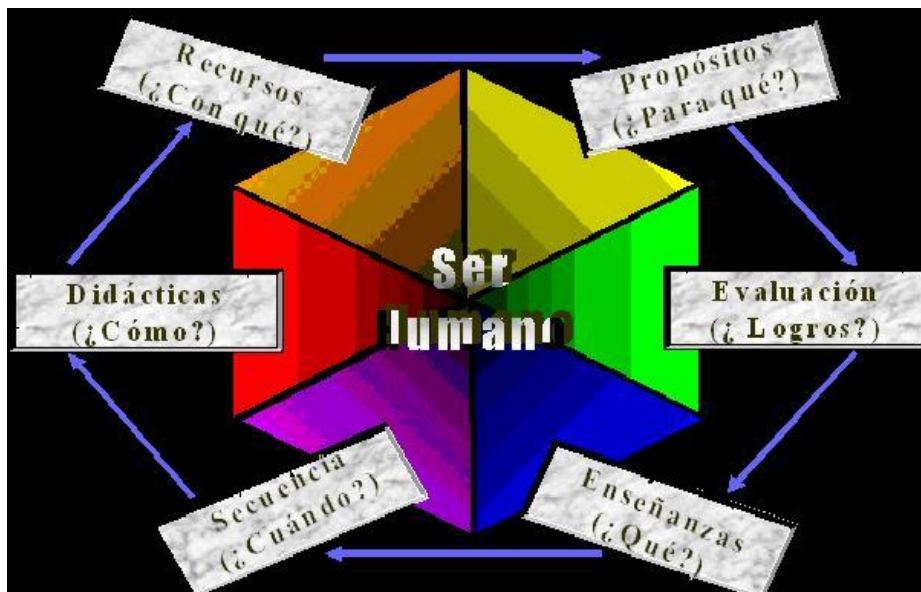
## **EL HEXÁGONO CURRICULAR**

El compromiso talentoso y afectivo de todo docente o mediador será tornarse en un experto al planear el currículo, ya que de esta manera impulsa el progreso de hombres y mujeres en sus diversas etapas evolutivas, para dotar a cada quien con los saberes, valores y las destrezas propias de su especie: *el aprendizaje humano*.

El primer ejercicio que debe de realizar un docente para autoevaluarse es responder las preguntas del hexágono, las mismas que constituyen los parámetros del modelo pedagógico. Y cada componente esta muy relacionado con lo Afectivo, expresivo y cognitivo del Ser Humano

Las respuestas a estas preguntas deben guardar coherencia lógica, de tal manera que de acuerdo a lo que pretendemos alcanzar (propósitos) preparemos los contenidos, métodos, etc. El orden en que se trabajen las preguntas y respuestas es fundamental, ya que la secuencia de cada una de ellas permitirá observar el desarrollo progresivo de lo que produzca el modelo.

Figura No. 23. HEXAGONO CURRICULAR



La Finalidad de una escuela orientada hacia el aprehendizaje y la inteligencia reside en formar intelectualmente tanto a los alumnos como a los profesores: ninguna institución escolar puede ir más allá de donde lleguen sus docentes. Primero y antes que cualquier otra meta re-formar intelectualmente a sus profesores. Este es un asunto que muchas escuelas omiten. Consideran que la cuestión es modificar el cómo enseñar, por eso los cursos de capacitación se orientan sobre la didáctica. Los cambios que espera la naciente sociedad del conocimiento desbordan la cuestión secundaria de las metodologías Formar intelectualmente a los estudiantes precisa enfatizar y privilegiar enseñar Instrumentos de Conocimiento y estimular las Operaciones Intelectuales; por sobre la enseñanza de informaciones específicas, datos, fechas, nombres, longitudes, batallas.

*Las enseñanzas.* Los propósitos reales se encarnan y existen curricularmente en potenciales aprehendizajes que deben enseñarse a los estudiantes. Una virtud de los Mentefactos es que precisan

curricularmente los aprehendizajes, los QUÉ enseñar. Los Mentefactos convierten Qués de papel en Qués reales. Similar a como ayudan los planos al arquitecto, las radiografías al médico, el plan de siembra al campesino.

Corresponde a la *evaluación* definir y precisar los logros que deben alcanzar los alumnos en una lección, capítulo, unidad, o curso completo. En correspondencia con las tres fases propuestas para la Didáctica General es conveniente distinguir y diferenciar tres y solo tres tipos de evaluación:

- a) Evaluacion Contextual
- b) Evaluacion Basica
- c) Evaluacion Avanzada (de dominio)

*Secuencia.* Se propone siempre un orden invariable al enseñar: uno y único. Dado por el orden genético en que se escalonan los sucesivos instrumentos de conocimiento y sus operaciones intelectuales. En cualquier caso al elaborar un Currículo es necesario respetar la secuencia evolutiva natural: Nociones, Propositiones, Conceptos, Precategorías y Categorías.

Al enseñar conceptos comenzar siempre por las proposiciones que lo arman. Al enseñar categorías comenzar siempre activando los respectivos conceptos, luego las operaciones formales requeridas.

*Didactica.* Sea cual fuere la didáctica elegida para enseñar un instrumento de conocimiento, parece conveniente prever tres fases secuenciales: a) comprensión, b) adquisición \_aplicación y c) profundización y transferencia. Durante la segunda fase (adquisición \_ aplicación) se somete al nuevo instrumento a resolver problemas, acertijos a situaciones



significativas concordantes con las edades particulares de los aprendices: si un instrumento no permite aplicaciones, no es un instrumento. Concluida la fase de adquisición garantiza un dominio adecuado. Sin embargo, en ocasiones a juicio del profesor o del plan de estudios institucional algunos instrumentos deben llevarse a nivel de dominio y/o profundización. Bien por parte de todos o sólo de algunos estudiantes.

*Los Recursos Didácticos* apoyan y facilitan en gran medida el proceso de enseñar-aprender. Muy especialmente durante las fases de comprensión y adquisición- aplicación. Buena parte de las proposiciones resultan abstractas para los estudiantes; muchísimo más abstractos los conceptos. He ahí la conveniencia de soportar las proposiciones con ilustraciones, láminas, dibujos o esquemas. Se facilita el tránsito entre lo concreto (la imagen) y lo abstracto (la proposición).

La propuesta de un Currículo para la Educación Comunitaria en Salud, basado en los postulados Psicológico y Pedagógico de la Pedagogía Conceptual, tiene en cuenta *desde el postulado Psicológico*, los tres sistemas:

Sistema Cognitivo: conocimientos (ideología)

Sistema Afectivo: afectos (axiología),

Sistema Expresivo. códigos (lenguaje).

***1. Sistema Cognitivo: Que se necesita saber.*** Esta relacionado con todos los conocimientos académicos y populares, mitos, información, riesgos, causas, consecuencias, sobre aspectos relacionados con la salud.

**2. Sistema Afectivo: Conciencia de los riesgos.** Responde nuestros sentimientos de aceptación, miedo, culpabilidad, vergüenza, placer, a nuestras emociones y sensibilidad ante los hechos de la realidad en salud.

**3. Sistema Expresivo: Apropiación de nuevos lenguajes.** Los humanos nos expresamos con nuestros lenguajes, actitudes, acciones, reacciones, hábitos, costumbres y prácticas cotidianas.

Estos tres Sistemas corresponden a la forma de pensar, sentir y actuar que tenemos todos los seres humanos. A todo estímulo o experiencia vivida respondemos de acuerdo a nuestros presaberes, emociones y acciones.

Por ello en toda práctica educativa o acto pedagógico, debemos impactar intencionalmente estos tres sistemas cerebrales para que el mensaje en educación en salud sea comprendido, tenga significado para el sujeto y transforme su conducta.

Desde el postulado Pedagógico los seis componentes:

**1. Los propósitos: Apropiar proyecto de vida.** Los Objetivos de la Educación en Salud deben ajustarse a los sujetos, a su cultura, a sus intereses, a sus necesidades, a sus requerimientos para que los fines de la educación para la salud puedan lograrse. Estos propósitos deben ser concertados previamente entre los educadores en salud y la comunidad.

**2. Las enseñanzas: Vida con bienestar.** Uso de metodologías educativas formales y no-formales sobre los siguientes tópicos:

- Habilidades para la vida

- Autocuidado de la Salud
- Estilos de Vida Saludables
- Paz y Convivencia
- Salud Mental
- Sustancias Psicoactivas: Fármacos, Alcohol, Cigarrillo
- Salud Sexual y Reproductiva
- Alimentación y Nutrición
- Actividad Física
- Medio Ambiente
- Utilización del Tiempo Libre
- Higiene personal
- Prevención de accidentes
- Salud oral
- Salud Auditiva
- Salud Visual
- Cancer
- Enfermedades Cardiovasculares

**3. La evaluación: Aprender a decidir.** *Transferencia a su vida cotidiana*

- Empoderamiento de su autocuidado en salud
- Motivación permanente por la adopción de hábitos adecuados en salud.
- Afirmación de valores como el respeto, la pertenencia, la solidaridad, la convivencia, la autoestima y la identidad.

**4. La secuencia: Paso a Paso.** La educación para la salud como estrategias de educación formal y no formal realizada en las comunidades, debe generar cambios en conocimientos, actitudes y

prácticas cuando se desarrollan como proceso- secuencial de actividades con un propósito definido - y no como evento.

### **5. Las didácticas:**

- Las actividades de educación para la salud involucrarán el uso de métodos y estrategias de aprendizaje participativo e interactivo entre pares *niño a niño o joven a joven, que* estimulan a los estudiantes para que asuman un papel activo en la promoción y protección de la salud y para influenciar normas sociales y conductas individuales. Esto se realiza a través de grupos de discusión y análisis de casos, juego de roles, análisis de videos y películas, análisis de música y canciones, análisis de mensajes, programas y propagandas emitidos por los medios de comunicación, ensayo de habilidades en contextos simulados y reales, tertulias, trabajo en grupos aulicos a través del aprendizaje cooperativo.

### **6. Los recursos complementarios: el espacio escolar con nuevos entornos**

*Modelo Metodológico de la Estrategia de Intervención con la Comunicación Social, adoptado por el Ministerio de Salud, resultado de una investigación realizada por el Centro de Comunicación en Salud de la Universidad Católica de Manizales.*<sup>86</sup>

La estrategia de intervención es el punto de partida para hacer reales las acciones de IEC (Información, Educación y Comunicación) que integran Conocimientos, Actitudes y Prácticas - CAP. Para ello se elaborará un

perfil psicográfico del grupo con el fin identificar los elementos necesarios en la elaboración de la propuesta de comunicación y proponer el tipo de material publicitario y los medios de comunicación pertinentes con el estilo de vida para canalizar los mensajes preventivos y así lograr una máxima efectividad.

La comunicación social utiliza una amplia gama de medios: radio, prensa, televisión, periódicos murales, cine, cartillas, carteles, entre otros, integrados dentro de un medio de comunicación grupal como son los Talleres Educativos. Partiendo de los principios básicos de la comunicación, se utilizarán medios dependiendo de su origen como son: orales, visuales, audiovisuales y escritos.

La aceptación del mensaje o la adopción de un comportamiento por la persona depende de:

Lo percibe como beneficioso.

Lo considera adecuada a las necesidades y valores.

Lo encuentra fácil o difícil de comprender o aceptar.

Puede ensayar ese comportamiento.

## *Metodología*

### *1. Diagnostico Preliminar*

En la primera fase se realizara la identificación de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población objeto con relación a sus hábitos de autocuidado, así como las preferencias por los diversos medios de comunicación a través de los cuales desean recibir la educación. De igual forma en la propuesta educativa se tendrá en cuenta la audiencia

---

<sup>86</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Universidad Católica de Manizales. Cardenas Jose Miguel .1997

secundaria correspondiente a los padres y docentes de los estudiantes, mediante la misma dinámica anterior para integrarlos al proceso.

## *2. Selección de Factor de Riesgo*

De acuerdo con el diagnóstico preeliminar se seleccionarán aquellos factores de riesgo que influyen en las prácticas inadecuadas de autocuidado que afectan la salud.

## *3. Estrategia de Intervención Proceso Metodológico*

La comunicación en salud es una estrategia de intervención para realizar acciones de información, motivación y sensibilización que propendan por cambios actitudinales y comportamentales hacia “el autocuidado de la salud”.

Teniendo en cuenta la Estrategia **IEC** se desarrollará:

**INFORMACION**, a través de manuales, afiches y otro material educativo

**EDUCACION**: realizada a través de los talleres y didácticas educativas

**COMUNICACIÓN**: a través de los diferentes medios orales, audiovisuales y escritos.

## *4. Meta Esperada*

Contribuir mediante educación al fomento de la cultura del autocuidado como estilo de vida saludable en las diferentes audiencias.

## *5. Segmentación de la Audiencia*

**CUADRO No.6 Segmentacion de la Audiencia**

<b>AUDIENCIA PRIMARIA</b>	<b>AUDIENCIA SECUNDARIA</b>	<b>AUDIENCIA TERCIARIA</b>
niños y niñas adolescentes jovenes	padres de familia  docentes	Estudiantes Universitarios Personal de salud Secretaria de salud Secretaria de educación

**Audiencia Primaria:** Llamada también población meta, a ella se espera influir directamente con la estrategia de intervención.

**La audiencia Secundaria** está conformada por personas que influyen directa o indirectamente en los comportamientos de la audiencia primaria.

**Audiencia Terciaria:** Responsable de la adopción de decisiones gubernamentales, determinación de políticas y asignación de apoyo financiero, también se ubican otras personas e instituciones que por su papel en la sociedad pueden contribuir al éxito de la estrategia.

#### *6. Selección de Comportamientos*

Se retomará la información del diagnóstico obtenido en la información preliminar con el fin de identificar los CAP (Conocimientos – Actitudes – Prácticas) de las audiencias estudiadas y se elegirán los comportamientos que se intervendrán a través del plan de intervención con la comunicación en salud.

*Los comportamientos reales:* Son aquellos que han adoptado las audiencias frente al autocuidado.

*Los comportamientos factibles de intervenir:* Son aquellos que se espera sean adoptados por la audiencia primaria. Igualmente su descripción conllevará a la identificación de acciones que las audiencias deberán asumir para la adopción de nuevos comportamientos y reforzamiento de aquellos que se consideren positivos o protectores.

*Criterios de selección de comportamiento.* Para la selección de los comportamientos factibles debe tenerse en cuenta lo siguiente: identificación de comportamientos reales (CAP) existentes en las audiencias, siguiendo los indicadores de la evaluación preliminar. Se revisan los comportamientos reales y se seleccionan los factibles de intervenir los cuales se priorizarán en orden de importancia (Información, creencias, miedos). Se evalúa el costo social y el beneficio individual que conlleva la adopción de comportamientos factibles.

#### *7. Preparación y Diseño de Materiales*

La preparación y diseño de los materiales responderá a interrogantes como: Qué, para qué, cuándo y dónde, así como los medios, canales y audiencias; para este proceso es indispensable la participación de expertos en el área (Publicista y Comunicador Social).

Materiales utilizados: manuales didácticos de autocuidado, afiches, plegables, Medios de Comunicación, filmaciones, grupos musicales, títeres, ventrilocuos, TICs, Papelería y útiles de oficina, recursos técnicos como video-beam, retroproyector, televisor, VHS, Computador, DVD.

#### *8. Guías Ejecucionales de la Comunicación*

Hacen referencia a las características de la comunicación para la preparación y diseño del material. De acuerdo a la segmentación de las audiencias, la comunicación tiene características emotivas



(sensibilización) y características racionales (información) para la audiencia primaria, secundaria y terciaria. La comunicación debe realizarse de tal manera que los mensajes lleguen en forma directa y contundente, formando parte de la cotidianidad para que las audiencias se vean identificadas con lo que se les está comunicando.

#### *9. Planteamiento creativo*

Para la estrategia publicitaria se utilizará comunicación muy directa que lleve frases cortas y puntuales mediante las cuales se transmitan mensajes específicos para cada segmento de la población. Para la audiencia primaria (escolares) se podrán utilizar mensajes breves, cortos, gráficos atractivos e impactantes.

Para otros segmentos de la audiencia primaria y la audiencia secundaria se utilizarán mensajes cortos pero que dejen claro el mensaje, sensibilización ante el problema, beneficios a que conlleva, magnitud del problema para que reflexionen, se sensibilicen, modifiquen actitudes. Para la audiencia terciaria el mensaje tendrá un enfoque en el que se plantee la responsabilidad que todos tenemos ante el problema.

#### *10. Prueba y Revisión de Materiales*

##### *Conceptualización*

Se realizarán pruebas preliminares al material utilizando, evaluación formativa que garantice el cumplimiento de los objetivos de información, educación y comunicación.

##### *Criterios de Validación de Material*

Los criterios de validación usualmente forman parte de los objetivos de validación, incluyen: *Comprensión, Atracción, Aceptabilidad, Apropiación, Persuasión.*

#### *11. Intervención*

Los materiales de comunicación deberán ser de la mejor calidad. Si existen pocos recursos disponibles se elaboraran los materiales con los participantes, por ejemplo carteleras, pancartas. Los materiales se distribuyen al público a través de canales integrados, seleccionados de forma que tengan el máximo alcance y frecuencia. Se deben considerar también las posibilidades de comunicación directa y proporcional con el grupo sujeto de intervención.

#### *12. Producción*

La producción de los materiales para medios masivos deberá ser tan profesional como permitan los recursos, para ello se deben contratar empresas de diseño y producción para aumentar la eficacia y asegurar la excelencia.

#### *13. Distribución*

En la etapa de distribución de la intervención, se sincronizan varias estrategias asegurando que se cumplan los calendarios y que las actividades de promoción encajen con el desarrollo de la información, educación y comunicación.

#### *14. Verificación y Evaluación*

Parte integral del programa son los sistemas de vigilancia para detectar las fallas y omisiones en las estrategias de productos, promoción y comunicación. El descubrimiento oportuno de estas fallas y las correcciones a mitad del camino para perfeccionar los productos y mensajes son síntomas de la vitalidad del programa. Se empleará una evaluación sumativa que consiste en el uso sistemático de técnicas de evaluación para medir el producto y la eficacia general del programa. No basta conocer que se transmitieron los programas de radio, que se distribuyeron los materiales, que se capacitaron los estudiantes, docentes, padres de familia y líderes comunitarios, incluso que los programas fueron escuchados, comprendidos y ejecutados, es importante saber que están cambiando su comportamiento y finalmente mejorando su estilo de vida.

#### **4.4 IMPLEMENTACION DEL MODELO DE PEGAGOGIA CONCEPTUAL EN SALUD “*PECOSA*” CON ADOLESCENTES**

La adolescencia es un proceso dinámico, una etapa del desarrollo de la persona que transcurre entre la niñez y la vida adulta que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales. Simultáneamente con el proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal ocurren una serie de eventos psicoemocionales, así como un proceso de adaptación al grupo sociocultural de su tiempo y entorno que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y el estatus adecuado que le permiten asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos. Durante la adolescencia, el ser humano debe realizar procesos fundamentales: adquisición de autonomía y

afianzamiento de su propia identidad, pertenencia y aceptación por parte de un grupo social y elaboración de un proyecto de vida.

De los seis mil millones de habitantes del planeta, mil millones atraviesan esta etapa de la vida. Mientras en Norteamérica el 17% de la población es adolescente en América Latina constituye el 21% de la población general; en Colombia la quinta parte de la población es adolescente. (Nirenberg, O. And Perrone, N. 1996. Programa Regional de Adolescencia).

A pesar del incremento en el nivel educativo de los jóvenes en América Latina y sus implicaciones positivas para el desarrollo, el intercambio con pares, la influencia de los medios de comunicación, la mayor libertad que tienen los adolescentes en la sociedad y la modificación en la escala de valores, aumentan el consumo de sustancias psicoactivas, la actividad sexual a temprana edad lo cual se ve reflejado en el mayor número de embarazos, abortos e infecciones de transmisión sexual.

Desde el nuevo paradigma en salud donde las acciones deben estar orientadas hacia la prevención de la enfermedad y promoción de la salud se toman en cuenta los estilos de vida de los jóvenes expresados en sus comportamientos y determinados por el nivel de educación formal, los aspectos culturales, creencias y tradiciones relacionadas con el cuidado de su salud, teniendo gran influencia los medios informativos y los mensajes que sobre ella se difunden a través de los programas de educación para la salud. Las distintas audiencias, entre ellas los adolescentes, se ven influenciados por la confusión generada frente a los mensajes debido a que están expuestos a imágenes e información poco fundamentadas que proliferan por iniciativa de los medios masivos de comunicación, también se genera información contradictoria por parte de

diferentes profesionales del área de la salud, y a si mismo reciben información de sus mismos pares, que genera más impacto que la misma educación impartida por el adulto.

Como resultado de los cambios de paradigmas en el concepto de salud, comenzó a inicios de la década de los noventa, una transformación en las acciones asistenciales a los problemas de salud pública, para trascender al campo preventivo y de promoción, respondiendo además, a las nuevas políticas de salud. Es así como los programas de educación en salud orientados a jóvenes son liderados por diferentes instituciones entre ellas el sector salud, el sector educativo, quienes emplean diversas estrategias para la información, educación y comunicación; todos estos actores buscan educar a los adolescentes sobre diferentes aspectos entre ellos la salud sexual y reproductiva y la fármaco-dependencia; aspectos que tienen gran importancia por las cifras de embarazos en adolescentes y el puesto que ocupa Manizales en fármaco-dependencia. Al comparar el consumo de marihuana en las ciudades, se observa que Manizales es la segunda ciudad que presenta los mayores indicadores de consumo. (Encuesta Nacional sobre el consumo de sustancias Psicoactivas. RUMBOS 2002)

En la ciudad de Manizales, como en muchas otras ciudades del país se presentan problemas de diferente orden como: drogadicción, embarazo en adolescentes menores de edad, adolescentes con enfermedades de transmisión sexual, prostitución y abortos. Son muchos los esfuerzos profesionales e inversiones de tiempo y dinero que han realizado instituciones públicas y privadas al generar programas dirigidos al autocuidado de la salud en adolescentes quienes son considerados grupos de riesgo hacia el alcoholismo, farmacodependencia, ITS, embarazos no deseados.

Dando respuesta a políticas nacionales del Ministerio de Protección Social y de Educación, los colegios tienen cátedras orientadas a la educación sexual y a la salud mental; de igual manera las instituciones de salud lideran programas de educación sexual atendiendo a la política de salud sexual y reproductiva. También muchas instituciones de educación no formal e informal lideran actividades de educación en salud.

En Colombia no se han realizado estudios para determinar su impactos, solo se cuenta con especulaciones como: “que este tipo de intervenciones son muy cortas, que llegan muy tarde, que no tienen en cuenta los patrones culturales de cada región, ni el significado de la sexualidad y el embarazo para las adolescentes, ni el riesgo de llegar a ser un adicto al alcohol o a sustancias psicoactivas, como también que estos programas de educación no están enfocados a favorecer el fortalecimiento de los factores protectores, o no están orientados por personas idóneas que se ajusten a los adolescentes”.

En el marco del grupo de Comunicación en Salud de la Universidad Católica de Manizales se la Línea de Educación y Comunicación en Salud tiene como objetivo Generar conocimiento en estrategias de comunicación en salud fundamentadas en modelos de educación en salud, que promuevan modos de vida sanos e impacten las políticas en Salud Pública.

En este sentido se desarrollo el proyecto: *Significado que confieren los adolescentes con problemas en su autocuidado a los programas de educación en salud en la ciudad de Manizales* por un grupo de docentes: Sulay Rocio Echeverry Mejía, Doris Hincapie Ramirez y Claudia

Marcela Naranjo,<sup>87</sup> quienes con un grupo de estudiantes del Semillero de Investigación ECOS, realizaron una Entrevista Semiestructurada a grupos de adolescentes hombres y mujeres entre los 12 y 20 años de la ciudad de Manizales integrados en instituciones de apoyo para alcoholismo, farmacodependencia, hogar de jóvenes embarazadas y adolescentes diagnosticados con ITS (infecciones de transmisión sexual).

Las preguntas formuladas a cada una de ellos fueron

1. ¿Qué sabe sobre el cuidado de sí mismo?
2. ¿Qué hace para cuidarse a sí mismo?
3. ¿Qué le han enseñado sobre el cuidado de la salud?
4. ¿Cómo le han enseñado sobre el cuidado de la salud?
5. ¿Cómo le gustaría que le llegara la información de educación en salud?
6. ¿Qué significado ha tenido para usted los mensajes recibidos en programas de educación en salud?
7. ¿Qué personas de las que le han transmitido mensajes de educación en salud, tienen para usted más credibilidad: compañeros, amigos, profesionales de la salud, profesores o familiares?
8. ¿Cuál es el mensaje de autocuidado que lo ha hecho reflexionar acerca de su estilo de vida?
9. ¿Qué beneficios y que fallas encuentra usted en los programas de educación en salud?
10. ¿Qué sugerencias le haría a los programas de educación en salud para que impacten positivamente la salud de los adolescentes?
11. Realice un dibujo sobre su percepción acerca del autocuidado.

---

<sup>87</sup> ECHEVERRY, S., HINCAPIE, D., NARANJO C. (2009) Significado que confieren los adolescentes con problemas en su autocuidado a los programas de educación en salud en la ciudad de Manizales.

Este ejercicio permitió establecer el significado que confieren los adolescentes con problemas en su autocuidado a los programas de educación en salud y determinar los cambios en los conocimientos, las actitudes y las prácticas que se han generado en la salud de los jóvenes de Manizales, a partir de los programas de educación para la salud, para proponer modelos educativos eficaces.

Además se logro:

- Caracterizar los programas de educación para la salud que se han desarrollado con los adolescentes de la ciudad de Manizales
- Identificar los programas de educación para la salud a los cuales han tenido acceso los adolescentes con problemas de autocuidado
- Analizar el nivel de registro conceptual, sentido, significado y apropiación, que los adolescentes de Manizales dan al mensaje recibido en la educación formal, no formal e informal sobre prácticas en salud.

El análisis de resultados permitió concluir por cada situación de problema en autocuidado de la salud:

#### - **Farmacodependencia en Adolescentes**

Lo fundamental para determinar si una persona es adicta no es la presencia en ella de una sustancia – droga sino mas bien la existencia de una experiencia que es buscada con ansiedad que la lleva a perder su control mental y emocional. Cualquier conducta placentera se puede convertir en adictiva si se hace un uso compulsivo de ella.



Durante la caracterización de los programas específicos para farmacodependientes en la ciudad de Manizales, se encontró que la Alcaldía a través de la Secretaria de Salud, Secretaria de Educación, Secretaria de Desarrollo Social y otras instituciones vinculadas cuenta con un Plan municipal de control, prevención y atención al uso y abuso de alcohol y otras drogas que maneja varios componentes como prevención, tratamiento y rehabilitación, reinserción laboral, vigilancia y control y ocupación del tiempo libre. También a través de este programa se realizan actividades en los diferentes Centros Educativos del municipio como: formación en desarrollo humano, capacitación a docentes, padres y alumnos en prevención de las drogodependencias, talleres educativos, apoyo a las escuelas de padres en temáticas relacionadas con fármaco-dependencia y campañas informativas en zonas rurales. Para el año 2008 se consolidaron las redes de docentes y de estudiantes para apoyar los procesos en las instituciones educativas públicas y privadas del municipio.

Las Empresas Promotoras de Salud- EPS del régimen subsidiado, cuentan con un programa llamado prevención de psicoactivos que inicio en el año 2007 y cuyo objetivo es promover estilos de vida saludables; en algunas EPS del régimen contributivo se abstuvieron de brindar información y otras no poseen un programa específico en fármaco-dependencia para esta población.

La mayoría de las actividades relacionadas con la farmacodependencia las realizan entidades privadas y sin ánimo de lucro, en su mayoría bajo el modelo de comunidad terapéutica y fundación, donde acogen a los adolescentes para tratamiento y rehabilitación.

El programa de *Universidades Saludables*, consta de la unión de 6 universidades (Universidad Nacional Sede Manizales, Universidad de Caldas, Universidad Católica de Manizales, Universidad Autónoma, Universidad de Manizales, Universidad Luis Amigo), que se encargan de realizar actividades de prevención y de formación de líderes de apoyo en prevención de las drogodependencias.

Un elemento importante de resaltar lo constituye el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, en la línea de política n° 2 prevención de riesgos, donde se establecen las funciones desde la nación, las Entidades Territoriales, Empresas Promotoras de Salud, EPS, Administradoras de Riesgos Profesionales ARS e Instituciones Prestadoras de Salud IPS; que les sugiere como estrategia la formulación, desarrollo y evaluación de políticas públicas de prevención de los riesgos biológicos, del consumo, del comportamiento, del medio ambiente, laborales, sanitarios y fitosanitarios; solo allí se menciona el problema de consumo en forma general; en el mismo artículo se definen las prioridades nacionales en salud, las cuales son:

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.
8. La seguridad sanitaria y del ambiente.
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Allí se puede observar que la farmacodependencia ocupa un lugar poco visible en este Plan Nacional de salud pública y por ende es retomado sin relevancia en los Planes de Desarrollo Departamentales y Municipales.

Esta problemática en nuestro contexto local, es una situación crítica de salud pública que está afectando en gran medida a nuestros adolescentes y jóvenes, con el agravante que ellos no encuentran relación alguna entre lo que se les brinda en educación en salud con la realidad de sus vidas, pues a nivel educativo la prevención hacia el consumo de drogas aparece en forma esporádica a través de charlas, talleres o conferencias dictadas ocasionalmente.

En cuanto a la caracterización de los programas de educación para la salud que se han desarrollado con los adolescentes de la ciudad de Manizales, existe, el proyecto de *Farmacodependencia* que se implementa como eje transversal en las instituciones educativas de la ciudad de Manizales y se desarrollan programas de educación formal como el *Proyecto Mentor* y *Habilidades para la Vida* (Corporación Cre – Ser para el desarrollo humano, 2007 )

Los programas de educación en salud deben hacer parte de los currículos educativos, respondiendo así al objetivo básico de la educación que es la formación integral de la persona.

La ausencia de personal capacitado hace que la información brindada a los adolescentes sea poco objetiva y limitada. Está claro que el problema no sólo radica en la educación en salud impartida en las diferentes instituciones, el problema incluye también a la familia y a la sociedad en general por eso debe manejarse de manera personalizada, teniendo en

cuenta a cada individuo como un ser único con su propio proyecto de vida y sus propias particularidades.

El comité de expertos de prevención del consejo de Europa (Estrasburgo, marzo 1980), dice que se necesita un enfoque educacional, que tome en cuenta los factores psicológicos, socioculturales y socioeconómicos, en vez del modelo legal y médico existente hoy día. A pesar de que esta referencia no es reciente es importante tener en cuenta sus aportes, pues la situación no ha cambiado mucho con relación a algunas instituciones de salud que no cuentan con programas de prevención sino que captan a los adolescentes a través de la consulta externa habitual y de allí son remitidos a instituciones especializadas.

Durante la investigación se realizaron y analizaron 39 entrevistas semiestructuradas a los adolescentes farmacodependientes, sobre las cuales se lograron construir las siguientes categorías:

### **Bienestar Personal**

El bienestar personal es tomado como un componente subjetivo de la satisfacción personal, considerada como el sentimiento de felicidad y plenitud por el logro de los objetivos propuestos. La mayoría de adolescentes relaciona el cuidado de sí mismo con la alimentación sana y la realización de deporte, que los lleva a sentir bienestar personal, más por el sentido de la estética que de la salud misma.

Esta categoría de bienestar personal surgió de varias respuestas expresadas por los adolescentes a preguntas como ¿Qué sabe sobre el cuidado de sí mismo? ¿Qué hace para cuidarse a sí mismo?; algunas de las respuestas fueron:

*“asearse todos los días, alimentarse bien y hacer deporte”.*

*“hacer toda actividad que beneficie la salud, la imagen y el bienestar personal”.*

*“función por la cual se protege la integridad del ser, en pos de un desarrollo sano”.*

*“Evitar dolores y molestias”.*

*“Mantener una buena imagen, una buena personalidad”.*

*“Primero mantener una buena imagen exterior, tratar de estar saludable para estar bien por dentro y por fuera”*

Se observa como el autocuidado está orientado definitivamente a tener una imagen corporal estética, agradable a los demás, que los lleve a ser aceptados por los otros a través de lo que reflejan exteriormente; de esta manera sienten bienestar y satisfacción personal; la salud física, mental y emocional queda reducida a “como me ven los demás”; aspecto importante para pertenecer a un grupo social.

Denise Benatuil en su artículo el bienestar psicológico del adolescente desde una perspectiva cualitativa, retoma el concepto de autores como Veenhoven (1991) quien define el bienestar como el grado en que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables. Y de otros como Diener, Suh y Oishi (1997) quienes dicen que el bienestar indica la manera en la que la persona evalúa su vida, teniendo en cuenta aspectos tan importantes como la satisfacción personal, la ausencia de la depresión y las emociones positivas.

Otra de las preguntas realizadas a los adolescentes fue ¿qué le han enseñado sobre el cuidado de la salud?; este tipo de pregunta nos orienta acerca de que conceptos han adquirido y que significado le da para su vida. Algunas de las respuestas fueron:

*“Como protegernos para no contraer enfermedades”.*

*“Alimentación balanceada, ejercicios, salud oral”.*

*“Como protegerse de tener sexo”.*

*“No recuerdo exactamente”.*

*“Acudir al médico”*

*“Nada en el colegio”*

*“Casi nada”*

*“No sé, todo es enseñanza sobre educación sexual pero nada sobre autocuidado”*

Desafortunadamente las respuestas anteriores evidencian que a pesar de recibir educación en salud en los sitios donde se encuentran institucionalizados, los adolescentes no incorporan los conocimientos brindados por las personas orientadoras de estos temas y mucho menos transforman actitudes y prácticas porque no le dan un verdadero sentido a la educación recibida; todo esto va orientado a una segunda categoría como es:

### **Mantenimiento de la Vida**

A través de una buena alimentación, más que balanceada es “comer poco” “beber agua” “no consumir grasas”, todo ello orientado *a tener un buen cuerpo y una buena imagen*; siendo este el concepto principal de salud y autocuidado. El mantener la vida está relacionado también con acudir al médico, si se padece de alguna enfermedad; aspecto que demuestra el poco significado que tiene el autocuidado como tópico fundamental en la prevención.

Continuando con las preguntas realizadas en las entrevistas semiestructuradas a los adolescentes farmacodependientes institucionalizados, aparece una muy importante que nos permite evidenciar las estrategias que estamos utilizando para brindar la educación en salud; ¿Cómo le han enseñado sobre el cuidado de la salud?

Algunas respuestas fueron:

*“Folleto-talleres”*

*“Conferencias”*

*“Charlas-videos”*

La gran mayoría coincide en que les brindan educación en salud a través de conferencias, talleres, charlas y videos, pero aun en este tipo de preguntas se encontraron respuestas como:

*“por experiencia propia, porque he visto a alguien enfermo y sé lo mal que se ve”*; esta respuesta evidencia nuevamente la importancia de la buena imagen como equivalente a una buena salud.

*“todos los días hay que mirar que nos duele”*; no aparece el concepto de prevención sino la aparición del dolor y de la enfermedad para acudir a consulta médica.

En este tópico relacionado con las estrategias utilizadas para educar en salud, surge una tercera categoría denominada:

### **Salud Familiar**

Es evidente que algunos adolescentes le dan importancia a lo que su familia les enseña; esto se ve reflejado en respuestas como:

*“Por medio de charlas y de los padres”*

*“En el colegio y en la casa le explican a uno”*

*“Por medio de charlas, talleres y por medio de mi mamita”*

Como informante clave la Directora de la fundación Uniendo Futuro, enfatiza en que la educación en salud debe empezar por casa, partiendo de la estrategia que allí utilizan, llamada normas con amor y donde se trabaja principalmente con las madres.

En relación con la salud familiar en la cartilla factores de riesgo relacionados con el abuso de las drogas expedida por la Alcaldía de Manizales a través de la Secretaria de Salud y Seguridad Social y Assbasalud E.S.E, resaltan la importancia de la familia como factor protector en relación con el uso y abuso de drogas; los tópicos a tener en cuenta son el establecimiento de normas claras dentro del núcleo familiar para el logro del desarrollo íntegro del adolescente en relación con el medio que lo rodea.

Teniendo en cuenta que la familia es el ambiente propicio para crear la cultura de la prevención, es allí donde se debe impartir la educación en salud, educando a los padres para que estos repliquen la información a sus hijos; prevenir desde el núcleo familiar, mejorando así los canales de comunicación y disminuyendo el riesgo de adicciones en los adolescentes.

A la pregunta ¿Cómo le gustaría que le llegara la información de educación en salud?, los adolescentes y jóvenes respondieron:

*“A través del dialogo”*

*“Con las personas expertas en cada caso y con explicaciones más fundamentadas”*

*“de manera más práctica e impactante”*

*“por internet”*

*“presentaciones más agradables a la vista”*

*“por los medios de comunicación”*



*“mas constancia”*

Estas respuestas nos muestran a los educadores en salud el camino a seguir; nos indican que debemos ser más constantes, que la educación en salud debe ser permanente, no esporádica y además que debe ser impartida por personas idóneas que sepan abordar el tema y profundizar en él, con criterios suficientes.

### **Salud Ambiental**

Otra categoría que surge del análisis de las entrevistas semiestructuradas donde es importante tener en cuenta que los adolescentes están en contextos diferentes, en ambientes y escenarios diferentes y cada uno es particular; por este motivo deben ser educados de manera diferente y personalizada. No todos tienen el mismo motivo o la misma causa que los condujo a las drogas.

En palabras del informante clave de la Fundación Caminos de Libertad, *“la educación en salud debe ser una clase para que la persona construya, debe ser un proceso guiado y construido desde el contexto”*.  
*“ lo que importa es el aquí y el ahora, debemos ser profundos pero prácticos”*.

Una de las preguntas que lleva a pensar que los programas de educación en salud no han tenido gran importancia para el adolescente es ¿qué significado han tenido para usted los mensajes recibidos en programas de educación en salud?

*“La educación en salud no tiene mucho significado, ya que si estos fueran efectivos, tendríamos una capacidad más amplia en la salud para*

*aquellos enfermos que de verdad están y no para los que por culpa de mala prevención están allí”*

*“Son muy complejos, entonces no los entiendo”.*

*“ninguno”*

*“no han sido muy influyentes en mi vida”*

Estas respuestas reafirma lo anteriormente mencionado, en cuanto que se deben mejorar o cambiar las estrategias de educación en salud; los adolescentes sugieren que esta educación sea creativa, motivadora, lúdica, más visual y más interactiva a través de *advergaming* (del inglés *advertising* y *game*) que consisten en la práctica de usar videojuegos para publicitar una marca, producto, organización o idea.

El tema de la farmacodependencia debe aparecer de manera transversal en el currículo, debe dejar de ser sólo un tema aislado que cualquier profesor aun sin la formación adecuada aborde en su clase; sin demeritar la acción de estos profesores, por el contrario aprovechando su voluntad, convocando a los demás para concientizarlos pero brindándole los medios adecuados y la capacitación idónea para realizar dicha tarea.

La farmacodependencia no es asunto solo de profesionales en salud preparados para ello, debe ser prioridad de todos, docentes, familias, comunidad en general; no debe incluir solo aspectos clínicos y patológicos sobre el daño que esas sustancias hacen a la salud; también debe incluir el cuidado del medio ambiente personal, social y comunitario.

Durante las entrevistas y grupos focales con los adolescentes, estos hacen evidente la poca formación que poseen los docentes en relación con el tema de la fármaco-dependencia, por lo que opinan que esta clase

de actividades educativas deben ser realizadas por personal con experiencia, conocedores del tema; también es claro que los adolescentes prefieren escuchar a sus pares o amigos, pues estos generan más credibilidad y confianza coincidiendo esto con lo que expresan Fidel de Garza y Armando Vega en la revista la juventud y las drogas (1989), acerca de una importante distribución de las fuentes de información en los adolescentes de la siguiente manera: Padres 3 %, profesores 5 %, prensa 16 %, cine 14 %, amigos 45 %, libros 10 %, charlas y conferencias 4 % y compañeros de trabajo el 2 %. Si analizamos esta información, resulta preocupante el bajo porcentaje de información que los adolescentes perciben de actividades tan usuales como son las conferencias y las charlas, pues estas estrategias son implementadas en la gran mayoría de eventos de educación en salud.

Continuando con el análisis de la información obtenida de las entrevistas semiestructuradas a la pregunta ¿Qué beneficios y que fallas encuentra usted en los programas de educación en salud?, los adolescentes y jóvenes expresaron:

*“No son buenos programas”.*

*“No se les hace seguimiento”.*

*“Que no lo hacen a diario”.*

*“1 hora a la semana no alcanza”.*

*“Fallas muchas, falta de proyectos”*

*“Que no son explícitos”*

*“Muchas fallas, porque no le ponen el cuidado necesario”*

Estas respuestas evidencian lo que anteriormente se precisaba acerca de la continuidad en los procesos educativos, estos tienen que ser constantes, bien programados, teniendo en cuenta el contexto, el tipo de población,

debe ser un proceso guiado que permita la construcción de un proyecto de vida.

En cuanto a la pregunta ¿Qué sugerencias le haría a los programas de educación en salud para que impacten positivamente la salud de los adolescentes? Las respuestas fueron:

*“Ninguna porque nunca me han enseñado”*

*“Que las formas en las que expliquen las representen con personas adolescentes”*

*“Más explícitos, publicidad más impactante”*

*“Hacer mas campañas con gente que ha pasado por esto”*

*“Que sean más coherentes”*

*“Por medio del Messenger”*

*“Una clase para esto”*

*“Que muestren por televisión”*

*“En forma de dialogo”*

*“Por medio de un profesor que sepa explicar el tema”*

*“Traer personas que hayan sufrido el problema y se hayan superado”*

La educación en salud no solo debe orientarse a solucionar problemas ya existentes, debe orientarse a prevenir acontecimientos, a identificar posibles factores de riesgo; no orientarse sólo a transmisión de conocimientos, debe terminar en la actuación, influyendo sobre todos los grupos poblacionales que pueden verse afectados como son: el individuo, la familia, la escuela, la comunidad a la que pertenece cada persona.

No se debe ignorar el contexto, ni programar actividades universales, sino particulares. Los mismos adolescentes lo manifiestan, se necesita dialogo, guía, orientación, teniendo en cuenta la idiosincrasia, la cultura, el ámbito familiar, el ambiente que rodea al individuo para poder actuar de manera

clara y efectiva; como lo expresa la UNESCO “*los tipos de programas preventivos deberán ser distintos según la comunidad, la cultura o la Nación de que se trate, a fin de satisfacer las necesidades de cada grupo particular. Los factores sociales son tan variables que ningún método o ningún medio de información será necesariamente eficaz en todas las situaciones*”.

La pedagogía que utilizamos en educación en salud, no debe ser la de la prohibición, debe ser la pedagogía del afecto, de reforzar factores protectores, pedagogía del diálogo, de la esperanza, como lo expresa Paulo Freire en su libro pedagogía de la autonomía (1998) “*no es otra que la formación para la vida, con el dominio de las competencias, es decir el saber hacer y el saber estar, que permita al joven construir su porvenir con plena confianza en sí mismo, y adaptarse a todas las situaciones, incluso a las mas imprevisibles, gracias a la experiencia adquirida y acumulada que hace que hasta las derrotas sean trampolines hacia el éxito*”. La educación en salud debe ser un diálogo de experiencias, de saberes, donde el profesor no es el único dueño de la verdad, que se interactúe con el adolescente, donde sus experiencias sean realmente significativas, que no se tenga una conferencia o taller programado sino que las actividades surjan de esa misma interacción; para esto definitivamente se debe contar con personal idóneo.

- ***Alcoholismo en Adolescentes.***

Como preámbulo a exponer los hallazgos en esta temática, se realizara una contextualización en aspectos epidemiológicos, culturales y sociales:

En los últimos treinta años el consumo de alcohol en la mayoría de países del mundo ha aumentado. El abuso del alcohol representa hoy uno de los

principales problemas de salud pública ya que es difícil concebir una reunión social o fiesta en la que no esté presente. El Alcohol, ocupa el primer lugar en el consumo de sustancias que producen dependencia, en una proporción de 560 por mil, entre personas de 12 a 64 años. Parte sustancial del anterior porcentaje les corresponde a los adolescentes, quienes cada día por la complejidad de la vida moderna se inician en el uso del alcohol, muchas veces por el ejemplo de los adultos y el estímulo de los patrones culturales que los lleva a asociarlo con el éxito y la fortuna.

El consumo de alcohol es un hábito que forma parte de los estilos de vida, estando ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es solo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. (Escuela de Estudios y Formación en Abordaje de Adicciones 2005)

El consumo juvenil del alcohol ha generado una “cultura del consumo de alcohol”, ya que se ha incorporado a su estilo de vida. Progresivamente se va consolidando un patrón juvenil de consumo de alcohol, caracterizado por ser en el fin de semana y por su papel fundamental como articulador del ocio y de las relaciones sociales de los adolescentes y jóvenes.

El problema, por tanto, no es que beban sino que sus formas de beber están más lejos del modelo tradicional y tiene que ver con su manera de divertirse, con su manera de estar y de proyectarse en el mundo. Para analizar esta situación debemos hacerlo desde una triple dimensión: desde el adolescente, desde la sustancia, en este caso el alcohol, y desde el contexto actual: los valores de nuestra sociedad, el sistema productivo,

la publicidad, el papel de la familia, de la escuela, de los grupos de iguales. Esta situación hace que se pierda la conciencia sobre que también es una droga.

El tiempo de ocio para los jóvenes es su “tiempo”, en el que marcan sus horarios y actividades fuera del control paterno y adulto. Es el espacio que consideran reservado a su propia iniciativa, lejos de las miradas del mundo adulto. La noche es el espacio en el que los jóvenes se identifican con su generación, es espacio de los colegas, de los iguales, quizás en el único momento en el que se sienten rebeldes y dueños de sus decisiones y actos. Hoy predomina el poli consumo, ya que se fuma, se bebe, se consumen sustancias psicoactivas y se tiene sexo promiscuo.

Estamos ante la generación del conformismo ideológico y el bienestar económico. “El joven actual no puede cambiar nada de esta sociedad solo puede consumir” “La única forma que tienen de incorporarse a la sociedad de los mayores es la noche. Ese es el gran secreto: salir, consumir, gastar, beber, estar en determinados locales”. (Jorge A. Martínez-Mantilla, Walter Amaya-Naranjo, Horacio A. Campillo, Germán E. Rueda-Jaimes, Adalberto Campo-Arias y Luis A. Díaz-Martínez. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004). El alcohol forma parte del tiempo de ocio de los jóvenes y del ambiente nocturno, de la magia de la noche. La presencia del alcohol se acentúa si analizamos las actividades en función de las tipologías de bebedores. Puede asegurarse que existe una clara relación entre el consumo de alcohol y la noche. La frecuencia en salidas nocturnas durante los fines de semana y la hora de regreso a casa. El 80% de quienes beben alcohol de forma abusiva salen todos los fines de semana durante la noche, frente al 50% de los abstemios. Respecto a

la segunda variable, a medida que aumenta el grado de consumo de alcohol la hora de llegada a casa es más tardía.

Se ha producido una generalización de las pautas de ocio juvenil durante los fines de semana. El tiempo de ocio es hoy mayor que el tiempo de trabajo. Lo que en un principio puede ser recuperar un espacio de libertad y una oportunidad de desarrollo, se está convirtiendo en una obligación y en un espacio para consumir.

Con este objetivo la publicidad se está centrando fundamentalmente en los jóvenes, en general, y en las mujeres en particular como grupo para fomentar el consumo de alcohol, de tabaco y de otros muchos productos de consumo. Existe además una problematización de los adolescentes y jóvenes, no se les ve como personas en proceso sino como problema sobre el que no se sabe muy bien qué hacer.

Los comportamientos de los adolescentes hay que leerlos en clave adolescente, teniendo en cuenta el momento evolutivo en el que están. El ensayo de identidades, la necesidad de vivir su libertad fuera de la familia, el predominio del grupo sobre su individualidad, la dependencia, sus fantasías sobre el consumo de sustancias, la búsqueda de sensaciones y de placer, todo forma parte de su proceso de convertirse en persona.

En última instancia el deseo de transgredir lo establecido. Por eso mejor en la calle que en el bar; mejor en la noche que en el día; en botella/garrafa, no en vaso y combinados que se preparan ellos, más que bebidas estándar. ¿Por qué beben? Para los adolescentes beber tiene que ver con la disidencia, la emancipación y la afirmación de su identidad.

Los problemas relacionados con el abuso del alcohol son:



Síndrome de dependencia alcohólica (física y psíquica).  
Cirrosis hepática.  
Cáncer.  
Enfermedades cardiovasculares  
Trastornos psíquicos y neurológicos.  
Accidentes de tránsito, laborales y domésticos.  
Caídas, ahogamientos.  
Depresiones y suicidios.  
Violencia intrafamiliar o juvenil, malos tratos, homicidios  
Síndrome alcohólico fetal y efectos del alcohol sobre el feto.

La problemática derivada del consumo de alcohol en los jóvenes es diferente a la del adulto. En los jóvenes, las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol suelen referirse a alteraciones de las relaciones con la familia, compañeros y maestros, bajo rendimiento escolar, agresiones, violencias, alteraciones del orden público y conductas de alto riesgo, como conducir tras haber bebido, así como actividades sexuales de riesgo que conllevan embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Los accidentes de vehículos a motor constituyen la primera causa de muerte entre los hombres y mujeres jóvenes. Con independencia del grupo de edad, las tasas específicas son siempre más altas en hombres que en mujeres, registrándose en ambos casos un período de especial riesgo entre 15 y 24 años. Esta distribución, señala a los "veinteañeros", especialmente hombres, como el grupo de mayor riesgo de sufrir una lesión fatal por accidente de tránsito.

Cuando se abusa del alcohol (aguardiente - ron - cerveza, etc.), a temprana edad, el adolescente se hace más vulnerable a desarrollar

problemas derivados del alcoholismo. El alcohol a su vez lo puede inducir a la búsqueda de otras experiencias, es decir al consumo de otras drogas. El consumo de alcohol puede ser el inicio de una secuencia de conductas adictivas. Secuencia que se inicia con las drogas legales y que puede terminar con las ilegales; cualquiera de estas sustancias, alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, puede funcionar como puerta de entrada al uso secuencial de otras.

En Colombia y particularmente en Manizales, el alcohol en todas las edades es la sustancia más utilizada de aquellas que pueden causar abuso o inducir dependencia. (Encuesta Nacional sobre el consumo de sustancias Psicoactivas. RUMBOS 2002). El uso de bebidas alcohólicas es frecuente por influencia y aceptación social de su consumo. En consecuencia, el consumo de alcohol es frecuente en adolescentes y está relacionado con diversos factores individuales y del contexto social. Se ha observado una asociación significativa entre el consumo de alcohol con otros comportamientos de riesgo para la salud. El consumo de alcohol se encuentra con más frecuencia en adolescentes que consumen otras sustancias susceptibles de abuso, que realizan poca actividad física y muestran conductas sexuales de riesgo.

A través de grupos focales con adolescentes y jóvenes de la ciudad de Manizales se pudieron determinar las concepciones que tienen en el imaginario colectivo:

*“el Alcoholismo es una práctica cultural normal”*

*“no es concebido como un "mal habito"”*

*“su distribución y consumo son permitidos sin restricciones”*

*“no son censurados socialmente”*

*“no creen que el licor les cause daño”*

*“muestran una postura de Negación: “no se es adicto al alcohol”*

*“el consumo de licor es permitido en jóvenes y disminuirá con el tiempo”*

A partir de estos hallazgos se busco realizar el registro de programas de educación en salud para adolescentes impartidos a nivel formal, no formal e informal en instituciones educativas y de salud de la ciudad de Manizales. Se diseño un instrumento para tal fin. Sin embargo la respuesta de las Instituciones educativas fue nula, ya que no tienen conciencia de realizar en forma intencionada ninguna acción de prevención del alcoholismo. Dejan esta responsabilidad a la educación realizada desde los padres de familia, acudientes y cuidadores de niños, adolescentes y jóvenes.

La Organización Mundial para la Salud OMS, define las habilidades para la vida como una serie de destrezas y habilidades genéricas, que le permiten al niño y al adolescente, enfrentar de forma afectiva las exigencias actuales de la sociedad, desarrollando así su capacidad de desempeño y competencia psicológica social, que se ve reflejada en una personalidad fuerte.

En 1979 Gilberto Botvin, publicó un programa escolar muy eficaz de adquisición de habilidades para la vida, destinado a los jóvenes de séptimo y noveno grado. En el planteamiento de su capacitación se emplean estrategias que enseñan a los estudiantes a desarrollar su voluntad para rechazar diversos factores negativos como las drogas, por medio de mejores habilidades de afirmación personal, toma de decisiones y juicios críticos. Este enfoque integral es más eficaz para prevenir comportamientos perjudiciales que la enseñanza de habilidades como soluciones aisladas de problemas específicos, por ejemplo, el embarazo en adolescente o el abuso de sustancias psicoactivas.

La propuesta se basa en tres destrezas sociales: Conocimiento de sí mismo, resolución de problemas y capacidad para tomar decisiones. El propósito es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de niños, jóvenes y adolescentes a través de un proceso de acompañamiento formativo en el ambiente escolar, donde se incorporen procesos didácticos y experienciales de docentes y estudiantes. En cada módulo se induce mediante preguntas a encontrar conexiones entre la habilidad que se trabaja, las incertidumbres frente a las situaciones nuevas y los dilemas de la vida cotidiana.

Se parte del criterio de que las habilidades para la vida se experimentan en escenarios sociales que pongan al estudiante como constructor y actor de su aprendizaje. Este principio compromete metodológicamente una propuesta interactiva, no magistral en donde se abre el escenario de la experiencia y la reflexión para que exista una verdadera significación en los conocimientos y tengan utilidad para quienes aprenden en dicho escenario.

En esta misma línea Metodológica se inscribe el *Módulo de Comunicación, Guías Didácticas de Proyecto de Vida*, se basa en la premisa de que la comunicación es el medio por excelencia para la solución de los problemas humanos, es fuente de salud, de calidad de vida y de aprendizaje. Este módulo aporta los elementos claves para una buena comunicación, en el se ofrecen conceptos claros y ejercicios que permiten desarrollar esta habilidad humana.

Otras formas de educar en salud desde la Secretaria de Salud de la ciudad de Manizales la constituyen campañas aisladas que utilizan folletos como:

- *Pautas para prevenir el uso y el abuso de drogas*
- *Para que el licor no te vuelva una.....*
- *Recuerde que el exceso de alcohol es perjudicial para la salud, consúmalo con precaución.*

Este material se distribuye al público en general y no dentro de programas específicos dirigidos a los jóvenes, por ello no tienen recordación ni apropiación de la información.

En cuanto a la identificación de los programas de educación para la salud a los cuales han tenido acceso los adolescentes con problemas de Alcoholismo, se recolectó información a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales informales. Los jóvenes refieren:

- *Visita de A.A., Alcohólicos Anónimos a las Instituciones Educativas.*
- *Visitas de N.A. Narcóticos Anónimos a las Instituciones Educativas*
- *Acceso a comerciales tv, radio sobre prevención del uso del alcohol, dirigido a jóvenes y adultos.*
- *En publicidad de bebidas alcohólicas recuerdan la expresión, rápida e ininteligible de "el licor es perjudicial para la salud" Resolución..... Ministerio de Protección Social.*

Como se observa no es la institución educativa, ni las entidades de salud, ni la familia, las que brindan información sobre la prevención de la

adicción a las bebidas alcohólicas, son directamente las entidades como A.A. y N.A. quienes con los medios de comunicación lo vienen haciendo en la ciudad de Manizales.

Con relación al rastreo de instituciones de apoyo para adolescentes con problemas de alcohol, no existe en Manizales una institución exclusiva que los acoja y los rehabilite en modalidad de internado. Existe en la Empresa Social del Estado San Juan de Dios, un programa de orden psiquiátrico y psicológico de un mes de duración en modalidad de internado que pretende cambiar estilos de vida en los jóvenes que optan por él. Previamente son diagnosticados con trastornos de la personalidad y como tal son intervenidos. Como parte de la investigación se tuvo contacto directo con médico psiquiatra y psicólogo quienes manejan un *enfoque clínico de la adicción*, diferente a la comprensión y manejo de la problemática que dan los grupos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Sobre estos dos Programas se accedió a través de informantes claves, y grupos focales de ex adictos que pertenecen a estos grupos. Estos grupos promulgan la consigna de *“Encontrar una nueva manera de vivir con dignidad”*; basada en una filosofía, unos pasos y unas tradiciones que el adicto debe seguir día a día, mes a mes, semana a semana, año tras año y por el resto de su vida, ya que el alcoholismo es asumido como enfermedad incurable. En las acciones educativas que realizan relatan su historia de vida y lanzan un *“flotador de ayuda a los jóvenes que se quieran subir al barco donde ya navegan los que están sobrios”*.

Al analizar el nivel de registro conceptual, sentido, significado y apropiación, que los adolescentes de Manizales dan al mensaje recibido en la educación formal, no formal e informal sobre prácticas en salud,

para la prevención del Alcoholismo, los jóvenes manifiestan que *“los mensajes tienen poca recordación, las propagandas de televisión sobre los peligros psicológicos y sociales del alicoramiento, consideran, que no va a pasarles a ellos, que viven el momento y que luego pararan cuando sean adultos”*. Otros jóvenes entrevistados consideran que *“el consumo excesivo de Alcohol se debe a sentimientos de soledad y depresión, a la presión ejercida por sus pares, esto hace que deban cambiar de amigos, de rutinas y de contextos”*.

A continuación se describen las categorías extractadas del texto social:

### **Recomponer la vida**

Se define la adicción como restricción de lo humano, pérdida de libertad. Rehumanizar es volver a lo libre en el hombre, a su característica fundamental. Todo proceso que se integra en un sistema de salud, que olvide la antropología como base de cualquier propuesta se convierte en un tecnicismo. La solución, más que rehabilitar a los adictos es rehumanizarlos, darles armas para el cambio y ayudarlos a convertirse en agentes de su propio bienestar. El problema está en que la sociedad y la estructuración de los diferentes modos de ser están enmarcadas en la llamada cultura del bien-estar por encima de la cultura del bien – ser.

Esta categoría surge de la comprensión del día a día en el *“solo por hoy No bebo”*, se dan cuenta de que no pueden vivir en el ayer, *“el pasado ya paso”* y no saben que les traerá el mañana porque *“nadie se ha secado la ropa con el sol de mañana”*. La mayoría de los adictos se rebelan contra la idea de comprometerse a permanecer sobrios para siempre, por eso esta técnica del *solo por hoy* les da la fortaleza para aceptar la situación de enfermedad, recuperarse y afrontar los problemas actuales.

Estos grupos se presentan ante los jóvenes como Comunidad Terapéutica o grupos de apoyo, donde en reuniones periódicas analizan los 12 pasos, como *Terapia de la palabra*, para un nuevo *plan de vida*.

En este proceso de recuperación es fundamental la familia que se comporta como *Coadicta*, puesto que sus miembros se encuentran afectados física, mental y espiritualmente. Estos grupos alternos se denominan ALHANON para esposas, esposos y familiares y ALATIN, para los hijos de los Alcohólicos. Cuando la familia se acoge al programa existe más posibilidad de que el adicto se recupere. El rechazo de la familia, el juzgarlo, hace que se sienta más culpable. Ellos en sus reuniones se presentan con su nombre y se autodenominan como alcohólicos. "Soy Oscar y soy Alcohólico", todos saludan "Hola Oscar". Esta ceremonia hace parte de la ayuda colectiva del grupo, sin embargo, en estos espacios no se dan consejos. El alcohólico no es culpable de su problema pero si de su recuperación, esto hace que se afiance la consigna de: "lo que haga, hágalo usted, hágalo por usted, hágalo con usted y si sobra para usted".

Se entiende que un alcohólico solo para de beber cuando él quiera y casi siempre esto se da cuando ha tocado fondo. No son concientes de que la adicción solo conduce a que fracasen en el estudio, que pierdan su empleo, a sufrir enfermedades, a la soledad, a la cárcel o a la muerte temprana.

### **Solo por la Gracia de DIOS**

Aducen que se cumple *la voluntad de Dios y no la mía*. Siguen el lema de *solo por la gracia de Dios*. El cuerpo sobrio es un Templo limpio donde



entra Dios y el licor se constituye en el Diablo líquido. Dios da la fuerza de voluntad para aceptar las situaciones de la vida sin necesidad de consumir. Su oración diaria reza: *"Dios concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar aquellas que puedo y sabiduría para reconocer la diferencia"*.

La presencia de un DIOS, es considerado un factor protector para alejar al adolescente y al joven del consumo, cuando se tiene la adicción hay ausencia del DIOS y cuando se vuelve a él viene la recuperación y la sobriedad. La adicción al alcohol está cargada de un alto nivel de sacralización, por ello la susceptibilidad del joven se deja seducir por las creencias religiosas. Algunos casos de alcoholismo han sido superados a través de la Teoterapia, orientada a procesos terapéuticos a través de la fe basada en creencias religiosas.

### **Familia Educadora**

Se ha comprobado que ni una educación muy rigurosa ni una permisiva son suficientes para evitar que los hijos prueben las drogas. Por ello la familia debe procurar aplazar la edad de inicio del consumo de alcohol y cigarrillo por parte del adolescente.

En la línea de que la familia es la encargada de dar Información, Educación y Comunicación en salud los padres y madres deben:

- Mejorar la calidad de la comunicación con sus hijos.
- Desligar la asociación de la bebida con la diversión y las amistades.
- No consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, ya que los adolescentes lo observan como un comportamiento normal, buscan imitarlo y luego lo asumen como algo no prohibido.

- Informar de los efectos del alcohol y del alcoholismo.
- Evitar fiestas familiares donde los adultos consuman bebidas alcohólicas.( RUMBOS 2002).

Por ello los programas de Educación para la Salud deben coadyuvar a:

- Ayudarles a crecer en un mundo de drogas, sin que estas les destruyan como personas
- Retrasar la edad de inicio de consumo
- Brindar educación para la Salud dirigido a las habilidades sociales
- Brindar educación para la gestión de los riesgos
- Realizar educación en valores.
- Buscar alternativas para divertirse el fin de semana
- Romper la relación entre alcohol y diversión
- Enriquecer su vida cotidiana.
- Mantener relación permanente con los adultos cercanos a los adolescentes.

Desde el Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción de la Presidencia de la República se propone el documento sobre: Diez pasos para ayudar a su preadolescente a decir NO. Este documento presenta técnicas probadas de Comunicación, destinadas a fortalecer las relaciones adulto-niño y a apoyar a padres y maestros que tienen bajo su responsabilidad formación de la juventud. Estos pasos son:

1. Hable con su hijo sobre el alcohol
2. Aprenda realmente a escuchar a su hijo
3. Ayude a su hijo a sentirse bien consigo mismo
4. Ayude a su hijo a desarrollar principios fuertes

5. Sea un buen modelo o ejemplo. Sus propios hábitos de beber
6. Ayude a su hijo a enfrentar la presión de sus compañeros
7. Imponga normas familiares que ayuden a sus hijos a decir no
8. Fomente actividades recreativas, deportivas y culturales
9. Forme un equipo con otros padres
10. Sepa qué hacer si sospecha la existencia de un problema

A pesar de contar con este material tan especializado ni los padres de familia ni las instituciones educativas a través de las escuelas de padres lo tiene como referente para orientar y educar a los jóvenes, se sugiere acompañar el proyecto de vida DE PADRES A PADRES. *“El papel de los padres no es preparar el camino para los hijos.... Sino, preparar a sus hijos para el camino”*.

### ***Embarazo en Adolescentes***

El embarazo en adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para la familia, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y de seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

El embarazo en adolescentes es un grave problema de salud pública, se ha presentado un incremento de la fecundidad en adolescentes de 70 a 90 X 1000 entre 1990 y 2005 y del embarazo en adolescentes de 13% a 21% en el mismo período. (Encuesta Nacional Demografía y Salud, 2005). Y

se ha demostrado de acuerdo a la evidencia científica las siguientes premisas:

- Las adolescentes entre 15 y 19 años tienen doble probabilidad de morir por causas obstétricas
- En las menores de 15 años este riesgo es 6 veces mayor
- La mortalidad materna en menores de 20 años representa el 14% del total de defunciones maternas ocurridas en todas las edades (Encuesta Nacional Demografía y Salud, 2005).

El incremento en el número de embarazos en adolescentes, ha sido un fenómeno de enorme interés en los últimos veinte años y ha llamado la atención de administradores de política pública, investigadores y personal de salud. Esta problemática es considerada actualmente causa y consecuencia de la pobreza y en muchos trabajos se ha señalado este fenómeno como uno de los causantes de la desigualdad económica en los países del Tercer Mundo (Nirenberg, O. & Perrone, N. 1996). Las restricciones económicas propias de la madre adolescente, limitan en gran medida las posibilidades de movilidad social de los hijos lo que obstaculiza el desarrollo por vías alternas como la educación cerrando el círculo de reproducción de la pobreza que se profundiza más intergeneracionalmente.

En Estados Unidos cada año ocurren un millón de casos de embarazo en adolescentes los cuales terminan en aborto y cerca de treinta mil de estos abortos se presentan en menores de 15 años.

En Colombia mientras la tasa de natalidad general ha ido disminuyendo, la tasa de embarazo en adolescentes se ha ido incrementando en forma paulatina. En el año 1987 correspondía al 7.5%, en 1997 al 14% y

actualmente ocupa el 20 % del total de los nacimientos. En Colombia el 40% de las mujeres que han cumplido 19 años ya son madres. Según la encuesta realizada por Profamilia entre 37.000 hogares del país, 1 de cada 5 adolescentes han sido madres o están embarazadas.

Llama la atención a nivel nacional que a pesar del empeño puesto en el diseño de políticas de salud sexual y reproductiva y de múltiples acciones sociales generadas por diversos grupos de trabajo, la situación sigue siendo compleja a juzgar por la precariedad de los resultados de muchas intervenciones realizadas.

La Dirección Territorial de Salud de Caldas como entidad responsable de generar la política de Salud Sexual y reproductiva para el Departamento de Caldas y el Municipio de Manizales se apoya en los lineamientos dados desde los entes Nacionales y descritos en el Plan Nacional de Salud Pública y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (PNSP), en su capítulo cinco sobre “prioridades nacionales en salud”, ubica la salud sexual y reproductiva en un segundo lugar; estas prioridades en salud del PNSP son de estricto cumplimiento en la nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las EPS. Para dar cumplimiento a este objetivo “mejorar la salud sexual y reproductiva” en el PNSP se plantearon estrategias encaminadas a la promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento. En este sentido todas las acciones planteadas en los planes de salud del municipio están dirigidas al cumplimiento de este objetivo.

Otro referente que han tenido en cuenta los entes nacionales y territoriales para plantear la política departamental de SSR son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), cuyo objetivo cinco es mejorar la salud sexual y reproductiva.

Dando cumplimiento a las metas propuestas desde el PNSP y los ODM, la Dirección Territorial de Salud de Caldas, fomenta en las IPS públicas la creación de Centros de Atención Integral para Adolescentes y jóvenes (CAIAJ), donde se ofrece atención diferencial entre hombres y mujeres de 10 y 29 años y las IPS de la ciudad en el programa salud en adolescentes, cuentan con varias líneas de atención, una de ellas se encarga de realizar la valoración del desarrollo del adolescente desde el desarrollo puberal y hormonal; otra línea de atención del programa es la valoración de factores de riesgo psicosociales (ambiente familiar y social), para realizar intervención por parte del equipo de salud teniendo en cuenta las necesidades, también están las líneas de prevención de cáncer de cuello uterino mediante citología vaginal y el programa de planificación familiar, que no tienen costo.

Otra entidad que en la ciudad trabaja sobre el cumplimiento de la política de salud sexual y reproductiva en adolescentes es Profamilia, institución que cuenta con el programa Profamilia joven, el cual implementó el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.

En la ciudad de Manizales en el año 2008, como estrategia para disminuir el embarazo en adolescentes y las ITS se lanzó la campaña *Sin Condón no Aguanta*; en cumplimiento de la misma se instalaron dispensadores en bares y centros nocturnos de la ciudad.

A nivel de las entidades de educación en la ciudad de Manizales el desarrollo de las políticas de educación en salud sexual y reproductiva se soportan en los compromisos adquiridos en el marco de las conferencias internacionales y en las leyes nacionales vigentes.

Es así como la Constitución Nacional de 1991 marca un hito en la educación sexual, toda vez que contempla los derechos sexuales y reproductivos; tanto en los derechos fundamentales como en los sociales, económicos y culturales.

La Ley General de Educación en el artículo 14, literal e) ratifica la obligatoriedad de la educación sexual impartida en cada caso de acuerdo a las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos, según su edad. El artículo 36 del reglamento 1860 de agosto 3 de 1994, establece “la enseñanza prevista en el artículo 14, se cumplirá bajo la modalidad de proyectos pedagógicos. La intensidad horaria y la duración de los proyectos, se definirán en el respectivo plan de estudios”.

En el año 2008 para dar respuesta a las competencias y responsabilidades del sector educativo frente a la política Municipal de Salud Sexual y reproductiva, la Dirección territorial de Salud de Caldas y la Alcaldía de Manizales a través de la Secretaría de Educación, establecieron un convenio para implementar un proyecto formativo, como eje transversal del plan de estudios denominado “Educación Sexual Positiva” dirigido a los diferentes actores de la comunidad educativa (directores, docentes, estudiantes, padres de familia).

Desde el sector salud, se definieron las prioridades de intervención en SSR en el departamento y se diseñaron los diferentes planes, proyectos y

programas para su intervención. Desde el sector educativo se enfocaron las acciones al mejoramiento del nivel de educación sexual positiva a través de la capacitación del cuerpo docente, la creación y puesta en funcionamiento de la Cátedra Departamental de Educación Sexual dirigida a todos los niveles de la comunidad educativa, con producción de material educativo idóneo.

En el último año en la ciudad de Manizales, en las instituciones educativas de carácter oficial se han desarrollado programas de educación en salud sexual y reproductiva en tres componentes estratégicos como son: Prevención del embarazo, prevención de infecciones de transmisión sexual y manejo de los derechos sexuales y reproductivos orientados a adolescentes escolarizados.

En los colegios públicos durante el periodo 2006 a 2007 se impartió educación sexual a 950 niños y jóvenes estudiantes de transición a undécimo.

Respecto a los programas de educación en salud a los cuales han tenido acceso las jóvenes embarazadas sólo se obtuvo información de las jóvenes escolarizadas, ellas comentan que en sus respectivos colegios se les dictaban charlas sobre planificación familiar y prevención del embarazo, las jóvenes no escolarizadas refieren nunca haber tenido información sobre los aspectos mencionados de la política de salud sexual y reproductiva ya que a esta información tendrían derecho a través de la EPS y estas nunca las han invitado a participar de talleres educativos, o les han realizado algún tipo de visita domiciliaria con fines educativos.



La educación en salud sexual y reproductiva de la población no escolarizada debe ser revisada por los generadores de políticas en salud, determinando las estrategias de intervención que van a implementar para que los programas de educación en salud lleguen a esta población, ya que numerosos estudios confirman que son la población más vulnerable; uno de estos estudios realizado por la CEPAL (1997) confirma como la falta de educación puede tener una implicación negativa en la situación de los jóvenes, particularmente porque la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres (OMS/OPS, 2000). Por ejemplo, se estima que el 80% de las madres adolescentes en áreas urbanas y el 70% en áreas rurales pertenecen al 50% de hogares más pobres.

Otros estudios sobre el tema (Fundación Nacional de Atención Prehospitalaria -FNUAP, 1997), han concluido que los niveles de educación de la población influyen en:

- Tasas de fecundidad y mortalidad.
- Edad de inicio de las relaciones sexuales, el matrimonio y la maternidad.
- Tamaño de las familias.
- Ejercicio responsable de la vida sexual y familiar.
- Vulnerabilidad respecto a conductas reproductivas y sexuales de riesgo, ITS y VIH/SIDA.
- Equidad de género y empoderamiento de mujeres y niñas.
- Ejercicio de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

- También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica y abuso, con casos de incesto, coerción y violación

### **Compromiso hacia el cuidado de la salud**

A partir de los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas y en los grupos focales, realizados a adolescentes embarazadas, se generó una primera categoría frente al tema del autocuidado, ya que las madres asumen que el autocuidado es el compromiso de ellas hacia el cuidado de su salud y la del bebé, ellas deben sentirse y verse sanas, les preocupa mucho la imagen corporal, sienten que aumentar de peso es importante, y más importante que la gente les diga que se ven lindas. Esta categoría surgió como respuesta a las preguntas ¿qué sabe sobre el cuidado de sí mismo? ¿Qué hace para cuidarse a sí mismo? donde la mayoría de las respuestas de las embarazadas estuvieron orientadas a describir como la higiene personal, una alimentación sana y el realizar ejercicio, los pensamientos positivos y las buenas relaciones interpersonales son un compromiso presente e intransferible y son la mejor forma de cuidar la salud de la madre y el bebé.

### **Responsabilidad hacia el cuidado de la salud**

Otra categoría importante que surge es la responsabilidad como el deber ser para mantener su salud, como se debe apropiarse del cuidado de ella y como *el bebé que tiene en el vientre es el reflejo de su estilo de vida*, de su comportamiento y de ella depende que el bebé este sano. Muchas adolescentes a pesar de su corta edad para ser madres se muestran felices con su embarazo, manifiestan el grado de responsabilidad frente a ese nuevo ser, expresan "es parte de mi, depende

de mí. Esta categoría surgió con la pregunta ¿Qué le han enseñado sobre el cuidado de la salud? Cuyas respuestas fueron “no automedicarse”, “no consumir drogas psicoactivas”, “asistir al control prenatal” “no realizar ejercicios pesados”.

Los profesores o adultos que las acompañan (informantes claves), comentan como las adolescentes embarazadas expresan que ellas no harían nada que le causara daño a su hijo. Pero dicen ellos “usted cree que una niña que depende del cuidado de su familia sabe lo que es beneficioso o no en un embarazo, donde escasamente tienen de formación la primaria y unos pocos años de bachillerato, ellas se preocupan de otras cosas como la imagen pero de los cuidados del embarazo, de asistir a controles, será si sus mamás las llevan o acompañan”

La mayoría de embarazadas comentan como los mensajes en educación en salud a los que han tenido acceso ya sea a nivel visual o auditivo estaban orientados a la prevención, pero todos estos mensajes afirman ellas son prohibiciones, finalmente *uno no podría hacer nada en donde pasa bueno porque todo tiene un efecto negativo para la salud.*

Es importante tener en cuenta este aspecto para realizar programas de educación en salud, los jóvenes quieren mensajes positivos. Los informantes claves sugieren que “los programa de educación en salud sexual y reproductiva no solo se enfoquen a la planificación familiar y a ITS, sino que involucre otros aspectos desde el desarrollo humano, que les enseñen para que tengan proyectos de vida, esto consideran es lo que les hace falta, las jóvenes piensan que la vida es tener hijos, esposo y ya con esto se sienten realizadas, se sienten reconocidas por sus pares, no sueñan con estudiar, con.... ser diferentes”

Estas apreciaciones coinciden con los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas a nivel nacional, donde se demuestra que los indicadores de salud sexual y reproductiva de los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias de la salud reproductiva, y se dejan fuera los indicadores de salud sexual y de desarrollo, como por ejemplo el conocimiento y aprecio del propio cuerpo, el desarrollo de relaciones relevantes y la capacidad de negociación (Fundación Nacional de Atención Prehospitalaria -FUNAP, 2006). Esta es pues una reflexión que deben realizar los generadores de programas de educación en salud sexual y reproductiva a nivel nacional y local.

Como lo expresa Alzate (2006), el sistema de salud pretende que una vida sexual sana se limite a la utilización sistemática de un método anticonceptivo combinado con el uso del condón en las relaciones sexuales de riesgo; es decir, que si hay doble protección todo está bien. Estas son suposiciones comunes en relación con la sexualidad adolescente y el papel de los sistemas educativo y de salud en torno a la resolución de la problemática que en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) aqueja a nuestra comunidad.

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Entraña, además, la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Las jóvenes afirman frente a la pregunta ¿Qué personas de las que le han transmitido mensajes de educación en salud, tienen para usted más credibilidad: compañeros, amigos, profesionales de la salud, profesores o

familiares?. Son los profesionales de la salud los que tienen mayor credibilidad porque *tienen mayor conocimiento, comparten experiencias y sobre todo no nos están juzgando y podemos preguntarles sin ser señalados, “claro que a veces mandan unas señoras ya muy mayores que da pena preguntarles”*.

A pesar de que creen en los profesionales de la salud, la mayoría ha recibido la información es de sus padres y no es una información clara y oportuna. Esta apreciación concuerda con los hallazgos de Aguirre y Güell (2002) en una investigación sobre sexualidad en adolescentes, donde los jóvenes manifestaron que la información sexual que reciben de sus padres por lo general les llega demasiado tarde, está llena de mitos y tabúes, es demasiado prohibitiva y no explora temas como la intimidad o el placer.

Este planteamiento también coincide con los resultados de un estudio sobre “el madre solterismo en la adolescencia” realizado en la ciudad de Manizales, donde Muñoz y Giraldo (1995) describen como “la calidad de educación intrafamiliar a nivel sexual, el desconocimiento y el no uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes son causas de embarazos no deseados debido a la falta de conciencia acerca de lo que significa la reproducción humana, por lo tanto la adolescente necesita apoyo y orientación de su familia y las instituciones que influyen en su socialización”.

En otro estudio sobre el tema presenta como el 24% de los jóvenes afirman que sus madres “entienden poco de sus problemas”, y el 32% que sus padres “entienden poco de sus problemas” (OMS/OPS, 2000). Encuestas realizadas entre adolescentes varones en nueve países de la Región corroboran los hallazgos del Caribe, como es el hecho de que a

los adolescentes varones les gustaría comunicarse más sobre sexo con sus padres.

Los informantes claves, docentes y cuidadores alrededor de la pregunta ¿Qué beneficios y fallas encuentra usted en los programas de educación en salud? Manifiestan que estos programas no son continuos, a veces se reducen a una sola charla de una hora y ya..., también opinan que no captan a toda la población que debería recibir la información; estas sugerencias coinciden con muchos autores que expresan que para que un programa sea exitoso debe tener diversas estrategias y llegar a diferentes tipos de audiencias; deberían recibir este tipo de educación los docentes, padres de familia y obviamente los adolescentes.

Las entidades responsables de generar las estrategias de educación frente a la política de SSR deberán innovar en las estrategias, ya que está comprobado por la evidencia que "...las soluciones rápidas, basadas en campañas masivas de educación sexual y distribución gratuita de anticonceptivos, no parecerían ser suficientes para controlar las exorbitantes tasas de embarazo entre las jóvenes colombianas de menores recursos." Gaviria U. "Decisiones: Sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas". FEDESARROLLO, 2000. A partir de lo encontrado en esta investigación que confirma lo planteado en otras investigaciones existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar a pesar de todos los programas de educación en salud que se han generado desde el sector académico y el sector salud. Por ejemplo, a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones.

La falta de programas de educación en SSR oportunos ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos adolescentes no planificados, las ITS, el VIH y el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente. Es de anotar que los factores de riesgo para la SSR de adolescentes son actividad sexual temprana y baja prevalencia de uso anticonceptivo, alta vulnerabilidad para la violencia y abuso sexual, obligación de asumir rol de adultos a edades tempranas.

En consecuencia sería importante desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad; los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva; la promoción del buen trato y prevención de abuso sexual. Es necesario aprender más sobre los valores, identidad y actitudes de ambos sexos.

#### - *Infecciones de Transmisión Sexual en Adolescentes*

A pesar del incremento en el nivel educativo de los jóvenes en América Latina y sus implicaciones positivas para el desarrollo; el intercambio con pares, la influencia de los medios de comunicación, la mayor libertad que tienen los adolescentes en la sociedad y la modificación en la escala de valores, aumenta la actividad sexual a temprana edad lo cual se ve reflejado en el mayor número de infecciones de transmisión sexual, conformándose en grupo de alto riesgo.

Dando respuesta a las políticas nacionales del Ministerio de Protección Social y de Educación, los colegios tienen cátedras orientadas a la educación sexual; de igual manera las instituciones de salud lideran programas de educación sexual atendiendo a la política de salud sexual y

reproductiva. También muchas instituciones de educación no formal e informal lideran actividades de educación en salud. Sin embargo, los estudios epidemiológicos muestran un aumento en la frecuencia de presentación de Infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes. (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud, OMS: Estudio sobre: Enfermedades de Transmisión Sexual: Políticas y Principios de Prevención y Asistencia).

Datos de Profamilia señalan que en la población colombiana las Infecciones de Transmisión Sexual más comunes son: Vih/sida, sífilis, gonorrea, infección por clamidia, linfogranuloma venéreo, chancro Blando, condilomas e infección por el VPH, herpes genital y pediculosis. Desde la antigüedad hasta los comienzos de los años 70 las enfermedades transmitidas por la actividad sexual se llamaron las Enfermedades Venéreas. A finales de los años 70 se les denominaron enfermedades de transmisión sexual según el enfoque de salud pública. Desde 1998, la OMS usa el término de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las infecciones de transmisión sexual afectan a las personas en los países tanto en desarrollo como industrializados. Las personas entre los 20 a 24 años tienen el mayor riesgo de infección. Las ITS tienen repercusiones importantes en la salud reproductiva y se ha demostrado que incrementan el riesgo de la infección por el VIH. Esto es particularmente grave ya que en muchos casos las ITS se presentan en forma asintomática en ambos sexos, en particular en las mujeres.

- De los 5 millones de casos nuevos de VIH al año, más de  $\frac{3}{4}$  partes son por Transmisión Sexual.
- Una ITS que no se diagnostica ni recibe tratamiento adecuado puede acrecentar 10 veces el riesgo de contraer VIH.



- Las mujeres corren más riesgo de infectarse que los hombres.
  - Un 70 % de las mujeres que padecen una ITS no presentan síntomas.
- (Informe sobre la epidemia mundial de SIDA- ONUSIDA, 2004)

Según Gilberto Álvarez Uribe, director de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social, ha mejorado la notificación por vigilancia estrecha, en el caso de la sífilis congénita, gracias a que el gobierno se ha propuesto por política oficial bajar la frecuencia de presentación de esta enfermedad. No obstante, con otras patologías se ha notado una regresión, como la blenorragia o gonorrea y las tricomonas, dado que la población consulta directamente al farmacéuta y no va al médico, por consiguiente existe un subregistro de estas ITS.

En términos generales, se han realizado más campañas, se han divulgado más los derechos en salud sexual y reproductiva, se hace mucho más énfasis en promoción y prevención, pero sigue siendo un problema de salud pública la morbilidad de las infecciones de transmisión sexual en Colombia, según Álvarez Uribe. Por el momento, el gobierno no ha pensado incluir dentro del Plan de Inmunizaciones la vacuna contra el VPH, por cuanto no se han efectuado los estudios costo-beneficio.

El presidente de la Unión Colombiana Contra Enfermedades de Transmisión Sexual, Guido Cháves Montagno MD, (2004) al referirse sobre cómo está Colombia con respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual, ITS, dijo que la situación es preocupante. Agregó, que la mayoría de las ITS se han aumentado en el país y solamente la sífilis congénita ha disminuido. Ante este panorama, recomienda a todos los colombianos que tengan mayor autoestima consigo mismos y cero promiscuidad. Además enfatizó, que se debe consultar al médico sobre este tipo de enfermedades, cuando cambien aspectos en la piel o manifestaciones

anormales en órganos genitales o se tenga sospecha que se haya contraído una infección.

La tendencia de la infección por VIH en Colombia va en aumento con una prevalencia estimada de 0,1% en 1990 a 0,7% en 2005 en personas entre 15 y 49 años (Observatorio VIH/MPS-ONUSIDA). En Colombia la epidemia aún es concentrada, con predominio de transmisión sexual, específicamente heterosexual, y una creciente participación femenina en la misma, de mayor concentración en áreas de mayor densidad poblacional y distribución geográfica heterogénea. La distribución por sexo de los casos notificados de VIH muestra una tendencia a la feminización de la epidemia, pasando de 8,2% a 26,7% la proporción de casos ocurridos en mujeres en el periodo 1985 - -2005. La razón de infección de VIH hombre/mujer pasó de 9,4 en 1990 a 2,3 en 2005, incrementando el riesgo de transmisión perinatal de y que se encuentra cercana al 3% del total (Observatorio VIH/MPS-ONUSIDA). En Colombia el Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 contempla como línea prioritaria la salud sexual y reproductiva.

Dentro de la caracterización de los programas de educación para la salud se encontró que en las EPS de la ciudad de Manizales no hay programas específicos sobre la promoción y prevención de las ITS para los adolescentes. Sin embargo se encontró que hay un programa de Profamilia para jóvenes, que consiste en brindar atención integral para adolescentes y jóvenes, especializado en sexualidad, que ofrece información, orientación, educación, servicios y productos de salud sexual y reproductiva a personas entre los 12 y 19 años de edad, especialmente.

Este programa lo implementan las IPS y PROFAMILIA orientado al manejo de derechos sexuales y reproductivos, temas de gran interés para los adolescentes porque enfatizan en la prevención de las ITS. La cobertura que tienen los adolescentes con estos programas es muy reducida por varios factores como:

- *en especial los adolescentes sienten pena y miedo de ser señalados por asistir a estos programas educativos*
- *los horarios que brindan las instituciones para que asistan los adolescentes no es el apropiado, ya que generalmente se cruzan con los horarios escolares*
- *se realizan en horas del día en las cuales a los adolescentes les da pereza asistir*
- *a las instituciones que ofrecen estos programas les hace falta mayor divulgación ya que en muchas ocasiones los adolescentes no se enteran de los programas de promoción y prevención de las EPS e IPS que son de interés para ellos*

En cuanto a la identificación de los programas de educación para la salud a los cuales han tenido acceso los adolescentes se deduce que *por las razones enunciadas anteriormente los adolescentes no asisten y por ende los programas no dan resultado*. Sin embargo mediante el PAB ellos pueden asistir a consultas de planificación familiar en las cuales se brinda educación a los asistentes sobre prevención de embarazo y prevención de ITS.

Además algunos de los adolescentes entrevistados dan a conocer que ellos han recibido estos programas en las brigadas de salud que se hacen en algunas partes de la ciudad donde les dan educación acerca de estos temas e incluso les hacen consultas medicas, sin embargo los

adolescentes aducen que el acceso que han tenido en ocasiones es mínimo ya que hay poca divulgación de los programas de las entidades de salud.

A la pregunta ¿Qué sabe sobre el cuidado de sí mismo? Los adolescentes respondieron:

*“protegerme de lo que me puede hacer daño”*

*“quererme, cuidarme y hacerme respetar”*

*“respetarse, quererse y además refleja la personalidad del individuo”*

*“el autocuidado refleja la autoestima o el cariño propio, las normas aprendidas en la familia y un proceso comportamental”*

*“tener una buena alimentación, tener una buena higiene para ser una persona sana”*

Actualmente el autocuidado lo catalogan los adolescentes como una necesidad que es indispensable para la vida, además de lograr que cada persona propicie su desarrollo integral, emocional, físico, estético e intelectual.

Al interrogante ¿Qué hace para cuidarse a sí mismo?, refieren:

*“cuidarse en la alimentación, tener buenos hábitos, tener buena higiene”*

*“hacer deporte, mantener bien aseado, cepillarme los dientes”*

*“no maltratarme, ir al médico, mantener bien presentada”*

*“limpieza interna y externa del cuerpo y de la mente”.*

Para los adolescentes el cuidarse a sí mismo es la belleza exterior y no están teniendo una adecuada conciencia sobre lo que realmente es la salud y cuidar de ella, solo tiene importancia *mantenerse bonito* sin

importar los problemas, enfermedades o infecciones que su organismo presente.

A partir de las respuestas de los adolescentes diagnosticados con ITS en la entrevista semiestructurada, en relación al nivel de registro conceptual, sentido, significado y apropiación de los mensajes recibidos sobre la prevención de ITS, surgen las siguientes categorías:

### **Salud Familiar**

Para los adolescentes es muy importante que cuando se aborden temas como la prevención de ITS estén presentes los padres, para posteriormente no sentirse cohibidos y tenerlos como interlocutores validos y confiables.

El doctor Efrén Martínez, director de la fundación colectivo Aquí y ahora, destaca a la familia como eje principal para la atención de las conductas adictivas y para que los jóvenes tengan una vida con sentido, llena de objetivos e ilusiones que les impida caer en las adicciones.

### **Educación domiciliaria**

Debido que las personas de bajos recursos les da dificultad acudir al puesto de salud a recibir información por diferentes obligaciones en el hogar o a nivel laboral y que en ocasiones les da *pereza* asistir a los diferentes programas educativos, manifiestan su preferencia hacia la presencia de los profesionales en salud en sus casas *para hablar sobre diferentes temas que les brinden educación en salud, así como que les realicen chequeos médicos a toda la familia*. Así ellos se sienten con

mayor confianza y seguridad. Estas acciones en salud tienen mayor grado de apropiación y de recordación por la comunidad.

### **Presentación personal**

La mayoría de los adolescentes coincidieron en que lo más importante de la salud para ellos es tener una buena y adecuada presentación personal, estar limpios y bien arreglados previene algunas enfermedades o si las tienen no los van a señalar *como algunos creen que lo hacen con ellos*.

### **Actividad física**

Para los jóvenes tener el cuerpo perfecto es signo de una buena salud, sin embargo tener el cuerpo perfecto no indica un excelente estado de salud y que se es inmune a una ITS. Para otro grupo de adolescentes hacer ejercicio constante y tener una adecuada alimentación conlleva a un buen estado de salud.

### **- *Los Medios de Comunicación en la Educación para la Salud con Adolescentes***

“La Educación para la Salud es un proceso pedagógico que no sólo ha de darse en la escuela o centros educativos de cualquier tipo, además es un proceso didáctico en el que todas las personas se deben de implicar.” (Feria, Morón 1995). Por ello los medios masivos de comunicación tienen una responsabilidad social en procesos de educación y comunicación en salud.

“Los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales aunque las comunicaciones

interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores” (Gloria A. Coe, 1998). Desde que nacen los niños están expuestos a la televisión y el mayor daño que causa este artefacto es el valioso tiempo que roba a otras actividades creativas necesarias. En la primera y segunda infancia, la televisión, los videos juegos y el internet llegan a provocar fuertes dependencias que luego pueden configurar un tipo de personalidad adictiva.

A pesar de que a diario vemos, escuchamos, leemos y, en general, estamos en contacto con diversos medios de comunicación, definirlos es una tarea compleja por la cantidad de significados y conceptos que éstos implican. Para algunos, la definición de los medios de comunicación es la manera más eficaz y rápida de transmitir un mensaje, para otros, son un vehículo de manipulación social mediante el cual los diferentes poderes de la sociedad se hacen escuchar.

La definición de medios de comunicación expresa que son un poder innegable en la sociedad mundial de hoy, así que afirmar que alguna de las aseveraciones anteriores es falsa o verdadera sería apresurado, pues todas son relativas, dependiendo su falsedad o veracidad del contexto específico desde el cual se observen, pues todas estas afirmaciones hacen alusión a los diversos papeles que los medios cumplen hoy en la actualidad. Sin embargo, es preciso definir a los medios de comunicación desde su condición más esencial; es decir, desde el origen de su naturaleza, pues es por intermedio de esta delimitación que es posible comprender el significado y la manera en que los entendemos, además, hemos visto como los medios masivos de comunicación han ido evolucionando de acuerdo a las necesidades y requerimientos de cada época.

Estos medios son los instrumentos mediante los cuales se informa y se comunica de forma masiva; son la manera como las personas, los miembros de una sociedad o de una comunidad se enteran de lo que sucede a su alrededor a nivel económico, político, social, etc. Los medios de comunicación son la representación física de la comunicación en nuestro mundo; es decir, son el canal mediante el cual la información se obtiene, se procesa y finalmente, se expresa, se comunica.

La variedad de los medios de comunicación está dada por los avances tecnológicos, que dan origen a las tecnologías de información y comunicación (TIC) forman parte de la *cultura tecnológica* (Pere Márques Graells, 2000) con la que debemos convivir, ésta es la razón por la cual pueden tener un gran impacto en la gestión de la salud en el país. Esta posibilidad facilita el acceso a los conocimientos médicos mundiales y al conocimiento de carácter local para fortalecer la educación para la salud con miras a promover la salud en el adolescente y en el joven y los programas de prevención dirigidos a esta audiencia sobre la salud sexual y reproductiva, las infecciones de transmisión sexual, la farmacodependencia y el alcoholismo, especialmente, factores que alteran significativamente su vida.

La mayoría de los países de la Región de América Latina y el Caribe, cuentan con planes y programas nacionales de salud de adolescentes, con diferentes grados de desarrollo en su implementación y con gran heterogeneidad conceptual. El interés de los países en el tema de salud de adolescencia han ido en aumento y esto se refleja en la mayor demanda de cooperación técnica de la OPS y en una mayor asignación de recursos en los Ministerios de Salud y Educación. Desarrollar políticas y capacidad de abogacía; incorporar los medios de comunicación; fortalecer las redes de comunicación, con incorporación de las nuevas



tecnologías; y formar recursos humanos priorizando los pregrados, con amplia participación juvenil, permitirá multiplicar las “ideas fuerza” y dejar una capacidad instalada en los países, para satisfacer las necesidades de este grupo etéreo.

Cabe anotar que estos medios tienen diversos enfoques, no solo sirven para divertirnos y entretenernos, sino que también son de gran ayuda al momento de educar, es así, como surge la comunicación para la salud definida como "la modificación del comportamiento humano y los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño" (Gloria A. Coe, 1998)

Mediante una entrevista semiestructurada realizada a los diferentes medios masivos de Comunicación locales (prensa, radio y televisión), se registraron los programas dedicados a la educación y comunicación en salud existentes en la ciudad de Manizales.

En la investigación realizada al periódico local La Patria, se encontró que habitualmente se publican artículos relacionados con investigaciones realizadas en la ciudad de Manizales, eventos en salud que se llevan a cabo, o simplemente se habla con un experto en un tema específico de salud. El soporte gráfico-textual (Feria Moreno) de la prensa es totalmente adecuado para tratar temas específicos con la profundidad suficiente que requiera el tipo de publicación, es por ello que hay que aprovechar esta forma de comunicación para educar a las personas, creando nuevos modelos de vida, no suprimiendo conductas ya establecidas si no creando nuevas.

Es importante aclarar que en la actualidad muy pocas personas que tienen el hábito de la lectura, a muchas de ellas, en especial los jóvenes no les gusta leer, les parece tonto y les da pereza, es por eso, que hay que aprovechar este medio utilizando más imagen para captar la atención de los receptores del mensaje.

En la Emisora de la Policía Nacional, hay un programa llamado “Un País Por la Infancia”, que maneja temas sobre autocuidado de la salud del joven y el adolescente (farmacodependencia, alcoholismo, Madresolterismo, ITS); este programa está dirigido a una audiencia de niños y preadolescentes entre 6 y 11 años. En esta emisora escuchada por un buen número de radioescuchas no existe una temática enfocada al autocuidado de los adolescentes y jóvenes de la región con edades entre 12 y 20 años. Solo esta emisora ha tomado este medio con un propósito educativo, ha sido la única que cuenta con un experto en temas relacionados con la salud y han tenido en cuenta la problemática social relacionada con los escolares de la región.

Otras emisoras sintonizadas por los adolescentes y jóvenes no emiten programas relacionados con temas de salud, sólo en las emisiones diarias se hace alusión a ciertos temas relacionados con prevención de adicciones, que no son fundamentados científicamente, es decir, no los orientan personas idóneas en el tema, solo los locutores refieren experiencias personales.

Otro aspecto observado en la radio, se relaciona con comerciales referidos al alcohol, el cigarrillo, salud sexual, entre otros, alguno de estos son:

*“sin preservativo ni pio”*; *“el exceso de alcohol es perjudicial para la salud, prohibida la venta a menores de edad”*

Estos mensajes son ambiguos y absurdos para los jóvenes, en dichos estribillos se escuchan como ofertan productos como alcohol, cigarrillos, que inducen a los adolescentes al consumo, a tener relaciones sexuales, las cuales atentan contra una adecuada calidad de vida y salud, y es así como se enriquecen generando publicidad totalmente contradictoria, apoyando marcas de productos poco saludables.

En el canal regional TELECAFE, no existe un programa orientado al autocuidado para el adolescente y el joven, sin embargo en programas como: *Buenos días eje*, *Conexión vital* y *Vivir mejor- santa Sofía*, se abordan temas como alcoholismo, ITS, entre otros; es importante destacar que las temáticas son presentadas por un profesional de la salud. Además, y de acuerdo a las observaciones realizadas a cada uno de los canales de televisión nacionales, se puede concluir que no cuentan con programas de salud dirigidos a la audiencia que nos ocupa, sin embargo en los noticieros presentan segmentos de salud dirigidas al público en general. Así como en la radio los comerciales relacionados con la prevención de adicciones en los adolescentes y jóvenes, no tienen una marcada influencia sobre estos. El soporte audiovisual (Antonio Feria Moreno) que nos brinda la televisión es indispensable en la formación o creación de cualquier programa de salud, es por ello que es importante incluir mensajes adecuados y con una previa fundamentación.

Como se puede observar en las respuestas a las entrevistas los medios masivos de Comunicación locales realizan muy poca acción intencionada con los jóvenes y adolescentes, relacionada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Todo este proceso de recolección, análisis e interpretación de la información, permitió conocer que los temas en salud manejados a través de los medios masivos de

comunicación son muy escasos, además en ocasiones poco fundamentados.

Para complementar esta información se realizó una encuesta a adolescentes y jóvenes de tres colegios de la ciudad de Manizales, sobre el uso de medios en temas de salud, arrojando los siguientes resultados:

- a) Un 70% de estudiantes tiene acceso a la información en salud que se difunde por los medios masivos de comunicación, y un 20% admite no tener acceso a los mismos.
- b) Un 56% de la población estudiada no cree que la información que se transmite en los medios de comunicación sea suficiente para crear una conciencia de promoción en salud y prevención de la enfermedad.
- c) Un 50% de los estudiantes han escuchado mensajes sobre la promoción de la salud.
- d) La mayor parte de los mensajes llegan a los estudiantes por medio de la televisión con un resultado del 65.5%.
- e) En segundo lugar encontramos el internet con un 27.7%
- f) Los jóvenes no prestan mucha atención a los mensajes transmitidos en radio con un total del 8% en esta opción.

En conclusión:

- En los tres colegios analizados se encontró que la televisión y el internet son los medios de comunicación más acogidos por estos.
- Los colegios privados utilizan más el internet.
- Los hombres asimilan más la información en salud emitida por los medios masivos de comunicación creando así una conciencia preventiva.
- En el colegio público tiene más sentido las experiencias personales.
- En los medios masivos de comunicación no se han creado programas específicos en salud.
- En la radio se emite poco o nada acerca de información sobre salud.

Teniendo en cuenta este análisis, se propone:

- Aumentar los programas de promoción y prevención en salud emitidos en los medios masivos de comunicación.
- Incorporar a los jóvenes y adolescentes en la elaboración de programas de salud emitidos en los medios masivos de comunicación.
- Diseñar y difundir formas novedosas de educación en salud que llamen la atención de jóvenes y adolescentes en:

Revistas y periódicos: humor, caricatura, imagen

Televisión: comerciales

Radio: estribillo, canciones

Internet: Advergames

La publicidad utiliza los medios masivos de comunicación de manera inadecuada, enviando mensajes erróneos y poco fundamentados que confunden a los jóvenes y adolescentes, creándoles un mundo irreal, vacío, donde no está cimentada la cultura del autocuidado. Igualmente la prensa, la radio y la televisión como medios de comunicación masivos no son en origen ni mejores ni peores que cualquier otro, son simplemente eso, medios, su utilización depende de las personas que piensan detrás de ellos y de la sociedad que asume y consume unos productos, informaciones, etc. Los periódicos, la radio, la televisión y las páginas Web, el internet, son instrumentos fundamentales de diseminación de información, de educación y de cambios en la cultura.

Teniendo en cuenta que la educación en salud y la formación de hábitos debe darse desde la niñez, el Programa *Costumbres sanas con Plaza Sésamo*, Junto a Abelardo, Lola, pancho y los demás personajes de la serie de televisión infantil, los niños colombianos están aprendiendo sobre hábitos saludables. En cada capítulo se aborda una problemática para que los niños y los padres aprendan a solucionarla.

Hábitos saludables para toda la vida, nace como la respuesta a la problemática relacionada con la salud. En este sentido han lanzado esta iniciativa en formato multimedia para ayudar a los niños preescolares a establecer un fundamento de hábitos saludables que puedan durar para toda la vida. En Colombia se desarrolla a través de actividades basadas en un currículo local, con el apoyo del sector de educativo y salud. En este

proyecto se vinculan niños de 7 a 12 años de edad, quienes crean dibujos animados, historias, sonidos y personajes con la asesoría de pediatras y un editor de contenido. Estos trabajos antes de ser formalizados se socializan con los niños y se determina que tengan buena comprensión de los mensajes y que sean de su agrado. Este es un buen ejemplo para nuestro país, que merece ser imitado.

Se enfatiza en la responsabilidad de los medios masivos de Comunicación en dar información adecuada y certera con el fin de crear una conciencia preventiva, enfocada al autocuidado, con el objetivo de disminuir la tasa de incidencia en farmacodependencia, madresolterismo, alcoholismo, y adolescentes con ITS (Infecciones de Transmisión Sexuales).

#### 4.5 LAS ARTES MEDIALES EN LA EDUCACION PARA LA SALUD<sup>88</sup>



Para fundamentar en modelos teóricos la implementación de las artes mediales para la adopción de modos de vida sanos, se debe partir de la concepción de la Educación para la Salud –EpS–, como una práctica antigua que ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con el concepto de salud dominante y la manera de ejercer la práctica educativa y de salud.

La educación por medio del entretenimiento que tuvo sus orígenes en América Latina, sugiere que la información sanitaria con fines de entretenimiento debe ser atractiva, comprensible y capaz de influir en los comportamientos relacionados con la salud. Los programas de entretenimiento educativo promueven comportamientos sanos y la incorporación de mensajes de salud. Los materiales impresos, como las

---

<sup>88</sup> ECHEVERRY, S., SERNA, P. (2012) Artes Mediales en Educación para la Salud



novelas dibujadas y las historietas, así como los discos de música popular han promovido muchos temas relacionados con la salud, como la planificación de la familia, la nutrición y la protección del ambiente.

En la actualidad, debido a la seducción y al poder penetrante de los medios de comunicación, se han convertido en un canal primario de enriquecimiento cultural; aunque algunos autores indican que los medios ya no se consideran parte de la cultura, lo son. Quienes enseñan estas aptitudes se esfuerzan por enseñar a los jóvenes a utilizar, descodificar, analizar y criticar los mensajes de los medios de comunicación y a comprender la forma como estos influyen en las costumbres, las actitudes y los comportamientos sociales.

A continuación se presentan los acercamientos a las artes mediales para validar su aceptación por parte de adolescentes y jóvenes, en procesos de educación para la salud.

### **El videoarte como herramienta educativa**

El video permite la inmersión y la inclusión del espectador dentro del flujo audiovisual.

En una experiencia inmersiva donde los participantes son rodeados por los estímulos audiovisuales, al punto de convertirse en parte de ellos como reflejo y recuerdo de sus propias experiencias. Su relación con el entorno es más emocional y sensorial que intelectual, lo cual genera un nivel de inmediatez que involucra de manera íntima al espectador con las imágenes y los sonidos.

La educación sanitaria pretende “*modificar o potenciar comportamientos de la población*” (Marqués, Sáez, & Gayta, 2.004: 52), por lo anterior, el diseño metodológico aplicado fue realizado teniendo en cuenta el modelo propuesto por Bloom (et.al: 53), el cual plantea que objetivos educativos operativos se deben alcanzar con las poblaciones de interés, desde los planos “*cognitivo, afectivo y psicomotor*” (ídem). Por lo tanto se analizaron para este momento que conocimientos, actitudes y destrezas se esperaban que adquiriera la población objetivo como respuesta de los mensajes comunicacionales a través de las diferentes expresiones mediales.

Entonces para realizar la validación de las estrategias utilizadas se tuvo en cuenta desde la motivación y la persuasión interactiva – narrativa, el cumplimiento de los

*“objetivos cognitivos, referidos a los conocimientos que se han de adquirir, los cuales incluyen la capacidad de recuerdo y memorización, la comprensión o interpretación de datos o hechos y la aplicación o resolución de problemas; los objetivos psicomotores, relativos a las capacidades prácticas o destrezas, contemplan la imitación, la capacidad de repetición, y finalmente el hábito de la respuesta ante diferentes situaciones; y los objetivos afectivos, relacionados con las actitudes y valores, comprenden la receptividad, la conceptualización y por último, la interiorización de un valor o actitud específico”* (et.al: 53).

Con base en el modelo anterior se aplicó el estudio en diferentes fases, inicialmente se realizó una validación del video como estrategia persuasiva de educación – aprendizaje en programas sanitarios, a través de la realización de 4 talleres con adolescentes y jóvenes de diferentes instituciones educativas oficiales de la ciudad de Manizales y videos relacionados con problemáticas en salud como aborto, alcoholismo, farmacodependencia y anorexia. Durante la ejecución de los talleres se formularon una serie de preguntas donde los participantes deberían responder en forma escrita, y donde se pudieron percibir aspectos como pre-saberes, actitudes, comportamientos y estilos de vida de la población estudiada. (Anexo 1).

Las preguntas formuladas fueron las siguientes:

¿Cuál fue el video que más le impacto?

¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

¿Cómo le parece la estrategia del uso del video para la educación en salud?

El reto de validar el video como arte medial para la educación en la salud, mostró gran aceptación debido al alta influencia que tienen los medios de comunicación en los adolescentes. Después de observar los videos, se pudo observar como salían a flote conceptos, posturas hacia los efectos nocivos y perjudiciales y a futuro que traen consigo la drogadicción, el aborto, el alcohol y los desordenes alimenticios (anorexia) y generar toma de decisiones en pro del bienestar futuro.

De acuerdo al análisis de textos se pudieron extraer expresiones, tales como: ***“abre los ojos”*** porque consideran que los videos mostrados les sirve como referencia para no caer en el mismo error. Cuando los participantes observaron los videos se sensibilizaron generando

expresiones como *“muy triste”* o *“que pesar”*, como una visualización de lo que en un futuro podrían enfrentar ante una situación similar recordando imágenes y escenas que aunque son extraídos de una representación simulada como una muestra muy cercana de la realidad, permitieron en alto grado la recordación del mensaje.

El video *“La problemática de hoy en día”* refiere un análisis de la madurez de los jóvenes frente a los malos hábitos; a pesar de conocer las pautas de enseñanza-aprendizaje, estas poblaciones continúan siendo permeables y frágiles ante las problemáticas sociales del entorno en el que viven.

Las jovencitas al estar en contacto con el video *“por que no es justo”* en cuanto a la problemática del aborto, tienen percepciones morales en cuanto a la injusticia de acabar con una vida, en sus palabras, se sintieron *“tocadas”* y conmovidas, sin embargo son reflexivas con el hecho de que si *“escucharan a sus padres”* y comprendieran responsablemente el proceso del auto cuidado y la responsabilidad, algunas decisiones mal tomadas generarían consecuencias adversas como: dificultades familiares, económicas, sociales y educativas que pueden trastornan su proyecto de vida.

Expresiones como: *“El alcoholismo solo nos trae desgracias y no lo hace tan feliz como uno piensa”*, *“por vanidad no hay que de dejar de comer, hay que cuidarse y no llegar a los extremos”* *“Que por mas consecuencias que traiga un embarazo no hay derecho acabar con la vida de un ser indefenso”*, permite deducir que las técnicas y estrategias mediales para la comunicación de mensajes en salud tienen la capacidad de generar pensamientos positivos, objetivos, de vida y esperanza, permitiendo que los adolescentes cambien el imitar conductas de riesgo

por conductas sanas donde lo primordial es la tolerancia, aceptación y comprensión mutua, basada en el respeto con el prójimo, para dejar de lado acciones que generen daño, y evitar ***“que uno tiene que afrontar las consecuencias de los actos que cometa”***, como lo menciona una de las jóvenes participantes del taller.

Es aquí donde se evidencia la eficacia de los mensajes comunicativos y persuasivos a través de la educación – entretenimiento con la utilización de diferentes narrativas sociales y de salud, donde por medio de personajes simbólicos o de ficción y la identificación de experiencias propias por parte de las poblaciones jóvenes con éstos, generan reacciones directas e indirectas en cuanto a actitudes, creencias y en general cambios conductuales.

Es necesario tener claridad frente a los objetivos específicos del proceso de persuasión y el papel central del tema abordado; la táctica medial utilizada será el vehículo de atracción de la atención de las audiencias y el soporte para el procesamiento de la información y el posterior impacto del mensaje. Se debe contar con un equilibrio entre el nivel de entretenimiento o diversión, y la calidad narrativa y dramática de los contenidos, para provocar un disfrute y al mismo tiempo un enganche e implicación de las audiencias con el mensaje; en general la característica principal de una obra en educación – entretenimiento es su eficacia como medio de persuasión incidental. En este caso para concientizar a los jóvenes en cuanto a conceptos, actitudes y prácticas que favorezcan la convivencia, los valores, la cultura, el deporte, el cuidado de la salud, la autodirección, la autodeterminación, la toma de decisiones, la voluntad, la responsabilidad y la disciplina.

Problemáticas familiares y sociales solucionadas erróneamente por estos grupos objetivos, a través del alcohol y demás sustancias adictivas deberán estar orientados a **“valorar la vida, disfrútala sanamente sin drogas y actuando conscientemente”** a **“tomar conciencia de que la vida hay que respetarla, pues solo tenemos una y debemos aprender a vivirla como es”**, generando discusiones y cuestionamientos de actuares inapropiados que se pueden hacer visibles, obtener a partir de esta estrategia de persuasión y ésta técnica medial, la divulgación de situaciones reales y como los embarazos no deseados, a temprana edad y la prevención del aborto, a través de expresiones como **“Nos enseña que la vida es muy valiosa y que nosotros mismos podemos acabarla de diferentes maneras”** y que interioricen el hecho de **“Que nosotros tenemos que ser muy responsables con nuestra sexualidad porque ningún ser inocente tiene que pagar por nuestros errores”**; allí lo importante es la comprensión y entendimiento de la relación actual entre las nuevas tecnologías y el adolescente, así como la importancia del papel de los padres en la educación de joven y la interacción con su entorno.

El video, como aplicación medial para la educación en salud, tuvo una indudable acogida por parte de los adolescentes y jóvenes por su lenguaje ágil, corta duración y entretenido, logró generar discusión y expresiones con diferentes puntos de vista como **“Me parece bien que hagan estos videos para que la gente pueda ver lo que pasa en el mundo”**, **“Muy buenos por que como dijeron en un video, las imágenes hablan por sí solas”**; los videos capturan la total atención de los jóvenes porque les permite trasladarse por un momento a la situación que se esté evidenciando obteniendo un grado de comprensión y asimilación más alto en lo que ven y sienten como propio, experimentan e identifican las situaciones a las cuales pueden llegar a verse expuestos, interiorizándolas

colectiva e individualmente, en palabras propias **“nos ayuda a reflexionar sobre los errores que cometemos”**.

Desafortunadamente, los medios de comunicación se empeñan en mostrar una realidad que si bien es cierta, es poco estructurada o con insuficiente información que aclare determinados hechos ante los niños y adolescentes que comparten este tipo de vivencias, creando interrogantes o incitando de cierta manera a la realización de actitudes que poco favorecerían su futuro; fácilmente se evidencia como un gran porcentaje de ellos se ven envueltos en casos judiciales por falta de educación y acompañamiento por parte de su familia, donde en muchas ocasiones son actos cometidos por imitación de sucesos vistos en la televisión y la copia exacta de videos que tienen inmersos mensajes de destrucción y el dominio inapropiado de sus actuaciones y pensamientos, teniéndose en cuenta que la televisión, por ejemplo, es el único acompañante en la formación holística del joven.

Los seres humanos desde niños son excelentes imitadores, incluso durante los primeros meses de vida pueden reproducir las expresiones faciales de quien los cuidan. Se aprende a comer, vestirse e interactuar con los demás, gracias a que sus padres y otras personas, constantemente les muestran como se realizan estas actividades; los niños no son especialmente selectivos en lo que imitan. A veces parece como si nada escapara a su atención, aunque la imitación no es el único mecanismo de aprendizaje que tienen, es el primero y sienta las bases de aprendizajes futuros.

Los niños pequeños no son los únicos que imitan personajes de la pantalla, en la actualidad muchos adolescentes como seres sociales por esencia que son, desean ser aceptados por determinados grupos

socioculturales o en determinados contextos y entornos. Esto adherido a la aparición de los ídolos mediáticos, quienes se convierten en actores importantes para transformaciones conductuales y la apropiación de ciertos comportamientos que resultan atractivos para que los jóvenes apropien.

Por lo anterior resulta evidente que la mayor parte de los niños y jóvenes imitan fácilmente lo que ven en la pantalla, la gran cantidad de conductas, imágenes, actitudes y valores impuestos mediáticamente de los cuales desarrollan o transforman su identidad, estilos de comportamiento, formas de pensar, culturas que les permita estar siempre “a la moda” y aceptados en una sociedad cambiante. Sin embargo los padres han creado algún tipo de conciencia frente a su papel orientador en la educación y sano crecimiento de sus hijos, lo cual es importante ya que hay una fuerte intervención de los medios audiovisuales para el desarrollo y crecimiento de las nuevas generaciones; allí donde los padres juegan un papel vital, pues su acompañamiento permanente omite la exposición de temas negativos y en algunas ocasiones destructivos, es así como una adecuada asesoría se convierte en herramienta para prevenir sucesos que atentan contra la integridad del adolescente.

### **Los videojuegos como estrategia de Comunicación y Educación en Salud.**

Los juegos informáticos y multimediales interactivos constituyen a través del acceso voluntario, agradables formas y escenarios, divertidas estrategias; formas de entretenimiento de alta memorización y recordación, que además están siendo implementados como estrategias para educar niños y jóvenes en cuanto a la promoción de hábitos de vida saludables y prevención de enfermedades, esto a través de páginas web



sanitarias o mediante links desde otras páginas educativas o de otros juegos.

Esta propuesta se contrapone a las metodologías que mantienen a los niños en actitud pasiva o por imitación puntual de hábitos saludables, que no utilizan métodos donde el niño descubra por sí mismo a través de las herramientas adecuadas cuales son y qué ventajas aportan los hábitos saludables para una vida sana, obligando a que descubra de forma interactiva las conductas más adecuadas para una vida con salud, premiando actitudes correctas y penalizando actitudes incorrectas.

Posee un aprendizaje por descubrimiento mediante una actitud activa ante el juego y la fácil accesibilidad al medio dominado perfectamente por este grupo objetivo, generando la posibilidad de plantear concursos y campeonatos desde las instituciones educativas o desde los hogares través de redes sociales o demos, generando una aceptación casi inmediata entre niños y jóvenes, apropiación importante en el conocimiento de hábitos de vida saludables.

Tal es el caso de <http://www.madridsalud.es>, sitio que permite enseñar y apropiar los conocimientos y mecanismos básicos de reanimación cardiopulmonar, repasar algunos aspectos de salud ambiental a través de una serie de claves generadas para mejorar el entorno, fortalecer la memoria por medio de ejercicios de asociación, atención visual u orientación, además de reflexionar acerca del uso que se tiene actualmente de las nuevas tecnologías como Internet, consolas de video o el teléfono móvil.

**El diseño gráfico impreso y la comunicación en salud.**

El diseño atractivo de imágenes fijas deberá garantizar la transformación de conductas y hábitos de vida saludables, teniendo en cuenta los objetivos de la campaña que permitan el máximo nivel de resultados, además de la optimización de los recursos y la clara relación con la problemática a tratar. Teniéndose en cuenta lo anterior se realizó un taller aplicado a niños y jóvenes donde, a través de la exposición de una serie de fotografías, caricaturas y tiras cómicas relacionadas con temas saludables, se les realizaron las siguientes entrevistas:

¿Cuál fue la caricatura y la tira cómica que más le impactó?

¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

¿Cómo le parece la estrategia del uso de la fotografía, la caricatura y la tira cómica para la educación en salud? (ver anexo 2)





AMOR ETERNO.

Por Negrinho.

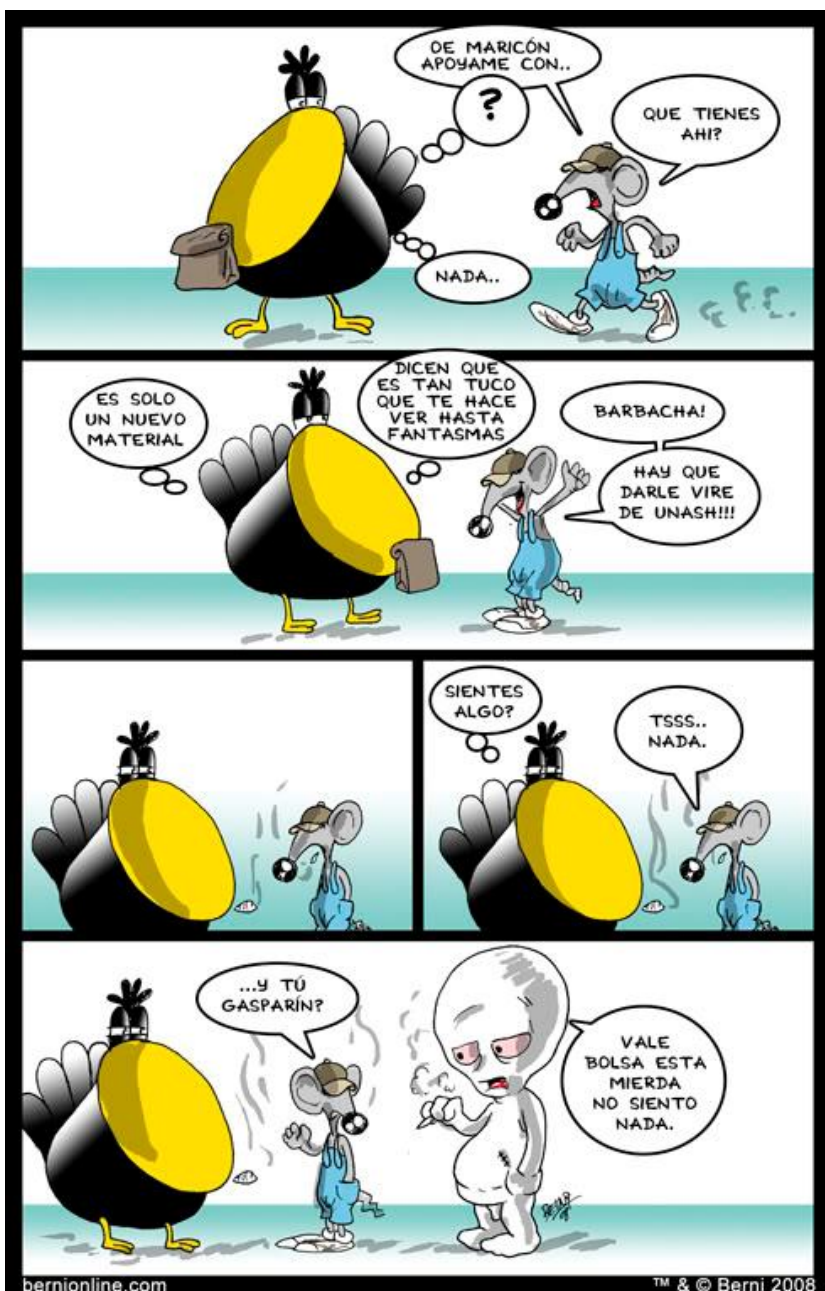


www.mexico32.com

DR MMVII



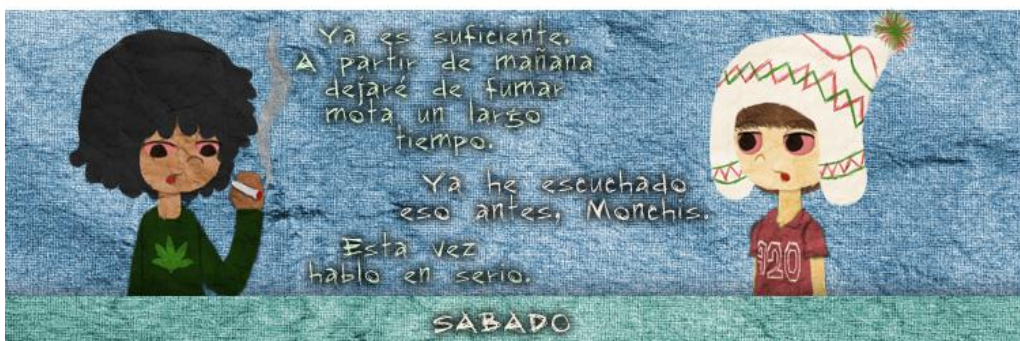












Descripción de las categorías extraídas del texto social:

## **ABRE LOS OJOS**

Al momento de hacer un análisis de las respuestas frente a la caricatura y la tira cómica que más les impactó a los participantes de las diferentes sesiones, existe una variedad de respuestas diferenciales; cada una de ellas enfocadas a la farmacodependencia en donde la expresión más frecuente fue “Abre los Ojos”, ya que para las personas que consumen sustancias psicoactivas su percepción de vida es confusa, por esta razón el mensaje más impactante fue acerca de la adicción como pérdida de libertad del ser humano, que produce desprecio y rechazo social.

La droga psicoactiva más conocida y consumida por los jóvenes y adolescentes es la marihuana, donde para muchos el consumo es pasajero, solo en rumbas, en paseos o cuando están con su grupo de amigos; los jóvenes refieren que esto no es adicción. Las personas farmacodependientes tienden a negar el consumo para así engañar a quienes son más próximos a ellos, se encierran en mundos que solo ellos entienden; el objetivo de la estrategia es generar convicciones para que los jóvenes y adolescentes abran sus ojos a una realidad como la existencia de las sustancias psicoactivas, que en la actualidad es más evidente y los adolescentes y jóvenes se encuentran expuestos.

Se puede deducir según la interpretación que cada adolescente tuvo sobre las imágenes, un grado de aceptación alto frente a las diferentes formas de diseño gráfico como estrategia educativa y de entretenimiento para los programas de comunicación en salud, constituyendo la caricatura, un tipo de representación exagerada a través de unos personajes o hechos que promulgan una idea clara al rededor de problemáticas sociales. Para dar

generación a lo anterior, desde el comienzo se hace evidente la intervención del hombre en el diseño gráfico a través de una serie de trazos expresivos, simbólicos y simples con los que puede desarrollar ideas e ideales sobre el comportamiento humano y la generación de reacciones emocionales y conductuales sobre una problemática. Muchos actores participantes en los talleres coinciden que la interpretación de caricaturas y tiras cómicas da pie a la fácil comprensión de los mensajes debido a la simpleza, lenguajes y representaciones características de esta técnica.

Las historietas y tiras cómicas aportan una visión no formal a la opinión pública, social, y al medio en general, permitiendo revivir el pasado gracias a la facultad del hombre de integrar elementos heterogéneos a la visión histórica, logrando una interiorización del mensaje recibido.

### **MIRA CON EL ESPEJO DEL ALMA**

Al momento de analizar los contenidos de las caricaturas y las tiras cómicas y su aplicación para la vida se puede dar evidencia como los adolescentes y jóvenes tienen un grado de conciencia más alto respecto a lo que desean y del reconocimiento de unos valores para la vida, al referir: *“Nunca debemos dañarnos con estos vicios”, “es muy malo caer en las drogas porque se nos va a acabar la vida”*, lo cual resulta de vital importancia para deducir el nivel de relevancia que tiene la vida para el joven, la salud y su propio cuerpo, de cómo influye el nivel de persuasión de los mensajes en educación para la salud con los que se sienten identificados. Promover la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en aspectos básicos como la alimentación, vivienda, ingresos, etc.... pero también disponer de habilidades personales, criterios y autonomía suficientes para elegir las opciones más saludables.

El medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema sanitario son los elementos que determinan la salud de las personas, si bien los dos primeros, además de ser los que más influyen en la salud, son los más susceptibles de ser controlados por el propio individuo.

Es así como la promoción de la salud implica actuaciones coordinadas en los diferentes lugares a los que las poblaciones tienen acceso, de ahí el papel fundamental que ejercen la familia, el sistema educativo y la comunidad en general para que los jóvenes y adolescentes obtengan una buena información y educación y de esta manera decidan cuales son los actos, situaciones que ponen en riesgo tanto la salud como la vida, porque si bien es cierto las decisiones que tome cada persona es lo que se quiere para la vida influenciará de una manera positiva o negativa. Las estrategias orientadas al proceso de enseñanza – aprendizaje a través de las artes mediales como objetivos de comunicación para la promoción y educación de la salud, ejercen una característica importante en la labor del profesional sanitario, que mediante aplicaciones audio visuales integradas, esté en la capacidad de transmitir contenidos generadores de cambios conductuales y comportamentales en jóvenes, adolescentes y la comunidad en general.

Expresiones tales como: **“Debemos aprender a tomar decisiones si queremos una vida prospera”, “Debemos valorar nuestra vida, porque solo hay uno y tenemos que ser consientes de que si tenemos un cuerpo debemos cuidarlo”, “ Tener personalidad y tomar buenas decisiones”**, sugieren el uso de estrategias modernas en educación para la salud y en la promoción de la misma, puesto que los jóvenes encuentran estos mensajes claros y fáciles de interiorizar para difundirlos a otros.

En cuanto a la pregunta ¿Como le parece la estrategia del uso de caricatura y tiras cómicas para la educación en salud? algunas de las respuestas fueron: **“Muy buena yo interprete muy bien esto, y es más claro para entender”, “Ja pues lo máximo. Jajaja”, “Muy buena porque aprendemos mas”, “Más fácil de aprender”, “Muy buena para saber las consecuencias”, “Muy buena porque uno se motiva a colocar más cuidado”, “También muy buena, los jóvenes entendemos más las cosas en imágenes, videos y música y no con uno profesora que hecha cantaletras por estos temas”, “Muy buena ya que es entendible y no es aburrido”, “Me parece mejor para nuestro entendimiento”, “Lo normal, porque nos enseña muchas cosas para nuestra vida y para la salud también”, “Pues más entretenido entonces se les pone más cuidado”.**

Es evidente que los programas de promoción y educación en salud no solo deben ser orientados a través de clases magistrales donde es el expositor quien tiene el papel de emisor y receptor al mismo tiempo, o simplemente emite ese mensaje a través de un lenguaje unidireccional; la educación en salud debe orientarse a través de estrategias didácticas y creativas, donde exista una doble vía para el proceso de comunicación, donde el emisor y el receptor se conviertan en actores activos de este proceso y ambos construyan contenidos para dar lugar a nuevas producciones aplicadas a la educación sanitaria.

Debe existir una claridad en la motivación para aprender, aprehender y accionar frente a los mensajes transmitidos, ya que educación es el proceso de enseñar aptitudes de pensamiento crítico y enriquecimiento cultural; aunque algunos autores indican que las estrategias modernas como la música, el cine, el video, caricaturas y tiras cómicas ya no se

consideran parte de la cultura, lo son. Quienes enseñan a través de estas formas de educación se esfuerzan por utilizar, decodificar, analizar y criticar los mensajes existentes a través de las diferentes expresiones artísticas y culturales.

La Educación para la Salud es una práctica social concreta, que se establece entre determinados sujetos, profesionales - usuarios, en busca de autonomía, capaces de escoger y tomar decisiones, considerando los valores éticos de justicia, solidaridad, productividad y equidad, actuando como educadores en su relación con el entorno (individuo, grupo, comunidad) y de esta manera dar la oportunidad de emplear nuevas estrategias de educación y de alta recordación en los espectadores. Tal es el caso de los medios impresos, como novelas dibujadas y comics, que han promovido temas relacionados con el cuidado de la salud, especialmente con la planificación familiar, hábitos nutricionales y la protección del ambiente, logrando gran aceptación e interés como estrategias educativas por adolescentes y jóvenes.

## **La Música**

Teniendo como estrategia de comunicación la música y su fuerte papel persuasivo y generador de emociones, sensibilidades y experiencias en el ser humano, y la posibilidad que puede desarrollar para programas de comunicación y promoción en salud, se aplicó el siguiente instrumento a cuatro grupos de adolescentes, a quienes se les pidió escuchar y observar las líricas de 20 canciones diseñadas para programas de comunicación educación en salud.

Posteriormente se presentaron tres preguntas para responder por escrito. Estas son:

¿Cuál fue la canción que más le impactó?

¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

¿Cómo le parece la estrategia del uso de la música para la educación en salud? (Ver anexo 3).

La música es una estrategia que tiene gran acogida por parte de los estudiantes en cuanto a la preferencia de modalidades de educación que ellos desearían en su proceso de formación académica y para la vida cotidiana; consideran que la música utilizada desde este contexto puede generar sensibilización y cambios de hábitos saludables, debido a su fuerte papel incidental desde sus creencias e imaginarios.

Los mensajes recibidos a través este taller coinciden con experiencias propias, vivencias y situaciones con las que han tenido contacto en algún momento de su vida, siendo estrategias que ayudan a los estudiantes a desarrollar actitudes de autonomía ***“nadie decide sobre nuestro cuerpo o sobre lo que debemos hacer, nosotros podemos tomar nuestras propias decisiones”***.

Se evidencia una importancia clara en la implementación de esta estrategia para adolescentes y jóvenes, en cuanto a la toma de conciencia y autonomía, así como el poder de decisión sobre el manejo de su cuerpo, cuando tienen conocimiento de los diferentes factores que pueden perjudicar su vida presente y futura. Estos mensajes ayudan a discernir sobre lo bueno y lo malo, a ser personas responsables y con la capacidad de realizar solo aquellas acciones que favorecerán su vida. Esta postura hace que tengan un proyecto de vida donde más adelante se verán las consecuencias de las acciones inmediatas, ***“Todas las personas que fumen sufrirán en la vida, ya sea por los desprecios de la gente o tal vez por la enfermedad (fumar no hace bien)”***.

***“Las cosas no son como las pintan y que uno no se puede dejar llevar por lo que dicen los demás, porque la mayoría de los hombres siempre van buscando su objetivo”***, esta aseveración muestra el grado de racionalidad en los adolescentes cuando experimentan y se enfrentan a la realidad cotidiana.

***“Hay que estar muy bien informados de las prevenciones para nuestro bien y salud”***, los adolescentes están consientes de los daños que pueden traer las malas acciones que realicen, en otros por ejemplo, crea la visión sobre la necesidad de saber que es aquello que les puede servir de método como prevención, lo hacen deduciendo y entendiendo que si les informa sobre las consecuencias, ellos fácilmente relacionan cuales con las acciones correctas e incorrectas y cuales son aquellas que pueden hacer para prevenir consecuencias desfavorables para sus vidas, y también genera en los adolescentes y jóvenes la claridad que construir un futuro fructífero, depende en primera instancia de las decisiones que tomen, teniendo en cuenta las que son adecuadas y aquellas que no.

***“El fumar cigarrillo no nos hace ver bien. Contamina nuestro organismo y el ambiente”***, por medio de la música, los estudiantes empiezan a tener ese pensamiento crítico y constructivo que es tan importante que desarrollen, además de esto, pueden deducir que las acciones y decisiones que actualmente tomen, no solo los benefician o afectan a ellos mismos, sino también a las personas de su entorno y en algunos casos también al medio ambiente, como lo es el caso del cigarrillo.

***“No debemos hacer las cosas por presión de los demás, la decisión es solo de uno”***, los estudiantes y adolescentes están cada día más



consientes de la necesidad y de la importancia de hacer valer sus derechos en toda circunstancia, pero sumado a ellos también están interiorizando que esto implica el cumplimiento de sus deberes por ser personas que forman parte de una comunidad, esto quiere decir que las decisiones que ellos tomen actualmente o la forma en la cual llevan sus vidas se deben basar en deberes, derechos, normas y leyes.

Cuando los adolescentes sobrepasen, atropellen y afecten los derechos de las demás personas, no deben ser exonerados de esta responsabilidad por el hecho de ser menores de edad, ya que son personas que saben y conocen plenamente aquellos actos, situaciones y acciones que van de acuerdo con la ley y las que no. ***“Siempre debemos ser responsables de nuestros propios actos, por eso debemos pensar antes de actuar y hacer las cosas bien”, “siempre que vayas a hacer algo, debes mirar antes las consecuencias que puede traer”***; lo que los adolescentes están entendiendo actualmente es que toda acción tiene su consecuencia y esta reflexión es aplicable a situaciones de riesgo y protección de la salud.

***“La vida es algo muy sagrado y debemos quemar nuestras etapas como debe ser. ¡Hay tiempo para todo!”***; por medio de la estrategia de comunicación a través de la música, los estudiantes y adolescentes se centran mucho más en el papel que cumplen en la sociedad y en la necesidad tan importante de saber e interiorizar que tan valiosos e influyentes son para una comunidad cuando desempeñan su rol de manera ordenada, continua y organizada, logrando que tanto ellos como las demás generaciones de personas pueden aprender y valorar mucho esta etapa tan significativa en una sociedad, como lo es la juventud.

***“Primero debemos pensar en las consecuencias que trae el querer experimentar en un mundo que no conocemos”***; es en momentos como

estos, donde las estrategias de educación desempeñan un papel preponderante, la música con mensajes sobre auto cuidado de la salud, ayuda a dar una visión a los jóvenes y adolescentes sobre las consecuencias tan perjudiciales para la salud que traen determinados estilos y hábitos de vida que no son saludables, esto los pone en contexto y les muestra la realidad de la vida y las consecuencias reales que pueden surgir en sus vidas si no mantiene hábitos saludables, o en su defecto, si no cambian esos malos hábitos.

En conclusión, la música es una estrategia para la educación que debe ser implementada como medida para cambiar el rumbo de sociedades donde los jóvenes y estudiantes no están bien encaminados o mantener el que llevan si es bueno, el grupo poblacional deben ser los jóvenes que son los que intentan adoptar un estilo de vida, pero que a su vez son muy vulnerables. La educación a través de la música es una estrategia aceptada por los jóvenes y adolescentes, lo que permitirá que la instauración de la misma sea bien acogida y aceptada como mediación utilizada en procesos de formación y educación en salud.

### **Cine en Educación para la Salud.**

El *cine* (abreviatura de cinematógrafo), también llamado *cinematografía*, es la técnica que consiste en proyectar fotogramas de forma rápida y sucesiva para crear la impresión de *movimiento*, mostrando algún vídeo o película. La palabra *cine* designa también las salas o teatro en el cual se proyectan las películas. Etimológicamente, la palabra *cinematografía* fue un neologismo creado a finales del siglo XIX compuesto a partir de dos palabras griegas. Por un lado κινή (*kiné*), que significa "movimiento"; y por otro de γραφός (*grafós*). Con ello se intentaba definir el concepto de "*imagen en movimiento*". Como forma de narrar historias o

acontecimientos, el cine es parte del arte, y comúnmente, es considerando las seis artes del mundo clásico, el séptimo arte.

*“Pero cuando el cine desarrolló finalmente un lenguaje, sustentado en la continuidad del flujo audiovisual, la verosimilitud del registro fílmico y el carácter fuertemente referencial de éste, se transformó en un arte eminentemente narrativo. Bajo la influencia de la literatura y el teatro, esa narratividad siguió las normas del relato aristotélico”*  
(El audiovisual entre la narrativa, la sensorialidad y la inmersión, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior y para validar el cine como estrategia medial para la comunicación en salud, se realizó un taller bajo la técnica de observación participante, en el cual se presentó a un grupo de 40 estudiantes la película *Réquiem por un sueño* y posteriormente se les realizaron las siguientes preguntas:

¿Cuál fue la escena de la película que más le impactó?

¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

¿Cómo le parece la estrategia del uso del cine para la educación en salud?  
(anexo 4).

La farmacodependencia representa hoy en día un dilema socioeconómico y de salud, cuyas secuelas están determinadas por la clase de sustancias utilizadas, la cantidad, el plazo de uso, el acceso para su administración y el género, así como la capacidad económica para adquirirlos.

En Colombia, durante las últimas décadas es manifiesto el interés creciente en la salud reproductiva de los adolescentes, particularmente entre otros aspectos el que refiere a las adicciones. En este sentido se han realizado investigaciones principalmente en estudiantes, niños de las calles y hogares de las áreas marginales urbanas.

Se ha considerado la existencia de una serie de rasgos de personalidad que se hacen más vulnerables a los sujetos para iniciarse y llegar al consumo abusivo de las sustancias psicoactivas.

Características tales como: inconformismo social, baja motivación para el rendimiento académico, independencia, rebeldía, tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas e intensas, tolerancia a la desviación, tendencias antisociales tempranas (agresividad, delincuencia,...). No existiendo una "*personalidad*" propia del drogodependiente, en general se afirma que individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, buscan la satisfacción inmediata, carecen de habilidades comportamentales para enfrentarse a los problemas de la vida y a las demandas de la sociedad, es decir, con un retraso en su desarrollo personal (sujetos con bajo nivel de autocontrol, baja autoestima, baja autoconfianza), son personas claramente identificables como de "*alto riesgo*". Son jóvenes con retraimiento social, con déficit en habilidades sociales, personas denominadas tímidas y con dificultad para el contacto social, pueden recurrir, por ejemplo, al alcohol u otras drogas para desinhibir su conducta en una reunión social, siendo el primer paso a una dependencia. Del mismo modo, jóvenes muy influenciados son más vulnerables cuando las personas significativas que les rodean consumen alcohol u otras drogas, al actuar la imitación o elementos de integración en el grupo.

Es de gran importancia reconocer que los jóvenes que pueden estar cayendo en las drogas suelen presentar algunas de las siguientes características: Cambia constantemente de estado de ánimo, pasa de la tristeza a la euforia y a veces al enojo que lo lleva a ser agresivo, ya no tiene interés en las actividades que antes le agradaban, se vuelve mentiroso, duerme mucho más que antes o casi no duerme.

Después de la aplicación del taller de farmacodependencia como estrategia de arte medial con una población de jóvenes de diferentes colegios de Manizales, se presenta la percepción que tienen los adolescentes frente a la farmacodependencia, apoyado en la película *Transpouting*.

La población joven de Manizales se divide en dos campos muy diferentes uno de ellos es el grupo de jóvenes que solo viven el momento sin importar que problemas pueden acarrear sus actos en el futuro, por eso encontramos respuestas como: *“la película no me dejó ninguna enseñanza”*, *“sin respuesta”*, *“muy maluca la película”*, *“no aprendí nada”*, al ver estas respuestas es un poco desconcertante porque deja entrever la falta de conocimiento que tienen los jóvenes sobre el tema de la drogadicción, evidenciándose interés para aprender sobre el consumo de sustancias psicoactivas y evitar caer en las drogas.

Gran parte de la población adolescente tiende a dejarse influenciar fácilmente para ser aceptados en diferentes grupos sociales, así mismo es frecuente observar en las calles miembros de este grupo poblacional haciendo uso de inhalables, fumando cigarros o ingiriendo bebidas alcohólicas. Por lo cual se puede concluir que la educación debe ser utilizada como método de prevención primaria y puede verse como una estrategia que debe aplicarse tempranamente antes de que se presente

algún signo del problema o para evitar que los experimentadores de drogas se conviertan en usuarios adictos, teniendo en cuenta que hay edades más susceptibles que otras.

El otro grupo de la población está conformada por jóvenes tal vez un poco más maduros y centrados y se encontraron más receptivos al taller, encontrando respuestas como: **“Alejarnos de las malas influencias, mejora nuestro modo de vida, tratar de no consumir ningún tipo de sustancias”**, **“no se debe prestar para esas cosas y que hay que estar bien atentos”**, **“Que el mundo no es drogas, y que lo que sembramos eso recogemos”**, **“hay que ser responsables”**, en este grupo de jóvenes podemos analizar que son jóvenes más centrados y que van a estar más alerta a las malas propuestas y evitar caer en adicciones.

No solo en Colombia, en muchos países se encuentran adolescentes que consumidores de drogas desde edades más tempranas, teniendo en cuenta que la mayoría son influenciados por sus amigos, familias o lo hacen por curiosidad, sin pensar en la adicción que la sustancia que consumen puede desarrollar, trayendo consigo no solo la adicción también problemas familiares, rebeldía y falta de atención como el bajo nivel académico.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La mayoría de las personas del mundo no tiene un acceso regular o confiable a los servicios de salud. Los ya limitados recursos económicos otorgados por los gobiernos de Colombia al sector de salud a menudo son reducidos por factores tales como las deudas internacionales, los gravámenes con ellas vinculados y la depreciación del peso colombiano. Las dificultades económicas, podría ser la causa del lento progreso de la participación de los diferentes sectores. Se requieren cambios considerables dentro del sector de salud y otros sectores del desarrollo para permitir que las personas, comunidades y estamentos participen en ese desarrollo. También, un problema relevante en el área de la salud, enunciado por el sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, se refiere a las diversas formas de representación que sobre los procesos de salud y enfermedad coexisten en la población.

Es ampliamente reconocida la importancia de que los individuos, las familias y las comunidades intervengan en el desarrollo y la atención de su propia salud. La promoción de la salud se tiene que iniciar en la familia, desarrollando habilidades personales y estableciendo valores, por lo que es fundamental la formación de los padres como educadores naturales de sus hijos. También, es imprescindible la escuela porque acoge a todos los niños durante un importante tiempo de la vida, en el que las capacidades de acumulación de aptitudes y actitudes son trascendentales para la formación integral de la personalidad; porque a través de la escuela se puede y se debe influir en los padres y en las familias y porque los profesionales de la educación, expertos en la teoría pedagógica, son importantes agentes de la educación.

Por ende las líneas de acción en salud se dirigen fundamentalmente a: desarrollo de habilidades personales, creación de entornos favorables a la salud y la participación de la acción comunitaria. El nuevo sistema de salud debe construirse desde la periferia hacia el centro, sobre la base de un proceso político de descentralización y con la participación activa y el control social de los usuarios.

Para ello se requiere la redefinición colectiva de parámetros de salud como el medio ambiente, los estilos de vida de acuerdo con los valores locales, el fenómeno de la violencia y las condiciones sociales de enfermedad. Para esto se propone la construcción de un proyecto comunitario de ciudades saludables en donde la armonía entre el ecosistema y el conglomerado humano sea fundamental para la posibilidad de una salud comunitaria urbana diseñada para el fomento creativo del humano mediante la construcción de una conciencia arquitectónica y de planeación urbana y social.

Dentro de los proyectos prioritarios para el desarrollo de nuestra ciudad, es importante destacar: Manizales Ciudad Educadora y Manizales Ciudad Saludable.

El proyecto Manizales ciudad educadora pretende con el aprendizaje de las experiencias de otras ciudades educadoras, con el esfuerzo por desarrollar exitosas vivencias propias y mediante procesos de cultura ciudadana, hacer de la nuestra, una ciudad amable, segura, saludable, cuidadora de su biodiversidad, alegre, culta, limpia y productiva. Así se hace realidad el principio de formar y educar al ciudadano corriente sin sacarlo del ejercicio de su actividad cotidiana.



A través del proyecto Manizales ciudad saludable, se invierten recursos con destino a centros hospitalarios, se implementan y desarrollan estrategias de eficiencia en la prestación de servicios de salud y de prevención, que permiten optimizar recursos, para hacer de ésta la ciudad saludable que todos queremos.

Ningún programa de salud pública puede tener el impacto esperado si no se sensibiliza adecuadamente a la comunidad para que se informe, acepte y tome parte activa en las acciones de promoción y prevención. La movilización social, como estrategia de participación efectiva le permite a los diversos sectores sociales intervenir en los asuntos en los que venían siendo excluidos. Este mecanismo entraña la organización, el encuentro, el diálogo, la deliberación, la concertación, el consenso y el compromiso no sólo en participar activamente en las propuestas y proyectos oficiales, sino, principalmente, influir en los intereses y opciones de dichos sectores sociales. La movilización social tiene dos grandes componentes, la participación social que, a su vez, incluye la participación ciudadana y la comunitaria, y la comunicación social.<sup>89</sup>

En el componente de comunicación social el comunicador en salud, debe generar credibilidad en este espacio para cumplir los objetivos básicos que se buscan, como son: educar a cada una de las familias allí representadas, obtener el apoyo de las familias o las personas clave para las acciones sostenidas de información, educación y comunicación. La evaluación de las acciones de comunicación en salud exige definir (posiblemente ayudados por las categorías CAP Comportamientos, Actitudes y Prácticas), qué aspectos del comportamiento definido son

---

<sup>89</sup> Manual Técnico Administrativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

susceptibles de ser afectados y de qué manera por la comunicación (medio y mensajes).

Para realizar una educación en salud desde y para una perspectiva ética es básico que cada uno de los educadores en salud realice una reflexión no solo a la sociedad general, sino también que la realicen en sus contextos mas inmediatos comunitarios, institucionales y personales. Estimular a los individuos y a las familias a asumir una mayor responsabilidad en relación con la salud, fomentando estilos de vida más sanos y abordando en forma más directa problemas sociales. Estos procesos interactivos solo son posibles en el escenario cotidiano mediante procesos de reconstrucción del propio sujeto, en un proceso de autoformación. Implica entonces desarrollar nuevas perspectivas de carácter multidisciplinar, que permitan una visión integral de la interacción de los diversos elementos: biológicos, sociales, educativos, culturales, psicológicos, científicos, económicos, políticos, demográficos y geográficos, que intervienen en el proceso salud - enfermedad y en las formas de organización social para enfrentar la Educación para la Salud.

Además del desarrollo de múltiples valoraciones culturales con relación a los criterios de promoción y definición de la salud comunitaria, que en un sentido profundo y antropológico tiene que ver con la construcción de un imaginario colectivo basado en el descubrimiento de una identidad nacional con objetivos comunes que conserven la pluralidad ideológica, étnica y antropológica de la sociedad. El análisis cultural de la salud en nuestros contextos muestra como los diferentes modelos médicos (académico, popular, tradicional y alternativo) no se dan solo como solución a las necesidades de orden material en la salud, sino también se dan como respuesta a las necesidades personales y colectivas de reproducción simbólica. La salud considerada como un hecho social,

construida históricamente, abre un horizonte de transformaciones de las objetivaciones sociales de la salud. Es decir nos da herramientas metodológicas para que con el actuar educativo podamos develar el sentido de estas prácticas y reconstruir estos procesos en una perspectiva crítica a las coacciones que el poder dominante ha colonizado. (Mejia-1996).

La salud es un problema cultural, por lo que debemos aprender a manejar y operar las mediaciones lingüísticas y sociológicas con ellas relacionadas. La evaluación de las prácticas de salud debe incluir tanto el aspecto técnico como el significativo, pues no obstante la creciente medicalización de las sociedades contemporáneas, sigue existiendo una pluralidad de creencias, preferencias y estrategias terapéuticas, que se entienden como recurso cultural que a la postre resulta beneficioso para la salud de las personas. Atender a las mediaciones que conjugan sutilmente sistemas de significación y estructuras de poder es el propósito central de una semiología de las prácticas de salud. La propuesta semiológica aparece como una manera de dar cuenta del complejo campo de las interacciones cotidianas y significativas en la vida social e institucional, a través de las categorías salud- enfermedad.

La promoción de los estilos de vida saludables implica el desarrollo de acciones en dos frentes: la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. La promoción de la salud comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales como los familiares. Los programas de prevención de muchas enfermedades y de causas de lesiones siguen la estrategia de reducir los factores de riesgo y reforzar los protectores, a través de la implementación de modelos de Educación para la salud. Estos modelos de Educación para la Salud deben propender por la salud familiar y comunitaria en consonancia con modelos de

atención y organización de los servicios de salud orientados por la Atención Primaria de Salud.

Un modelo es sólo un marco teórico de análisis. No dice nada nuevo, nada que no se sepa, pero sí elabora nuevas relaciones que ayudan a organizar el pensamiento de una manera más sencilla, mas operativa dirigiendo la atención a los puntos clave que determinan las conductas. Ello debe hacer que la intervención posterior sea más efectiva. Las características claves que debe presentar los Modelos para la Educacion para la Salud evaluados como efectivos respecto a la metodología, son: Que incorporen métodos de aprendizaje activos, Que vayan dirigidos hacia las influencias sociales y la de los medios de comunicación de masas, Que refuercen los valores individuales y las normas grupales y Que promuevan el desarrollo de habilidades (sociales, fundamentalmente).

Una estrategia especialmente efectiva en la implementacion de Modelos para la educacion en saud, es el trabajo en grupo de iguales. Las personas conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde arriba. Sus principales ventajas son: mayor adecuación de los contenidos y estrategias y mayor motivación y crédito de la información.

Cuando un autor propone un modelo de Educacion para la salud, generalmente parte de su experiencia, en el trabajo de campo, en acercamientos permanentes a las comunidades y especialmente ya posee un marco conceptual y un conocimiento amplio de otros modelos. Su interes final, es de contribuir con una nueva mirada y con una nueva propuesta a que la Educacion para la salud sea efectiva para mejorar los niveles de salud de las poblaciones. El interes del autor de un nuevo

Modelo es su implementación para validarlo, ajustarlo y lograr modificaciones de conductas nocivas, hacia conductas saludables. El modelo PECOSA, Pedagogía Conceptual en Salud, se implementará en programas de prevención de la cardiopatía y en el Plan Municipal de Prevención y atención de la Farmacodependencia en la ciudad de Manizales.

Sobre el Significado que confieren los adolescentes a los Programas de Educación para la salud, este Modelo servirá para replantear y resignificar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los entes estatales como Ministerio de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, Secretarías de Salud, EPS, IPS, ARS, Institutos y Centros de salud; al igual que las acciones de educación en salud orientadas y lideradas en las instituciones educativas. En este sentido le corresponde al sector salud impulsar el desarrollo de políticas de salud coherentes con el desarrollo de adolescentes, mejorando los conocimientos y habilidades de este grupo etéreo, formando recurso humano capacitado en desarrollo de adolescentes, ofreciendo consejería individual y familiar y estableciendo redes de apoyo.

En Colombia hace falta realizar un trabajo más integral de todas las instituciones que están en este campo. La educación en salud debe abordar la organización de un proyecto de vida con objetivos claros y en cómo programarse para alcanzarlos.

La educación en salud no solo debe orientarse a solucionar problemas ya existentes, debe orientarse a prevenir acontecimientos, a identificar posibles factores de riesgo; no orientarse solo a transmisión de conocimientos, debe terminar en la actuación, influyendo sobre todas las audiencias que pueden verse afectados como son: el individuo, la familia, la escuela, la comunidad a la que pertenece cada persona. No se debe ignorar el contexto, ni programar actividades universales, sino

particulares. Los mismos adolescentes lo manifiestan, se necesita diálogo, guía, orientación, teniendo en cuenta la idiosincrasia, la cultura, el ámbito familiar, el ambiente que rodea al individuo para poder actuar de manera clara y efectiva. La pedagogía que se implementa en educación en salud, no debe ser la de la prohibición, debe ser la pedagogía del afecto, de reforzar factores protectores, pedagogía del diálogo, de la esperanza.

Las intervenciones para lograr el inicio de la actividad sexual en el momento adecuado y la disminución en el número de embarazos en adolescentes, así como disminuir el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, deben realizarse con la participación de todos los actores sociales, iniciarse antes de ingresar a la secundaria, involucrar a jóvenes desde su planeación y respetar las normas y patrones culturales de cada región. En Manizales es necesario resignificar la educación para la salud y evitar seguir haciendo inversiones costosas y poco efectivas incrementando las estadísticas de adolescentes en embarazo, alcohólicos, con adicciones y con infecciones de transmisión sexual.

En consecuencia, los programas de educación para la salud diseñados para los adolescentes deben tener una mayor divulgación por parte de las EPS, bien sea en emisoras radiales de sintonía para este grupo, ya que muchos de los adolescentes no conocen los programas a los que pueden tener acceso, implementar horarios que coincidan con los tiempos en los cuales los adolescentes tengan disponibilidad, así como implementar nuevos programas de asistencia clínica a los cuales los adolescentes afectados por una ITS puedan acudir.

Los nuevos programas de educación en salud que se formulen a partir de los resultados y recomendaciones de esta investigación deberán tener el impacto para el cual se han formulado y los datos estadísticos nacionales y municipales deberán dar cuenta de este cambio en los estilos de vida de

los adolescentes. Con relación a la apropiación social del conocimiento se logró a través del fortalecimiento de los programas de promoción y prevención reconocer la responsabilidad de realizar educación para la salud cuyas acciones estén dirigidas en forma prioritaria a la población de mayor riesgo y deben tener enfoque de resiliencia. Estas acciones deben estar orientadas más a promover el desarrollo personal integral que a suprimir una conducta. La estrategia para el diseño de programas de prevención debe basarse entonces en el fortalecimiento de factores protectores que contrarresten los factores de riesgo.

Por otra parte, es necesario alertar, vigilar y controlar la propagación de enfermedades contagiosas, mejorando los sistemas comunes de información. Se debe alentar la adopción de las TICS para mejorar y extender los sistemas de atención sanitaria y de información sobre la salud a las zonas distantes y desatendidas. El principal desafío es poder incluir en la estrategia global de salud pública el componente de TICS como factor vital para el mejoramiento de los sistemas de información y de educación para la salud e impactar a la población en general.

Es importante incorporar a los jóvenes en la creación de nuevos programas de educación para la salud, de esta manera se evita que los diferentes entes estatales hagan inversiones costosas poco efectivas. Del estudio se pudo rescatar las siguientes recomendaciones que serían de gran importancia en la creación de dichos programas:

- En cuanto a la edición de periódicos y revistas es importante privilegiar la imagen sobre el texto, es decir, incluir caricaturas, dibujos, fotografías, entre otras; ya que tiene mayor recordación una imagen que una palabra.

- En lo referente a la televisión se deben privilegiar comerciales y programas creados y presentados por jóvenes.
- Para la radio se proponen estribillos o canciones con un ritmo moderno (electrónica, reggaetón, entre otras), los cuales dejen mensaje sobre autocuidado.
- Para la Internet se propone un nuevo juego que hace parte de la gran industria de la publicidad, denominado Advergames, el cual se puede adecuar con mensajes relacionados con el cuidado de la salud.

Este proyecto pretende sugerir estrategias para un programa que apoye la Educación para la Salud a nivel conceptual, metodológico y operativo, para la consecución de estilos de vida saludables y materializar las políticas de salud pública que ponen el conocimiento al servicio de las comunidades, respondiendo así a la exigencia de que el saber científico promueve el desarrollo social, lo que significa apropiación del conocimiento y validación del saber.

En el fortalecimiento de la capacidad científica local, regional y nacional el proyecto contribuye al fortalecimiento de la red nacional de investigación en políticas en salud pública y servicios de salud.

En cuanto al uso de las Artes Mediales en la Educación para la Salud, mediante los talleres realizados con adolescentes y jóvenes se pretendió generar conciencia de riesgo. Por ello muchas respuestas estuvieron en torno a *“Debemos aprender a tomar decisiones si queremos una vida prospera”*, *“Debemos valorar nuestra vida, porque solo hay una y tenemos que ser conscientes de que si tenemos un cuerpo debemos cuidarlo”*, *“Tener personalidad y tomar buenas decisiones”*



Las Estrategias validadas con 4 grupos de adolescentes y jóvenes de ambos sexos, pertenecientes a 4 Instituciones Educativas de Manizales fueron bien percibidas y bien valoradas por la audiencia, debido a la capacidad para capturar su atención, para sensibilizar, motivar y ofrecerles información permitiéndoles el análisis crítico de situaciones de hábitos saludables.

Por ello sobre las artes mediales en educación para la salud se concluye que:

- La Educación para la Salud a través del cine se observa como un proceso democrático, estético y crítico.
- Los videojuegos ofrecen información atractiva, persuasiva e interactiva como estrategia de educación – entretenimiento en hábitos saludables.
- La Música como parte de la cultura auditiva e incidental, a través líricas, melodías o canciones con ritmos modernos (electrónica, reggaetón, popular, entre otras), permiten fortalecer el nivel de aprehensión de los mensajes sobre el auto cuidado y buenos hábitos saludables.
- El video en todas sus expresiones, permite incidentalmente sensibilizar las audiencias frente a la adopción de comportamientos saludables.
- Las caricaturas y comics son expresiones de la imagen fija que permiten la apropiación de manera más evidente y eficaz, debido

a su característica en el manejo simple y clara de los contenidos gráficos y textuales, frente a la comunicación asertiva de programas de promoción y comunicación en salud.

A pesar de contar con los medios de comunicación como herramientas didácticas tan tecnificadas no son suficientes; se ha comprobado que ni teniendo las pautas de enseñanza-aprendizaje más estrictas o flexibles se puede evitar que los niños y jóvenes de hoy en día queden protegidos para no ser tocados por cualquiera de las dificultades sociales que nos han afectado desde siempre *“la problemática de hoy en día”*.

*“Porque no es justo”* hace alusión al video del aborto, no creen justo acabar con una vida, se sintieron *“tocadas”* y conmovidas, sin embargo lo justo estaría en el hecho de que *“escucharan a sus padres”* y cuidaran responsablemente su salud, consientes de que con sus decisiones generaran otras consecuencias adversas como: dificultades familiares, económicas, sociales y educativas que trastornan el proyecto de vida de la adolescente o joven.

Expresiones como: *“El alcoholismo solo nos trae desgracias y no lo hace tan feliz como uno piensa”*, *“por vanidad no hay que dejar de comer, hay que cuidarse y no llegar a los extremos”* *“Que por mas consecuencias que traiga un embarazo no hay derecho acabar con la vida de un ser indefenso”*, nos permite deducir que los medios de comunicación son herramientas que bien utilizadas y con un buen sentido tienen la propiedad de generar pensamientos positivos, objetivos, de vida y esperanza

Los materiales impresos, como caricaturas y comics, han promovido temas relacionados con el cuidado de la salud, especialmente en

planificación familiar, hábitos nutricionales logrando gran aceptación e interés como estrategias para adolescentes y jóvenes.

La educación en salud debe orientarse a través de estrategias de entretenimiento, que persuadan al receptor para generar motivaciones, sensibilizaciones que lo lleven a aprender e interiorizar los mensajes que se les transmiten, ya que el proceso educativo fomenta el pensamiento crítico y enriquecimiento cultural y comportamental.

Las teorías o los modelos educativos, basados en la persuasión para generación del cambio de comportamiento deben estar basados en objetivos específicos cognitivos, psicomotores y afectivos, los cuales postulan que la adopción de comportamientos sanos es un proceso en el cual los individuos deben adoptar y conservarlo en el tiempo. Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos a través de los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.

La investigación sobre el público destinatario, clave para elaborar programas exitosos de comunicación para la salud, se usa para preparar mensajes, información y materiales pertinentes y para identificar los canales que tienen más probabilidades de llegar a los que se encuentran en gran riesgo y, así, tener alguna influencia sobre ellos. El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común otros atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria.

Los elementos claves de un programa de comunicación para la salud son el uso de la teoría de la persuasión, la investigación y la segmentación de la audiencia además de un proceso sistemático de desarrollo de programas.

Se hace necesario profundizar en aspectos como modelos de comunicación aplicados a la salud, estrategias de comunicación en salud, teorías de comunicación interpersonal persuasiva aplicadas a este ámbito, diseño de campañas publicitarias y evaluación, Educación para la salud y prevención desde el ámbito de la comunicación-

La población está buscando soluciones sobre la salud que presenten con claridad las ideas sobre lo que puede hacerse para mantener, mejorar y recuperar modos de vida sanos, tanto individuales como colectivos. Las entidades de salud pueden centrarse en el trabajo con los medios de comunicación para promover la adopción de comportamientos sanos y, por lo tanto, mejorar el éxito de sus inversiones de salud.

Todos los medios de comunicación están interesados en presentar información que promueva la salud y el bienestar para su público. Ha quedado demostrado que "la salud es un tema que atrae al público".

El trabajo con los medios audiovisuales plantea dificultades para gran parte del personal de salud a todos los niveles, pero esto puede solucionarse con el adiestramiento adecuado. El personal de salud no suele estar familiarizado con las exigencias y apropiación de estas técnicas, sus requerimientos, la composición y producción, la eficacia y eficiencia para recibir respuestas inmediatas. Sin embargo muchas escuelas de salud pública se interesan por las estrategias, y las están desarrollando, para incorporar la promoción y la comunicación para la

salud en sus programas de estudios. Así mismo, facultades de comunicación y salud están elaborando programas de adiestramiento, tanto de pregrado como de posgrado, ejecutando protocolos de investigación y publicando investigaciones sobre el desarrollo de estrategias de comunicación para la salud.

En consonancia con investigaciones del psiquiatra Guillermo Carvajal sobre generación net, donde busca poner a reflexionar a padres, maestros, autoridades y a los mismos menores de edad, se concluye que la mente de niños y adolescentes sufrió un cambio estructural, sus relaciones afectivas se transformaron y ahora son más arriesgados y vulnerables; los infantes y jóvenes están cada vez más desprovistos de las cosas que consideramos importantes en nuestra crianza, tienen una tendencia impulsiva a la acción sin pensamiento, con gran osadía y sin medir las consecuencias. Han encontrado nuevas maneras de mirar la realidad y la sexualidad, todo está permitido. Concluye “estamos ante un nuevo ser humano, que se caracteriza por su bajo nivel de frustración y por estar propenso a autodestruirse, no busca el compromiso, sino la satisfacción inmediata de los deseos. Presentan en general un marcado rechazo a la escuela, un constante aburrimiento e infelicidad basado en el consumismo desmedido por la sobreestimulación que están recibiendo constantemente de la publicidad, la internet y la televisión, en la ansiedad que experimentan de tener que consumir acriticamente bienes y servicios.

La llamada "generación net es brillante, pero terriblemente vulnerable, influenciado, hoy a nuestros niños y jóvenes les sobra la información, lo que hace imperativo organizarla para que les sea útil y productiva y

encuentren en ella valores agregados que aporten a su formación como seres humanos”<sup>90</sup>

Ante ello el Ministerio de Educación de Colombia propone para la Educación formal realizar énfasis en los *Ejes Pedagógicos para el Desarrollo Humano* que permiten tener una concepción integral del ser humano desde la comprensión profunda de los fenómenos y situaciones del contexto en que se desenvuelve el estudiante y desde el fortalecimiento de sus capacidades para la búsqueda de soluciones a los problemas de las realidades concretas, en las que como individuo, o como parte de un colectivo, conviva y pueda reconocerse y reconocer al otro y a lo otro, en referencia con la dinámica de la vida.

En cuanto al consumo Arana Martínez, José M. y Castro Cardoso, Dionisio en su libro *Consumir sin consumirse*, plantean la necesidad de “capacitar a las personas en su rol de consumidores, para que aprendan a desenvolverse en una sociedad que crea en sus ciudadanos constantes necesidades; un instrumento que les ha de permitir adquirir una actitud crítica ante el hecho del consumo. Y parte de que esta responsabilidad debe ser compartida por escuela, familia y sociedad. Asimismo, contempla una premisa más: la relación entre calidad de vida y consumo ha de ser una de las bases esenciales de todo proyecto de educación para el consumidor. Es imprescindible dotar a la educación del consumidor de una dimensión ética.”

Para crear un consumo responsable de los ciudadanos no basta con informar, hay que formar en todos los niveles educativos a las personas en su rol como consumidores sobre: salud, seguridad vial, ocio y tiempo

---

<sup>90</sup> Periódico el Espectador de Colombia 22 Agosto 2012

libre, nuevas tecnologías de la comunicación, su uso y las consecuencias de su abuso para intentar establecer modelos racionales de utilización didáctica, todo ello a través de talleres para el consumo saludable. En la educación para el consumo se debe incorporar en las aulas estos contenidos y actividades que harán de los alumnos personas más críticas, autoreguladas y solidarias. El consumo es una parte importante de nuestra vida, nos afecta en todas las esferas, es una la ideología que hace girar el mundo globalizado.<sup>91</sup>

Sobre la preservación y desarrollo armónico de la naturaleza física, social y personal, del entorno, de los individuos y sociedades que desarrollan su actividad en este mundo global, Hernández Díaz, J. M. y Hernández Huerta, J. L. en su libro *Historia y Presente de la Educación Ambiental: Ensayos con perfil iberoamericano*, consideran urgente “una transformación profunda de los valores dominantes, algo que solo se puede conseguir a través de la educación y la razón, proyectada hacia el bienestar del medio ambiente natural y humano. La educación ambiental se erige en un instrumento de cambio de mentalidades y de prácticas de vida hacia la igualdad de los hombres, hacia un mundo más armonioso y cosmopolita, más austero y solidario, basado en la razón y la educación”<sup>92</sup>

---

<sup>91</sup> Arana Martínez, José M.; Castro Cardoso, Dionisio de (coords.). *Consumir sin consumirse*.

<sup>92</sup> Hernández Díaz, J. M. (coord.); Hernández Huerta, J. L. (ed.). (2014). *Historia y Presente de la Educación Ambiental. Ensayos con perfil iberoamericano*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AA.VV. (1995). *El món de l'educació i la salut*. Barcelona: Raima.
- AA.VV. (comp.) (1987). *Tendencias actuales en la educación sanitaria*. Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS).
- ABAD H. (1987) *Teoría y práctica de salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia. pp. 120-399.
- ABELLO, FLÓREZ José. (1991). "La influencia de los sistemas de comunicación social sobre las nociones colectivas de salud y enfermedad". *Documento, medicina y comunicación*. Quadern CAPS / Primavera.
- AGUILAR-MORALES, J. E. (2000) *Psicología comunitaria: el modelo clínico comunitario vs. El modelo de competencia*. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.
- AJZEN,I, M. FISHBEIN. (1977) "Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research". *Psychological Bulletin*. 84 (5), pp. 888-918
- ALAN D. (1991) *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Maryland: OPS; pp. 4-5
- ALCO, L. (2007). *Juegos electrónicos: de lo real a lo virtual y viceversa*.
- ALMEIDA C. (2002) *Equidade e reforma setorial na America Latina: um debate necesario*. *Cad. Saude Pública*. 18 (Suppl):23-6
- ÁLVAREZ MANTILLA JM. (1989) *La contribución de diversas ciencias a la atención primaria en salud*. *Psicol Salud*; 2(2):18-21.
- AMEIJEIRAS, S. (1998): -cine y salud, en MORÓN, J.A. (Dir.): *Educación para la Salud: Experiencias e Investigaciones en el campo social, escolar y comunitario*. Sevilla, Ayuntamiento Dos hermanas.



AMEIJEIRAS, S. y MORÓN, J. (1998) Educación para la Salud a través del cine. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, ISSN 1134-3478, N° 11, págs. 123-128

AMEIJEIRAS, S. y VILLAR, P. (1998): El cine como recurso en Educación para la Salud, En I Jornadas Nacionales de Salud y Comunidad. Almería, mayo.

ARANA MARTÍNEZ, JOSÉ M.; CASTRO CARDOSO, DIONISIO DE (coords.) (2015) *Consumir sin consumirse*. Pirámide (col. Psicología), Madrid, 333 pp

BARRENECHEA JJ, TRUJILLO E, CHORNY A. (1990) *Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. 2 ed. Medellín: Universidad de Antioquia. 323 p.

BERCEDO A, REDONDO C, PELAYO R, Gómez Z, Hernández M, Cárdenas N. Consumo de los medios de comunicación en la adolescencia. *AN Pediatr* 2005; 63: 516-525.

BERKMAN LF, Glass T. (2000) *Social integration, social networks, social support and health*. En: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.

BIMBELA JL, GÓMEZ C. (1998). *Sida y comportamientos preventivos: el modelo Calero J., del Rey y Calvo Fernández, J.R. Como cuidar la salud, su educación y promoción*. Harcourt Brace. Madrid. 515 p.

CALLEJO J. (2003) Investigar las audiencias. Buenos Aires Paidós. 2001. En: López F, El consumo crítico de los medios de la juventud y el lenguaje de la discreción como propuesta pedagógica. *Rev. Palabra clave*; 1-16.

CANO GAVIRIA E. (2002). "La atención primaria como la única alternativa para alcanzar la medicina integral con equidad". *Boletín cátedra abierta: Reforma de los servicios de salud en el mundo*; (26):6-16

CARDENAS, J. M.; MONTOYA, C. MUÑOZ, L. (1996) *Proyecto de comunicación en salud Por una Vida Bien Plantada: Modelo metodológico de la estrategia de intervención con la comunicación social: factor de riesgo, agresión y violencia*. Manizales, Caldas; UCM/Ministerio de Salud. 168 p.

CARDONA J. (1987) "El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción". *Rev Centroam Adm Publ* ; (12): 103-136.

CARR Y KEMMIS. *Teoría crítica de la enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.

CASTAÑO, J. F. (29 de 09 de 2011). Enter.co. Recuperado el 12 de 10 de 2011, de <http://www.enter.co/internet/¿cual-es-el-futuro-de-los-medios-digitales/>

COE, G. Educación para la Salud a través del cine.

COHEN SC, CYNAMON SE, KLIGERMAN DC, Amaral LC, Mesquita L, Ribeiro L. (2004). *Rede Brasileira de Habitacao Saudavel: Habitacao saudavel como estrategia sinergica da saude da familia no Brasil*. En Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, Serie Técnica N° 8: "Experiencias y desafios en salud de la familia: Caso Brasil". Organización Panamericana de Salud, Brasil, Brasilia.

COLLIGNON M, VALDEZ R, OBREGÓN R, VEGA M, BACCIN C, BETANCES B y col. (2003) Medios y salud. La voz de los adolescentes. Informe regional unidad de salud del niño y del adolescente. Área de salud familiar y comunitaria. Organización Panamericana de la salud.2-118.

COMISIÓN NACIONAL DE TELEVISIÓN (2008). La gran encuesta de la televisión en Colombia.

COMMUN (1996); 1(1):25-42 En: Alcalay R. La comunicación para la salud como disciplina en las universidades estadounidenses. *Rev. Panam Salud pública/Pan Am/public health* 5(3).

CORTEZ R, JACOBY E, ALARCÓN G. (2002). Determinantes de la obesidad y el sobrepeso en el Perú. En: Cortez R, ed. *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teoría y nuevas evidencias*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacifico; 2002. Pp. 339–375

COSTA, M.; LÓPEZ, E. (1996). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide.

CHARTIER, R. *El mundo como representación*. (1991) Barcelona: Gedisa, Declaración de Jakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI

DANE (2005) Encuesta continua a hogares. Hábitos de lectura, asistencia a bibliotecas y consumo de libros en Colombia.

De la Hera Conde, T. (2008). *Análisis narrativo del adverggame: El caso de "Get the class!"*.

Declaración de la Conferencia de Adelaida. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/dgps/descargasinternacionales.asp> , accesado el 20 julio 2002.

DELEUZE, GILLES. (1989)*Lógica del sentido*. Paidós, Barcelona.

DIAZ, A., MEJIA, M R. *Metodología de la investigación en educación popular y comunitaria*.

DOBLES J. (2009) (Conferencia impartida Evento Teórico. X Bienal de La Habana) martes, 28/07/2009

DONNAY F. *Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade*. (2000)*Int J Gynecol Obstet*; 70: 89-97.

DUEÑAS BECERRA J, TOLEDO CURBELO G. (1996).*Temas escogidos de Higiene y Epidemiología*. La Habana: Facultad de Medicina

DUEÑAS BECERRA J. (1997). "¿Cómo enseñar la psicología médica? Una opinión." *Rev Hosp Psiquiatr Hab*;38 (1):41-3.

DUEÑAS BECERRA J. *Educación para la salud: teoría y práctica*. En: CastanedoVáldezR.en: [http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS\\_RED\\_SITUA.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_SITUA.pdf)

ECHEVERRY, S., HINCAPIE, D., NARANJO C. (2009) Significado que confieren los adolescentes con problemas en su autocuidado a los programas de educación en salud en la ciudad de Manizales

ECHEVERRY, S., SERNA, P. (2012) *Artes Mediales en Educación para la Salud*. Manizales.

ESPING A. (2002) "The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton University Press"; 1990. Citado por: Hernández M. En: *Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas*. En: *Memorias del 1er Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y*

*alternativas*; Abr. 4-5; Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; pp. 347-361.

FERNÁNDEZ BENASAR, C.; FORNÉS, J. (1991) *Educación y salud*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

FISHBEIN, M. (1990). "Factores que influyen en la intención de estudiantes en decir a sus parejas que utilicen condón". *Revista de Psicología Social Personalidad*.

FISHBEIN, M. (1988). "Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes venezolanos: Una aplicación de la Teoría de la Acción Razonada en Latinoamérica", *Revista de Psicología Social y Personalidad*. 4 (2), pp.9-41.

FISHBEIN, M. Y I. AJZEN, (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison Wesley. USA.

FLEURY, S. (2004), "El desafío da Gestión de las redes de políticas", *Revista Instituciones y Desarrollo Diciembre*. Disponible en [http://www.ebape.fgv.br/espanol/academico/asp/dsp\\_professor.asp?cd\\_p\\_r o=36](http://www.ebape.fgv.br/espanol/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_p_r o=36).

FORTUNY, M. (1990). *Educación para la salud*, en: DIVERSOS AUTORES: *Iniciativas sociales de educación informal*, Madrid: Ed. Rialp, 200-249.

FORTUNY, M. (1994). *El contenido transversal de la educación para la salud: diseño de la actividad pedagógica*. *Revista de Ciencias de la Educación*, Madrid.

FRANCO S. (2003). *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 659 p.

GARCÍA GARCÍA, F. (2006). Videojuegos y virtualidad narrativa. *Icono* 14, 24.

GARCÍA, J. Y BLANCO, S. (2006) *Contenidos y recursos de educación para la salud*. Anpe. Santander.

GARCÍA, Judith. (1992) *Políticas para una cultura de la salud*.

GÓMEZ, M. A. (2006). Aprendizaje basado en juegos. Icono 14 , 13.

GONZÁLEZ MOLINA MD. (2004). *Full employment in a free society*. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana. Disponible en <http://www.finteramericana.org/historia/descript1.htm>. González Molina MD. *Nacimiento y evolución de la seguridad social*. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana para el desarrollo y formación de fondos de pensiones laborales.

GONZÁLEZ MOLINA MD. (2004). *Social insurance and allied services*. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana. Disponible en <http://www.finteramericana.org/historia/descript1.htm>

GOODSTADT M, Provin L And SPRINGETT J. (2001) *A framework for health promotion evaluation*. In *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*. WHO Regional Publications EuropeanSeries, No 92.

GREENE, W.H., SIMONS-MORTON (1988). *Educación para la Salud*. México : Interamericana·McGraw-Hill.

GRIFFITHSS y KNUTSON (1960): The rol of Mass Media in Public Health, en *Journal Public health*, 50; 515 – 523.

HABICHT J, VICTORA C, VAUGHAN J. (1999). *Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability for public health programme performance and impact*. *Int J Epidemiol*; 28: 10-18.

HACKBARTH D, GALL G. (2005). *Evaluation of school-based health center programs and services: the whys and hows of demonstrating program effectiveness*. *Nurs Clin North Am*; 40: 711-724.

HERNÁNDEZ M. (2002). *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. *Cad Saúde Pública*; 18(4): 991-1001.

HERNÁNDEZ DÍAZ, J. M. (COORD.); HERNÁNDEZ HUERTA, J. L. (ed.). (2014). *Historia y Presente de la Educación Ambiental. Ensayos con perfil iberoamericano*. Salamanca: FahrenHouse.

HERRERA V. M, RODRÍGUEZ A. N, NEBOT ADELL C, MONTENEGRO H. (2005) *Una red para promover sistemas de salud basados en la atención primaria de salud en la Región de las Américas*. *Rev Panam Salud Pública*. 21(5):261–73.

HOLZMANN R, JORGENSEN S. (2000) *Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá*. Washington: Banco Mundial; 37 p.

HOPEENHAYN M. CEPAL.(2004) *La juventud en Ibero América, tendencias y urgencias*. Organización Iberoamericana de juventud. Santiago de Chile, octubre de 2004.

IGARTUA, J. (2011). *Mejor convencer entreteniendo: comunicación para la salud y persuasión narrativa*. Revista de Comunicación y Salud. Vol.1, nº 1, pp. 69-83.

JACOBY E. (2004). *The obesity epidemic in the Americas: making healthy choices the easiest choices*. Rev Panam Salud Pública; 15(4):278-284.

JACOBY E. (2002) "*Viejos problemas y nuevas epidemias: el reto de la transición de salud en el Perú*". En: Cortez R, ed. *Salud, equidad y pobreza en el Perú: teorías y nuevas evidencias*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; Pp. 313–337

JARAMILLO I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 5 años después*. 4 ed. Bogotá: FESCOL; p. 35.

JAUREGI REINA, CESAR. A. (1998) *Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad*. Editorial Medica Internacional. Bogotá 1998. Pág. 218.

JENKINS C. D. *Building better health: A handbook of behavioral change*. Pan American Health Organization. Scientific and Technical Publication, N. 590, Washington DC, USA, 2003.

JENKINS,C. JENKINS D. (2004) *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. OPS

JIMÉNEZ, J.R. (1998) *Educación para la salud en el currículum educativo*. Tesis Doctoral.

JUNQUEIRA LAP. (2000). *Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais em saude*. Revista de Administracao Pública. Nov/Dez: 35-45.

KREMPEL MC, MOYSÉS MT, MOYSÉS SJ. Capitulo III: *Intersetorialidade: estrategia para a construação de uma cidade saudavel: a experiencia de Curitiba*. En O Processo de construação da rede municipios

potencialmente saudáveis. Vol 2 Sparandio AM (Org.), Campinas, IPES Editorial, Brasil, 2004.

KROEGER A, LUNA R. (2000). Atención primaria en salud: Principios y métodos. 2 ed. México: Pax; 1992. pp. 5-48.

LALONDE M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Information Canada, Health and Welfare.

LEAVELL S, CLARKK EG. (1976) Medicina Preventiva. Sao Paulo. Mc Graw-Hill.

LÓPEZ D (2003) El consumo crítico de los medios de la juventud y el lenguaje de la discreción como propuesta pedagógica. Rev Palabra clave 9; 1-16.

LOPEZ JIMENEZ, N. E. (1996) *Retos para la construcción curricular. De la certeza al paradigma de la incertidumbre creativa*. Bogotá: Magisterio.

MACHADO JM, PORTO MF. (2003). *Promocao da saude e intersectorialidade: a experiencia da vigilancia em saude do trabalhador na construcao de redes*. Epidemiologia e Servicos de Saude, 12(3 ) :121-130.

MADDALENO M, MORELLO P, INFANTE-ESPÍNOLA F.(2003) Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex 2003;45 supl 1:S132-S139.

MARQUÉS, F.; SÁEZ, S. y GUAYTA R. (2004). Métodos y medios en promoción y educación para la salud. Voc. Barcelona.

MAX NEEF M. *Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro*. Fundación Dag Hammarskjold, Santiago de Chile, 1986.

MCBRIDE N. *The Western Australian School Health Project: Comparing the effects of intervention intensity on organizacional support for school health promotion*. Health Educ Res 2000; 15: 59-72.

MCKENZIE J, NEIGER B, SMELTZER J. (2005). Planning, implementing, and evaluating health promotion programs. 4th ed. San Francisco, Boston, New York: Pearson-Benjamin Cummings.

MEDIAVILLA, J. C., & Abuín Vences, N. (2010). La nueva publicidad en videojuegos y dispositivos móviles: Advergaming 2.0.

MOLINA, C. y NUÑEZ J. *Servicios de Salud en America Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.

MORENO L. (1989). *Enfoque de un modelo de capacitación participativa*. *Psicol Salud*;2(2):64-7.

MUKOMA W, FLISHER A. (2004). *Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies*. *Health Promot Int*; 19: 357-368.

MURCIA, A. (1985). *Educación para la salud en el aula*. Recurso electrónico. Nutbeam N. Health Promotion Glossary. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP / HBI 503 – GO 4)

NIRENBERG, O. AND PERRONE, N. (1996). “Programa Regional de Adolescencia.” Proyecto OPS Kellogg de Apoyo a Iniciativas Nacionales de Salud Integral del Adolescente en la Región de las Américas. Informe Evaluativo. Washington, DC: OPS. Organización Mundial de la Salud. 1989. 42 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, OMS. OLIVERA G, HERRERA M. (2002). *Estrategia Escuelas Saludables Colombia*.

NOGUERO, A. M. (2010). Advergaming: concepto, tipología, estrategias y evolución histórica. *icono14* , 22.

OLIVER A, MOSSIALOS E. (2004). *Equity of access to health care: outlining the foundations for action*. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:655–658

OLIVERA G, HERRERA M. (2002). *Estrategia Escuelas Saludables Colombia*.

ORDÓÑEZ C. (1995). *La salud pública en Cuba: Experiencias de un trabajador de la salud*. La Habana: Rebeca Cerda; pp. 105-117.

Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington.

ORTEGA F. (1984). *Medicina tradicional en Manabi*. Quito: Ministerio de Salud Pública. Citado por: Kroeger A, Luna R. *Atención primaria en salud: Principios y métodos*. 2 ed. México: Pax; 1992. pp. 5-48.



PASTOR, V. (2003) *Educación para la salud intervenciones educativas en el contexto escolar*. Anpe. Santander.

PEREIRA, J. M. (1994) *Comunicación, promoción y salud*. Universidad Javeriana. Depto de Comunicación. Pp 83-90.

PÉREZ, R.M. y Sáez, S. (2004) *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Milenio. Lleida.

POLAINO-LORENTE, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

POLAINO-LORENTE, A. (1987). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

POPE C, ZIEBLAND S, MAYS N. (2000). *Qualitative research in health care. Analysing qualitative data*. BMJ; 320: 114-116.

PRECEDE. Rev Psicol Gen Apli 1994; 47(2): 151-157.

QUEVEDO E, MIRANDA N, HERNÁNDEZ M. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia*. Bogotá: COLCIENCIAS. p. 240.

RESTREPO, B y Otros. *Materiales educativos e innovaciones*. CECAB.

RESTREPO, L. C. y ESPINEL V. (1996). M. *Semiología de las prácticas de salud*. Colección administración en salud. Centro Editorial Javeriano. CEJA. 359 p.

REY, G. (1993). *Desarrollo comunicativo*.

REY, G. (2002) *Encuesta nacional de cultura Colombia*.

REY, G. *Los instrumentos de la Levedad. Cultura Urbana y Medios de Comunicación*.

REYES, R. *La Teoria de la Accion Razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes*. Universidad Pedagógica de Durango.

RÍOS CONDADO T y TENTORI VARGAS E. *La acción razonada, valores y medio ambiente*.

RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ J. (1988). *Educación para la salud*. *Psicol Salud*;1(1):7-8.

ROSLER, M. (2004) “Dentro, alrededor y otras reflexiones sobre la fotografía documental”. En: *Efecto real, debates postmodernos sobre fotografía*, Jorge Ribalta (edit.), Editorial Gustavo Gili, Barcelona

SAL Y ROSAS F. (1972). *Observaciones en el folklore psiquiátrico del Perú*. *Folk Am*; 21-22: 249-262.

SALAZAR L (1999). *Escuelas promotoras de salud: resultado de alianzas entre la academia, el gobierno y la comunidad*. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud (CEDETES), Facultad de Salud, Universidad del Valle.

SALINAS J, VIO F. (2003). *Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria*. *Rev Panam Salud Pública*; 14(4): 281-288.

SALLERAS, LI. (1985). *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid. Díaz de Santos.

SAN MARTÍN, H. PASTOR, V. (1988) *Salud comunitaria. Teoría i pràctica*, Madrid: Editorial Díaz de Santos.

SCHUTTINGA JA. (1996). *Quality of life from a federal regulatory perspective*. In: Dimsdale JE Baums A, Editors. *Quality of life in behavioral medicine research*.

SECLÉN-PALACIN J, BENAVIDES B, JACOBY E, NOVARA J, VELÁSQUEZ A, WATANABE E, ARROYO C. (2003) *Efectos de un programa de mejoramiento continuo de la calidad en servicios materno perinatales en el Perú: la experiencia del Proyecto 2000*. *Rev Bras Saúde Mater Infant*, 3(4): 421-438.

SECLÉN-PALACÍN J, JACOBY E. (2003) “Factores socio-económicos y ambientales asociados con actividad física deportiva en la población urbana del Perú”. *Rev Panam Salud Pública*,14(4): 255-264.

SECLÉN-PALACIN J. (2004) *Enfoque de salud familiar y su potencial contribución en los objetivos de desarrollo del milenio. En Proyecto para el desarrollo de sistemas y servicios de salud, Serie Técnica N° 8: “Experiencias y desafíos en Salud Familiar: Caso Brasil”*. Organización Panamericana de Salud, Brasil, Brasilia.

SERRANO, M.I. (1989) *Educación para la salud y participación comunitaria*, Madrid: Díaz de Santos.

SERRANO, M.I. (coord.-edit) (1998). *La Educación para la Salud del siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.

STARKEY F, MOORE L, CAMPBELL R, SIDAWAY M, BLOOR M. *Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a schoolbased peer-led anti-smoking intervention in the UK: the ASSIST cluster randomized trial* [ISRCTN55572965]. *BMC Public Health* 2005; 5: 43-52.

TAPIA, A., LÓPEZ, M., & GONZALES, P. (2011). *Publicidad in-Game. Los videojuegos como soporte publicitario*. *Pensar la Publicidad*.

TERRIS M. (1990). *Public health policy for the 1990s*. *Annual Review of Public Health*, 11:39-51.

TERRIS M. (1992). *Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública*. *J Public Health Policy* 1992; 13(3):267-276.

TURABIAN,J.L. (1992). *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.

UNIVERSIDAD COMPLUTENCE DE MADRID.(2006) *Internet y el movil, medios de comunicación elegidos por los estudiantes universitarios*. 2-6-2005; 18: 29-02. Disponible en Periódico electrónico s.l.u.Madrid.

VALADEZ I , FIGUERO A., VILLASEÑOR M ., ALFARO ,N. (2004) *Educación para la Salud: la importancia del concepto*. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo.

VARELA F. (1997). *Obras*. La Habana: Editorial Cultura Popular,Tomo III 272.

VARGAS, T. E., *La didáctica del psicoarte*, (inédito).

VÁSQUEZ L. (1993). *Aproximación al objeto de la salud pública*. *Rev Fac Nac Salud Pública*; 12(2): 9-25.

VELOZA A., LYLA PIEDAD Y MALAGÓN O., RAFAEL. *Esbozos conceptuales para el acompañamiento de procesos de salud en la comunidad*. Programa PRIAC. UN. Santafé de Bogotá. 203 p.

VERA, A. y MORÓN, J.A.(1997): Educación para la Salud y medios de comunicación social, en III Jornadas de Encuentro de Grupos de Trabajo de Ciencias de la Naturaleza. Sevilla, Consejería de Educación y CEP de Sevilla; pp. 31 – 37.

VERGARA MC. (2006) Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales. Tesis doctoral. Doctorado en ciencias sociales. Niñez y juventud. CINDE Universidad de Manizales. 2006.

WERNER D, BOWER H. (1984). *Aprendiendo a promover la salud: Un libro de métodos, materiales e ideas para instructores que trabajan en la comunidad*. California: Fundación Hesperian. pp. 619-620.

WERNER D. (1973). *Donde no hay doctor: Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos*. California: Fundación Hesperian. 402 p.

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity in health. *Int J Health Services*, 22:429-45

WIMMWR R, DOMINIQUE J. (2001) Introducción a los medios masivos de comunicación. México: Thomson

YEPES C, Jaramillo C, (2004) Quintero A. *Protección social: Una sombrilla*. *Revista Nuevos Tiempos*; 12(1): 107-114.

YOUNG, K. F. (1967) *Psicología de las actitudes*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

## ORGANISMOS E INSTITUCIONES

ALCALDÍA DE MANIZALES. (2000). *Proyecto local "Manizales ciudad universitaria en Latinoamérica"*.

ALCALDÍA DE MANIZALES. (2000). *Proyecto local "Manizales ciudad universitaria en Latinoamérica"*.

ASOCIACIÓN REGIONAL DE COMUNIDADES POPULARES DE EXTREMADURA (2006). *Hacia un nuevo modelo de intervención basado en redes de participación comunitaria*. Aupex. Badajoz.

BANCO MUNDIAL. (1987). *El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: Una agenda para la reforma*. OSP/B 1987; 103(6): 595-742.

CINDE, UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES. (1996). *III Foro Nacional de Etica Ciudadana*. 1996.

CINDE. (1994). *Lenguaje, Comunicación y Desarrollo Humano*. Modulo 5. 1994.

COLCIENCIAS. (1993) *Salud para la calidad de la vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud*. Primera edición. Tercer mundo editores. 309 p.

COSESAM. (2004) Corporación colombiana de secretarios municipales y distritales de salud. [Sitio en Internet] *Asi vamos en salud*. disponible en <http://www.asivamosensalud.org/sitios/Default.htm>.

CUBA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. (2000) *Manual de educación para la salud*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

HEALTH CANADA. (2000). *Salud de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables "La perspectiva canadiense División Salud y Desarrollo Humano*. Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Washington, D.C.

INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES. (2003). *The future of the public health in the 21<sup>st</sup> Century*. Washington. National Academy of Sciences. 95 p.

MEXICO. (2000). *Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud*, Ciudad de México.

MINISTERIO DE COMUNICACIONES. MINISTERIO DE SALUD. (1997) *Política de comunicación para la salud*. Bogotá.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. COLOMBIA. (2004) Diez años del Sistema general de seguridad en salud: Balance y futuro. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. pp. 5-6.

MINISTERIO DE SALUD (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental* / Perú.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA. Lineamientos para una política nacional de investigación en salud para Colombia. Documento de Trabajo – Informe preliminar para consulta – Noviembre de 2007 -Universidad del Valle – CEDETES.

MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA DEL PERÚ. (2006). *Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas*. Boletín N° 6 de Promoción de la Salud. Lima: Organización Panamericana de la Salud.

MINISTERIO DE SALUD. (1999). *Estrategia de Escuelas Saludables, lineamientos generales*. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

MINISTERIO DE SALUD. (1998). *Modelo metodológico de la estrategia de intervención con la comunicación social*. Proyecto de comunicación en salud. Universidad Católica de Manizales. Santafé de Bogotá. 42 p.

MINISTERIO DE SALUD. Perú. (2003). *Lineamientos de políticas de Promoción de la Salud*.

Disponible

en

<http://www.minsa.gob.pe/dgps/descargasinternacionales.asp>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998). *Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras*. Washington.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). Bogotá. *Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.*

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2000). *Metas del milenio para el desarrollo (MDM) adoptadas en la 55ª Asamblea General de la ONU.* Washington: ONU.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1986) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Actas de la Conferencia celebrada del 17 al 21 de noviembre en Ottawa, Canada.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). *Informe Mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen.* OMS, Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) y FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). (1978). *Declaración de Alma Afa: la esfrageia de afención primaria cli sahrd.* Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1986). *Salud y Bienestar social.* Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Asociación canadiense de salud publica. Ontario.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1991). *La participación de la comunidad en el desarrollo de su salud: un desafío para los servicios de salud.* Informe de un grupo de estudio de la O.M.S. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1996). División de promoción y protección de la salud. Reproducción de documentos. Serie #8 y #9. *Taller internacional de comunicación social en salud. Promoción de la salud y teorías de comunicación en salud.*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1992). *Manual de comunicación social para programas de salud.* Programa de promoción de la salud. (HPA) Washington, PC.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. *Promoción de la salud y equidad. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud.*

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). *Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT*. En: Memorias de la 26 Conferencia sanitaria Panamericana; Washington: OPS/OMS. 19 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). *Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. Washington: OPS. pp. 1-16.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1983). *El concepto de "campo de salud": Una perspectiva Canadiense*. Bol Epidemiol OPS; 4(3): 13-15.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2000). *Encuesta multicéntrica en siete ciudades de América Latina sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE)*. Washington, D.C.: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). *Escuelas promotoras de salud, fortalecimiento de la iniciativa regional, estrategias y líneas de acción 2003-2012*. Serie promoción de la salud N° 4. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas saludables: Una herramienta para la Paz*. <http://www.col.ops-oms>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1990). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud*. Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1998). *La salud en las Américas*. Publicación científica N. 568. OPS, Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005). *Municipios, ciudades y comunidades saludables: recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas*. Washington.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1998). *Prevención clínica: Guía para médicos*. Washington DC.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2006). *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bangkok y perspectivas para el futuro*. 138a Sesión del Comité Ejecutivo, junio 19-23. Washington.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). *Resolución directoral CD44.R12: Familia y la Salud*. Disponible en [www.paho.org](http://www.paho.org).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2004). *Síntesis de la IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*. San Juan de Puerto Rico: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas Promotoras de la Salud: La Experiencia Centroamericana*. Serie Promoción de la Salud No. 1. Washington, D.C.: OPS. ISBN 92 75 32394 1.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). *Memoria de la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud*. Serie Promoción de la Salud No. 5. Washington, D.C.: OPS. ISBN 92 75 32486 7.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). *Escuelas Promotoras de la Salud Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012*. Serie Promoción de la Salud N°4 Washington, DC

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. (1986). To move towards a new public health: an international conference sponsored by the World Health Organization, Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association. Ottawa.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. (2007). Plan Decenal de Educación. 1996-2005. Educación para la Democracia, el Desarrollo, la Equidad y la Convivencia.

MUNICIPIOS, CIUDADES Y COMUNIDADES SALUDABLES. *Recomendaciones para la Evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas*. Serie Promoción de la Salud No. 7. (Disponible en español, inglés y portugués). Washington D.C.: OPS. ISBN 92 75 12575 . 20059.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2002). Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. (Disponible en español, francés, inglés y portugués). Washington, D.C. ISBN 92 75 124140.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005). Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional. Serie Promoción de la Salud No. 3. Washington, D.C. ISBN 927532405 0.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (1992). *Promoción de la salud y equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud patrocinada por la OES y el Ministerio de Salud de Colombia*. Washington DC .

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. (1998). Educación: La agenda del siglo XXI. Hacia un desarrollo humano. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL DE SANTIAGO DE CALI. (2002). *Estrategia Escuelas Saludables*. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali.

US DEPARHMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. (1979). *Healthly peopfe: fhe Srtrgecm Genernl's reporf on henlfh promotion and disease prezvntion*. Washington, DC.

WORD HEALTH ORGANIZATION. (1999). *Feachem RG, Kjellstrom T, Murray CJ. The health of adults in the developing world*. Washington, D.C.: World Bank.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1998). *The world health report - life in the 21st century: A vision for all*. Geneve: World Health Organization. 241 p.

PERÚ, MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de políticas de Promocion de la Salud* (2003). accesado el 20 julio 2002.

Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/dgps/descargasinternacionales.asp>

PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA: *Metodologías para la Promoción de la Salud*. (1999). PALTEX No. 41. Washington, D.C.: OPS. ISBN 92 75 32259 7.

## **ANEXOS**

### **Anexo A**

#### **Los Objetivos del Milenio un Reto en Colombia<sup>93</sup>**

En Colombia se ha venido desarrollando un proceso para cumplir con los compromisos adquiridos. Este compromiso se ha desarrollado en forma conjunta entre el Gobierno y el Sistema de Naciones Unidas. Es así como desde mediados de 2003 se planteó una agenda conjunta para diseñar propuestas, discutir y avanzar hacia el logro de los Objetivos y Metas del Milenio y su adaptación, traduciéndose en un documento oficial de país emanado del Consejo de Política Económica y Social en el año 2005, denominado CONPES Social 91. Para el país, los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM, representan una oportunidad para definir y evaluar los retos propuestos para lograr el desarrollo social. Por esto, para el análisis y la definición de las metas propuestas, se organizó un equipo técnico por cada objetivo, conformado por los ministerios, las agencias del Sistema de Naciones Unidas, las direcciones pertinentes del Departamento Nacional de Planeación, con el apoyo estadístico del DANE y la coordinación de la Comisión Económica para América Latina - CEPAL junto con el Programa Nacional de Desarrollo Humano.

A continuación se hará un breve recorrido por cada uno de los ODM y Metas planteadas para el país.

---

<sup>93</sup> OPS. Ministerio de Protección Social. Ministerio de Educación. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable. Bogotá D.C., diciembre de 2006.

### *Objetivo 1: Erradicar la Pobreza extrema y el hambre*

Se considera este objetivo como central en el conjunto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por cuanto la lucha contra la pobreza extrema guarda estrecha relación con prácticamente todos los demás. Es así como los problemas y necesidades en materia de salud y alimentación que afligen a la población en pobreza extrema y que se traducen en desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna y alta incidencia de enfermedades como el VIH/ Sida y el paludismo forman parte de los objetivos 1, 4, 5 y 6. Del mismo modo, la falta de educación, la ausencia de acceso a agua potable y saneamiento, las viviendas deficientes y las condiciones de hacinamiento son consideradas en los objetivos 2 y 7 y constituyen graves obstáculos para desarrollar las capacidades individuales y disponer de los recursos necesarios para escapar de la situación de extrema pobreza. Por esto, se ha planteado desde el CONPES, que el componente principal para la reducción de la pobreza es el reconocimiento que la forma más eficiente de prevenir, enfrentar y superar los choques que afectan las condiciones de vida de los ciudadanos, es el Manejo Social del Riesgo. Por ello han unido esfuerzos el Ministerio de la Protección Social, con sus áreas de seguridad social, formación laboral y empleabilidad, y asistencia social a la familia y la Presidencia de la República con el manejo de los programas de Asistencia Social a través de la Red de Apoyo Social - RAS, apoyados por el Ministerio de Educación Nacional. Por otra parte, se estableció como elemento transversal de todas las estrategias de los programas de desarrollo social por sectores, la organización y la participación de la población en el diseño y desarrollo de políticas y programas. Además, se busca que las estrategias tengan especial énfasis en la niñez, logrando para esta población el acceso a: nutrición de calidad, cuidado integral, salud básica, educación y socialización.

### *Objetivo 2: Lograr la Educación Primaria Universal*

En los objetivos de desarrollo del Milenio se incluyen, de modo expreso, aspectos vinculados a garantizar el derecho de las personas a la educación. Esto obedece a su carácter de derecho humano, cuyo respeto es parte ineludible de toda concepción de desarrollo. Además de ser un derecho vinculado al desarrollo pleno de las personas, la educación incide decisivamente en el fortalecimiento de las capacidades, en la búsqueda de las oportunidades y en la gestión para el aprovechamiento de las oportunidades. Es decir, es uno de los factores determinantes del desarrollo humano y mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, las familias y las colectividades. El efecto de la educación en la mejora de los niveles de ingreso, la salud de las personas, los cambios en la estructura de la familia, la promoción de valores democráticos, la convivencia civilizada y la actividad autónoma y responsable de las personas ha sido ampliamente demostrado. Por esto, a través del CONPES se ha propuesto como estrategia fundamental lograr el acceso de la población a la educación preescolar a partir de los seis años, dando prioridad a las zonas rurales desarrollando experiencias exitosas como Escuela Nueva, SER (Servicio de Educación Rural), SAT (Sistema de Aprendizaje Tutorial), Metodología de Alfabetización CAFAM, Aceleración del Aprendizaje y Alfabetización de Adultos y Jóvenes, entre otros. Como el país ha logrado avanzar en las coberturas de educación primaria universal, se propuso como metas el mejoramiento de la calidad de la educación, buscando disminuir los índices de inasistencia escolar, el aumento de la cobertura de educación media así como el número de años de educación para la población entre 15 y 24 años.

### *Objetivo 3: Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer*

Varios estudios han demostrado que no hay estrategia de desarrollo eficaz en la que la mujer no desempeñe un papel central. Cuando la mujer participa plenamente los beneficios pueden verse inmediatamente: las familias están más sanas y mejor alimentadas; aumentan sus ingresos, ahorros e inversiones. Este amplio reconocimiento político de la comunidad internacional a la importancia de la equidad de género como fin y como medio para alcanzar el desarrollo es un punto de partida fundamental. Al respecto, en el país se han desarrollado diversas acciones en este punto por ejemplo, no existen diferencias importantes en asistencia escolar por género, por lo tanto este objetivo se ha encaminado a mejorar la capacidad de monitorear y evaluar la violencia contra la mujer, la violencia intrafamiliar, el seguimiento a la equidad de género en materia salarial, y la participación de la mujer en los niveles decisorios del poder público, de manera que permita orientar políticas y programas en esta materia de una manera acertada. Como se mencionó anteriormente, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio la salud tiene una gran importancia, sin embargo, tres de ellos están más directamente implicados el 4, 5 y 6. Por lo tanto a continuación se analizarán las estrategias que el CONPES ha planteado para el logro de ellos en Colombia.

*Objetivo 4: Reducir la Mortalidad en menores de Cinco Años*

Aunque el país ha logrado avances en los últimas décadas frente a la reducción de la mortalidad en los menores de un año y de 1 a 4 años, se plantearon nuevas disminuciones aumentando las coberturas de vacunación con el Plan Ampliado de Inmunizaciones e incrementando progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, focalizando los subsidios en la población menor de 5 años, las mujeres gestantes y las mujeres en edad fértil.

### *Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna*

En este objetivo se plantearon las metas e indicadores relacionados con el desarrollo de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en la que se han contemplado diversos objetivos como: disminuir la mortalidad materna, aumentar el control prenatal, lograr la atención institucional del parto, el uso de métodos modernos de anticoncepción, así como la disminución del embarazo en adolescentes y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Para esto, una de las estrategias más importantes planteadas es el incremento progresivo de la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios en las mujeres gestantes y en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas.

### *Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y el Dengue*

Para la lucha contra el SIDA, se plantea la implementación y mantenimiento del Plan Intersectorial para la prevención y control de la epidemia en el país. Este abarca tres ejes temáticos:

- 1) Coordinación interinstitucional e intersectorial, Evaluación y Monitoreo
- 2) Promoción y Prevención y
- 3) Atención y Apoyo. Para la Malaria y el Dengue, se propuso el mejoramiento de la oportunidad y calidad del diagnóstico a través de diferentes acciones.

### *Objetivo 7: Garantizar la Sostenibilidad Ambiental*

Para cumplir con este Objetivo se ha planteado una estrategia conjunta entre entidades nacionales y locales. En el marco del Protocolo de Montreal, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial ha establecido un programa de reducción del Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono. Este programa finalizará en el 2010,

año para el cual Colombia no consumirá este tipo de sustancias. Por otra parte, los esfuerzos se focalizarán en aquellos municipios con dificultades particulares en el suministro de agua potable y que no cuentan con esquemas eficientes de gestión de este recurso. En complemento con lo anterior, en vivienda las acciones se concentrarán en evitar la conformación de nuevos asentamientos precarios, logrando que la oferta formal de vivienda sea igual a la formación anual de hogares, y en mejorar las condiciones de la vivienda a cerca de 450.000 hogares.

*Objetivo 8: Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo*

Este que es el objetivo más importante para ser realizado por los países desarrollados, buscando mejorar el comercio y los ingresos de los países en desarrollo; Colombia ha planteado estrategias dirigidas a buscar el acceso a medicamentos, lograr coberturas de afiliación a la seguridad social en salud del 100% de la población y la prioridad del país se concentra en mejorar y mantener el nivel de escolaridad, de acuerdo con lo previsto en el objetivo 2. En procura de crear condiciones favorables para la inversión, el crecimiento económico y el desarrollo, se tiene el claro compromiso de desarrollar y poner en práctica mecanismos de integración comercial con otros países y regiones, así como mantener su tradición de contar con unas finanzas públicas equilibradas. En la actualidad existen diversos programas que facilitan el cumplimiento de los objetivos y metas planteadas, es muy importante seguir fortaleciéndolos y consolidándolos, pero también es necesario aplicar nuevas propuestas que contribuyan al desarrollo del país, incluyendo en ellas la participación de los diferentes colectivos, de manera que entre todos se consiga mejorar la calidad de vida de todas las personas de Colombia.



## ANEXO B

### DECLARACIÓN

*“Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria”*

*17 de Agosto 2007*

*Buenos Aires, Argentina*

Nosotros, las Ministras y Ministros de Salud y sus representantes reunidos en el marco de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo: “Derechos, hechos y realidades”, que se realizó en la Ciudad de Buenos Aires los días 16 y 17 de agosto del 2007 para analizar los logros y las dificultades en la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y con el objeto de propiciar el fortalecimiento de consensos ya establecidos y generar nuevas propuestas, tendientes a la consagración de una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria.

Considerando y teniendo en cuenta que:

1.- Reafirmamos que disfrutar el máximo grado de salud que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideas políticas o condición económica o social, siendo esto responsabilidad y deber del Estado conjuntamente con la participación ciudadana.

2.- Reconocemos que los esfuerzos de las sociedades y las políticas públicas deben orientarse hacia el desarrollo humano. Esto implica que dichos esfuerzos requieren encaminarse al mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos, en contra de la pobreza y la exclusión, asegurando la

igualdad de oportunidades y el desarrollo de las capacidades de las personas y sus comunidades.

3.- La salud se encuentra condicionada por diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales. La responsabilidad por su cuidado es de todos y el rol de los sistemas de servicios de salud basados en la estrategia de atención primaria es clave, incluyendo la comunidad. Esto implica la necesidad de políticas de Estado y compromiso desde todos los sectores: organismos públicos, sector privado, organizaciones de la comunidad, organizaciones internacionales y de cada uno de los ciudadanos.

4.- Reconocemos que la salud es fundamental para la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, que refuerzan a la salud como una parte esencial del desarrollo y por lo tanto es necesario, aumentar los compromisos políticos de todos los sectores y recursos destinados al sector salud.

5.- Afirmamos que la equidad, universalidad y solidaridad deben regir los sistemas y las políticas de salud y desarrollo.

6.- La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se basa en valores y principios que siguen vigentes y que deben orientar la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos.

7.- Los problemas de salud no respetan fronteras entre los estados y jurisdicciones. Por un lado, afrontamos situaciones relacionadas con viejos problemas como la pobreza y la exclusión que aun requieren

solución. Por otro lado, existen nuevas problemáticas relacionadas con temas ambientales, cambios demográficos, estilos de vida no saludables y la emergencia o reemergencia de enfermedades.

8.- La necesidad de afrontar los viejos y nuevos desafíos en salud, renuevan la importancia de hacer efectiva la implementación de los valores y principios de la estrategia de APS en los sistemas de salud.

9.- A casi 30 años de Alma Ata, la situación de salud de gran parte de la humanidad es deplorable y no goza de una atención de salud integral, equitativa o ni siquiera básica.

10.- Los sistemas de formación de recursos humanos en salud, en general, no responden a las actuales necesidades sanitarias que reflejan la complejidad social ni están preparados para implementar acciones de prevención y promoción, en un trabajo en equipo, intersectorial y con participación comunitaria.

11.- Estamos muy lejos de alcanzar las Metas relativas a la salud contenidas en la Declaración del Milenio. En eso influyen, entre otras, políticas sociales y económicas que atentan contra la equidad y dificultades que se observan en los sistemas de salud.

12.- Es imperativo sortear estas dificultades y desarrollar acciones que nos acerquen no solo al logro de los Objetivos contenidos en la Declaración del Milenio, sino al pleno cumplimiento de los valores y principios que sustentan la APS.

Acordamos los siguientes principios:

13.- La salud es una causa y un factor generador de desarrollo y crecimiento de una nación. Es por este motivo que consideramos a la

salud como una inversión y no como un gasto y también como una responsabilidad del Estado y la sociedad en su conjunto.

14.- El cuidado de la salud basado en la equidad es un factor clave de desarrollo y puede estimular enfoques equitativos en otros sectores. Esto requiere fuertes políticas públicas que incluyan a todos los actores sociales.

15.- Para lograr la equidad en salud es imperativo avanzar hacia la cobertura universal e integral de salud para la población mundial, con enfoque de género, inclusiva, no discriminatoria y priorizando los grupos vulnerables.

Por lo tanto nos comprometemos a desarrollar procesos que:

16.- Tengan en cuenta los valores y principios de la estrategia de Atención Primaria, para orientar las políticas, la estructura y funciones de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todas las personas.

17.- Reconozcan el papel protagónico y rector del Estado, y la participación de las familias, comunidades y demás actores en la orientación, planificación, y cuando correspondiere, en la implementación y sustentación de las políticas y acciones en salud, en forma integral e intersectorial.

18.- Determinen el conjunto de programas y servicios necesarios para lograr equidad en salud para que los distintos países puedan implementar, de acuerdo a los diferentes contextos.

19.- Aseguren el adecuado financiamiento de las acciones y prestaciones, que cada país considera necesarias, asegurando su sostenibilidad, de manera de propender una cobertura universal.

20.-Incorporen al diseño e implementación de políticas de salud y desarrollo factores tales como nivel socioeconómico, cultura, etnia, género, edad y discapacidad.

21.-Tiendan a eliminar las desigualdades existentes en las prestaciones sanitarias y su calidad al interior de los países.

22.- Tiendan a evitar que los sistemas de salud reproduzcan las inequidades dadas en otros sectores y se diseñen políticas públicas, coordinadas en forma intersectorial, que promuevan la inclusión social y la reducción de la pobreza.

23.- Favorezcan la articulación entre las autoridades sanitarias y las entidades formadoras de recursos humanos en salud, para que dichos recursos se adecuen a las necesidades de la población, desarrollen nuevas capacidades para abordar las nuevas problemáticas sociales, ambientales y sanitarias con un enfoque interdisciplinario.

24.-Tiendan a que las autoridades sanitarias se involucren, comprometan y pugnen por lograr que la orientación y gestión de políticas públicas de otros sectores atiendan necesidades sanitarias como por ejemplo: el acceso al agua potable, alimentos seguros, trabajo decente, ambiente sano y adecuadas condiciones de vivienda.

25.- Incluyan en las publicaciones oficiales indicadores para medir la equidad.

26.- Fortalezcan la cooperación y complementación entre países e Instituciones en el abordaje de cuestiones sanitarias de preocupación local, nacional e internacional.

27.- Respalden un rápido avance en la implementación de las mencionadas acciones, en un marco de equidad y justicia social para lograr el disfrute del mayor nivel posible de salud, que es un derecho fundamental de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

## ANEXO C

### ESCUELAS SALUDABLES

#### *Formato de presentacion de buenas practicas*

Nombre de la escuela

foto y/o logo y/o escudo del proyecto

Presentación	Ubicación geográfica, jornadas, numero de alumnos y maestros, etc.
Diagnóstico	Situación de las y los escolares y de la comunidad escolar en general...
Plan de acción	Proyecto propio de escuela saludable
Proyectos o actividades en Marcha	Actividades que ya se estan desarrollando
Evaluación	(Si existe) de lo que se ha adelantado hasta el momento
Opiniones de los protagonistas	Maestros, alumnos, comunidad en general...
Noticias, solicitudes, expectativas	Expresa sus angustias y alegrías...

## ANEXO D

### IMPLEMENTACION DE LAS ARTES MEDIALES EN LA EDUCACION PARA LA SALU

Respuestas taller de Vídeo y comerciales

#### ¿Cuál fue el video que más le impacto?

- ✓ El del aborto: 12
- ✓ Carta de un bebe abortado
- ✓ Todo, el aborto, la anorexia, farmacodependencia, maltrato infantil.
- ✓ El del aborto y el de la anorexia.
- ✓ La del niño que lo abortaron porque no es justo.
- ✓ Video: del aborto.
- ✓ Comercial: Maltrato infantil.
- ✓ El de la carta del bebe.
- ✓ Carta de un bebe: 9
- ✓ El bebe que abortaron
- ✓ Maltrato infantil.
- ✓ El del bebe: 1
- ✓ El del bebe y la anorexia.
- ✓ Fue el del bebe
- ✓ Me impacto el del maltrato infantil.
- ✓ El del señor que llega a su casa borracho y le pega a la señora.
- ✓ Alcoholismo



- ✓ Me gusta el video del aborto
- ✓ El aborto: 7
- ✓ El del aborto y abre los ojos
- ✓ El del aborto, anorexia
- ✓ El del aborto y el comercial del alcoholismo
- ✓ El de la anorexia
- ✓ El del aborto y la anorexia
- ✓ El del aborto y el comercial del alcoholismo
- ✓ El del aborto porque es un video muy triste
- ✓ El del aborto y el alcoholismo
- ✓ El del aborto porque pesar que la mama tomo esa decisión el bebe la perdono
- ✓ El del aborto porque es un video muy triste
- ✓ Todos
- ✓ La anorexia
- ✓ El del aborto, la anorexia
- ✓ La carta de un bebe
- ✓ Carta de un bebe
- ✓ Carta de un bebe, comercial maltrato infantil.
- ✓ El aborto la carta de un bebe
- ✓ El bebe abortado
- ✓ Carta de un bebe
- ✓ El del bebe
- ✓ La carta de un bebe
- ✓ La carta de un bebe
- ✓ Aborto
- ✓ El video del aborto: abortar es inhumano, el comercial del alcoholismo

- ✓ El de la vieja que se dejó incitar a tener sexo de un aparecido que le dijo cosas y callo.
- ✓ El del aborto ya que si no quieren tener hijos no abortarlo sino tenerlo y llevarlo a bienestar
- ✓ La de la anorexia...el video que mas me impacto fue todos “vive sin drogas”
- ✓ El del aborto
- ✓ Pues el video que mas me impacto fue el del aborto y el comercial el que el señor pierde a la familia por el alcohol.
- ✓ El del aborto me conmovió mucho eso me parece un crimen y el comercial el del alcoholismo me impacto también.
- ✓ Pues sobre el aborto en los seres vivos, pues que cada vez uno siempre llega borracho y siempre pierde lo que mas se quiere.
- ✓ El del aborto me impacto y no se debería quitar la vida de un ser humano tan indefenso como lo es un bebe es tierno, lindo, cariñoso y que tiene sueños.
- ✓ El video del aborto porque no es justo que la gente sea tan insensible y le quite la vida a una criatura de la nada
- ✓ El de el alcoholismo que se le va todo
- ✓ El de la anorexia: 9
- ✓ Aborto: 25
- ✓ Farmacodependencia: 5
- ✓ Alcoholismo: 4
- ✓ Creo que todas
- ✓ Los 4 me impactaron bastante son muy interesantes y hacen parte de la problemática de hoy en día. En especial el del aborto como quitarle la vida a alguien tan indefenso

## ¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

- ✓ Que debemos estar seguros y evitar hacer daño.
- ✓ Que bajo nuestras circunstancias lo debemos tener porque es un bebe un ser vivo que siente igual que nosotros.
- ✓ No tomemos decisiones apresuradas, nos podemos arrepentir.
- ✓ Valorara a los hijos que son el mayor regalo que nos puede dar a nosotras las mujeres y a los padres, no abortarlos que es la alegría de la vida.
- ✓ Nunca podemos abortar porque algún día lo vamos a pagar y que debemos luchar contra la anorexia.
- ✓ Que debemos tomar buena decisiones.
- ✓ Que si quedamos embarazadas no debemos abortar porque eso es lo peor.
- ✓ Pues en el aborto que no debemos hacerle daño a los bebes, pues ellos no se pueden defender.
- ✓ No debemos de hacer el aborto con los bebes porque es algo muy triste para todos y sobre todo para una criatura que no tiene nada que ver.
- ✓ Que no podemos quitarle la vida a un ser humano tengámoslo y si no lo quieren adóptenlo.
- ✓ Que no debemos abortar porque le estamos quitando la vida a un bebe.
- ✓ Que si quedamos embarazadas no debemos abortar por eso cuando tengamos relaciones sexuales debemos usar el condón.
- ✓ Pues que si estamos decididos tener un bebe que lo tengamos pase lo que pase.

- ✓ Lo que yo haga a mis padres mis hijos me lo harán a mí.
- ✓ Que por más que no lo quieran tener hay que darles una oportunidad de vivir, pues no tienes la culpa de los errores que cometes.
- ✓ ¡no al aborto!
- ✓ A veces solo pensamos en nuestras vidas, y no en los demás que la esperan y los que le quitan la vida a los demás es porque no tienen corazón.
- ✓ Nunca voy abortar un bebe y sufrir anorexia.
- ✓ Que un bebe nunca tiene la culpa de lo que hacen los padres.
- ✓ Que debemos amar y respetar la vida de los demás.
- ✓ Que uno debe pensar bien lo que va hacer, porque puede pasar algo que no quiere que pase.
- ✓ Que los niños siempre siguen el ejemplo de sus padres entonces se debe dar un buen ejemplo.
- ✓ No consumir alcohol.
- ✓ Que así no embaracemos no debemos abortarlo y seguir con él en la barriga y tenerlo.
- ✓ Que si una toma la decisión de tomar de tener un bebe no lo aborte por favor.
- ✓ Podemos pensar que cada día nace una persona y la debemos dejar vivir, no le quitemos la vida hay que respetarla.
- ✓ Que no debemos abusar de personitas tan indefensas como lo son los bebes abortando.
- ✓ El alcohol no te lleva a nada bueno por el contrario nos lleva a cometer muchos errores y lleva a perder lo más querido.

- ✓ Que para uno debe ser difícil tomar esa decisión y pues para no hacerlo debes ser responsable y con la edad suficiente al tener relaciones sexuales y evitar el embarazo no deseado
- ✓ Que los hijos son el futuro, y no podemos acabar con la vida de ellos abortando ya que debemos estar preparados para tenerlos
- ✓ Que una pobre criatura no tiene que ser afectada por los errores que haya hecho uno
- ✓ Saber qué es lo que se está haciendo y como para no cometer errores tan grandes como lo es este, protegernos contra esto es lo mejor, para un buen nacer de un ser
- ✓ No debemos abortar, debemos asegurarnos que cuando lo hagamos tengamos la edad suficiente para tener un bebe
- ✓ Me enseñó que todos los niños se merecen la vida, y el de la anorexia por que nos enseña que todos debemos cuidarnos tal y como somos
- ✓ Que los bebes no tienes la culpa de las personas irresponsables que los engendraron y los matan sin pensar en que ellos también son seres humanos
- ✓ En el mundo estamos y lo que le paso a ese bebe también me pudo haber pasado a mi
- ✓ En el aborto: pienso que es una decisión que no se debería de tomar, estarían matando a un ser que empieza a vivir, y lo más seguro es que no nos hubiera gustado que nos hubieran hecho lo mismo.
- ✓ El alcoholismo: solo nos trae desgracias y no lo hace tan feliz como uno piensa
- ✓ Porque por vanidad no hay que de dejar de comer, hay que cuidarse y no llegar a los extremos

- ✓ Que así sea un bebe, un feto, es una vida muy valiosa y hay que respetársela
- ✓ Que no es el ser que va a nacer el culpable y debemos darle la oportunidad de vivir
- ✓ El aborto los niños no tienen la culpa delo que hacemos los mayores
- ✓ Pues que cuando uno deje la novia en embarazo pues debe hablar para responder por el hijo que va a nacer y no abortar
- ✓ El video me deja como mensaje, lo que es la naturaleza de la vida, el comercial me deja como enseñanza que las personas alcohólicas van directo a la perdición y pierden todo lo que tienen
- ✓ Que por mas consecuencias que traiga un embarazo no hay derecho acabar con la vida de un ser indefenso
- ✓ No debemos quitarle la vida a una personita, que no tiene la culpa de nuestros errores. Perdemos la vida de tras de lago que no vale la pena
- ✓ Que un pequeño ser humano no tiene la culpa de nuestros errores y que existen otras alternativas como dar en adopción
- ✓ Nos muestra lo que produce el alcohol
- ✓ Que a pesar de las dificultades hay que superarlas y salir adelante
- ✓ Que por mas consecuencias que traiga un embarazo no hay derecho acabar con la vida de un ser indefenso
- ✓ Que uno no debe abortar a los niños así, porque ellos son criaturas que no tienen nada que ver en lo de uno
- ✓ Que hay personas que sufren a causa de las drogas, sufren sus familias y todas las personas que los rodean

- ✓ Que así nos duela mucho estar solo que nuestros hijos tengan padre o por otra causa, no debemos quitarle la vida a un niño indefenso en vez de crear una nueva vida estaremos matando.
- ✓ Que aunque haya gente con anorexia eso no quiere decir que son personas diferentes.
- ✓ Uno tiene que estar muy seguro sobre la decisión que tome para luego no arrepentirse y un bebe no tiene la culpa de los errores que uno tiene.
- ✓ Nunca tomemos decisiones de las cuales luego nos arrepintamos
- ✓ No es buena opción el aborto
- ✓ Si uno no quiere un bebe se debe cuidar antes de hacer lo que hace, hay que cuidar los niños.
- ✓ Que uno no debe quitarle la vida a un ser humano.
- ✓ Que no hay que tener hijos por tenerlos sino que tenerlos cuando se quiera
- ✓ Que el aborto no es bueno.
- ✓ Que uno tiene que tener decisiones en la vida pero no decisiones tan duras.
- ✓ Que no solo la mama sufre, sino el bebe también.
- ✓ Nunca abortar, porque el bebe no tiene la culpa.
- ✓ No debemos saber que decisiones tomamos, para después no arrepentimos.
- ✓ Que si uno queda embarazada que no aborte el bebe o que sino para que se pone a tener sexo si no va ha tener el bebe.
- ✓ Respetar la vida de los bebes
- ✓ Que un pequeño no tiene la culpa de lo que pase. El tiene derecho a la vida.

- ✓ Que las drogas son más males de lo que pensamos, que algunas decisiones no son tan buenas (anorexia).
- ✓ Que uno nunca le debe de creer a nadie que no sea ni el papa, ni la mama.
- ✓ Que si algún día mi esposa o novia tiene un hijo mío no tomar la decisión de abortarlo.
- ✓ Que hay personas que sufren y están en peores condiciones que uno.
- ✓ Muchas cosas, que uno no debe hacer todas las cosas que uno hace.
- ✓ Que ellos no tienen que pagar nuestros errores.
- ✓ Pues que uno no tiene que ser así porque quedo en embarazo y va abortar las cosas no son así.
- ✓ Que uno primero debe pensar antes de actuar porque luego nos arrepentimos de haber hecho eso.
- ✓ Pues que siempre hay que aprender a vivir en la vida y hay que aprovechar todo en la vida.
- ✓ Que no hay que ser injustos sino justos y hay que pensar en lo que pasa si hacemos algo malo.
- ✓ Que uno tiene que afrontar las consecuencias de los actos que cometa.
- ✓ Que a veces cometemos actos que por dejarnos llevar por las emociones termina una mujer en embarazo y toma la decisión de abortar sin pensar en que esa criatura sufre.
- ✓ Que tenemos que pensar bien.
- ✓ Que no por tener un cuerpo perfecto debemos hacernos daño así como somos estamos bien



- ✓ Nos enseña que la vida es muy valiosa y que nosotros mismos podemos acabarla de diferentes maneras!!!
- ✓ Que no debemos ser tan crueles ya metimos un pie intentemos salir pero sin abortar el ya es un ser vivo
- ✓ Que para que se ponen abrir las patas para después no afrontar lo que viene, egoístas que no quieren ver su propio bebe. No sienten que es un ser humano
- ✓ Que nosotros tenemos que ser muy responsables con nuestra sexualidad porque ningún ser inocente tiene que pagar por nuestros errores
- ✓ Yo creo que nadie tiene derecho a quitarle la vida a nadie, y que debemos cuidar de nuestras propias vidas
- ✓ Que sería bueno que lo vieran aquellas mujeres que abortan
- ✓ Que la mejor decisión no es el aborto porque le estamos quitando la vida a alguien que nosotros mismos le damos vida
- ✓ Ayudar a las mujeres aconsejarlas, un ser nuevo llega al mundo es un ser valioso, dios nos lo presta para cuidarnos, velar por el porqué matarlo... si como sufrimos nosotros el sufre peor
- ✓ Que el aborto es algo horrible y si no se sienten capaz de tener al bebe que entonces no se pongan hacer nada mal... uno debe quererse tal como es
- ✓ Que no somos quien para disponer de la vida de los demás porque si tenemos la responsabilidad para tener relaciones también debemos tenerla para responder con las consecuencias que debemos aceptar tal cual como somos. Que el alcoholismo puede llevar a la perdición
- ✓ Pues que un bebe no tiene la culpa de lo que uno hace
- ✓ Cuidarnos así no deseamos un bebe ella es una criatura inocente

- ✓ Que es quitar el aliento de vida a una personita indefensa que lo único que desea es dar felicidad y ser feliz
- ✓ Del aborto me deja que los bebes no tienen la culpa de los errores de sus padres. De la anorexia me deja que la gente nos quiere tal como somos
- ✓ Que los niños no tienen la culpa de nada y que no hay que irse acostando con nadie por trae de consecuencias que no queremos, los niños no tienen la culpa
- ✓ Que uno no puede destruir vidas por los actos que uno hace
- ✓ Que si una mujer no quiere tener un bebe para que se ponen a tener relaciones sexuales sin protegerse sabiendo que lo va abortar; porque es un ser humano como cualquiera la única diferencia es que no se puede defender
- ✓ Que una nueva vida no tiene porque pagar por nuestros errores
- ✓ Que un ser humano no tiene derecho de negarle la vida a otro, por el contrario se debe preocupar por hacer de ella una felicidad
- ✓ Ellos no piden venir al mundo, es mejor cuidarse y no tomar un cargo de conciencia. Si buscas cariño no lo hagas en las cosas malas
- ✓ Que si uno quiere un bebe que cuando tenga relaciones se cuiden para que los bebes no sufran
- ✓ Que nosotros no somos nadie para quitarle o decidir sobre la vida de os de mas. Y que debemos cuidarnos y alimentarnos, el físico no lo es todo
- ✓ Estos videos hacen referencia a tanta ignorancia que se establece en nuestro país día a día, hay metas que hay que cumplir pero no todos tenemos la misma suerte

- ✓ A valorar la vida, disfrútala sanamente sin drogas y actuando conscientemente
- ✓ Los niños no tienen la culpa de que uno lo engendre y tiene derecho a vivir
- ✓ Nos hace tomar conciencia de que la vida hay que respetarla, pues solo tenemos una y debemos aprender a vivirla como es

**¿Cómo le parece la estrategia del uso del video para la educación en salud?**

- ✓ Muy buena
- ✓ Si por que nos ayuda a reflexionar sobre los errores.
- ✓ Si por que nos ayuda a reflexionar sobre los errores que cometemos.
- ✓ Súper.
- ✓ No abortar a nuestros hijos que gracias a nuestros padres vivimos, así que debemos de darle la vida a otros, valorar nuestro cuerpo, vivir mejor, no maltratar a los niños.
- ✓ Si me gusta porque así nos llamamos la atención las cosas sin que una persona nos grite o algo parecido.
- ✓ Súper chévere.
- ✓ Pues muy bueno, porque a través de estos videos aprendemos.
- ✓ Me parece bien que hagan estos videos para que la gente pueda ver lo que pasa en el mundo.
- ✓ Que la mama tomo una mala decisión al abortarlo.
- ✓ Muy buena.
- ✓ Muy buena esta forma de aprendizaje muy divertida.

- ✓ Pues muy bien y nos enseña a cómo debemos cuando tener un bebe para no poder que pierda o perdamos un ser humano.
- ✓ Buena si los padres nos dan un buen ejemplo.
- ✓ Bueno para que no cometamos tantos errores con nuestra vida.
- ✓ Buena.
- ✓ Buena, para tomar conciencia de lo que podríamos hacer.
- ✓ Si sería muy bueno.
- ✓ Esto del aborto causa daño a los niños, es muy malo. Y nos ayuda a reflexionar este video.
- ✓ Muy chévere
- ✓ Me parece muy importante para saber qué hacer y tomar una decisión buena.
- ✓ Buena.
- ✓ Es bueno los comerciales sobre alcohol nos dicen y nos llevan a no ir por malos pasos.
- ✓ Muy bien porque estos nos ayudan a reflexionar las cosas.
- ✓ Buena porque uno debe estar consciente de abortar una bebe mejor tenerlo.
- ✓ Muy chévere
- ✓ Me suena porque muestra lo que en verdad sucede, si cometemos algo de lo que después nos arrepentiremos.
- ✓ Me pareció interesante, lo hace reflexionar a uno
- ✓ Las personas están equivocadas creyendo que es lo mejor y el bien para ellos, mientras que lo que están haciendo es acabar con sus vidas
- ✓ Yo diría que es una de las más efectivas, más que la música y las caricaturas porque esto lo hace reflexionar aun mas a quien los ve.

- ✓ Muy buena ya que gracias a los videos podemos darnos cuenta de muchas cosas.
- ✓ Muy buena... Idealización para con esto que nos está ocurriendo para con esto en este mundo.
- ✓ Muy buenas por que como dijeron en un video las imágenes hablan por sí solas.
- ✓ Me parece bien
- ✓ Muy bien por que aprendemos muchas cosas
- ✓ Me parece bastante buena ya que se estaría enseñando más que todo
- ✓ Bien por que por medio de este material podemos tomar una reflexión para nuestras vidas
- ✓ Bien, porque a uno le da mucha tristeza con todo lo que pasa por el aborto, y así uno ya sabe por si alguien en un futuro lo intente se le advertirá
- ✓ Muy buena porque se entiende lo que se quiere comunicar
- ✓ Buena porque uno ve como la gente destruye o se destruye así mismo
- ✓ Excelente pues yo creo que el aborto nos impacto muchísimo
- ✓ Me parece muy buena ya que son casos que han pasado en la vida real, y nos dejan enseñanzas
- ✓ No casi no me gusta porque hay unos videos muy fuertes
- ✓ Buena, nos enseñan a cuidarnos de un embarazo para después no cometer errores y que el alcohol no solo nos afectan a nosotros si no a los que nos rodean
- ✓ Muy chévere porque eso nos muestra las consecuencias de lo que hacemos por seguir a los demás
- ✓ Regular por que la imagen no es nítida

- ✓ Buena redacción y aprendizaje
- ✓ No casi no me gusta porque hay unos videos muy fuertes
- ✓ Ojala en todos las propagandas de la televisión tengan que ver con esto porque es muy importante
- ✓ Buena porque con imágenes y casos de la vida real entendemos mucho mejor
- ✓ Me parece bien porque nos podemos dar cuenta las consecuencias de un embarazo no deseado por eso nos debemos cuidar.
- ✓ Regular porque no me gusta en la forma que mostraron esas consecuencias.
- ✓ Buena
- ✓ Buena porque vimos o leímos lo que pasó y es triste.
- ✓ Huy me parece súper Jajaja
- ✓ Buena aprendemos más.
- ✓ Sin respuesta
- ✓ Muy buena
- ✓ También buena, mas fácil de aprender
- ✓ Nos enseña mucho y podemos reaccionar en cuanto a ello.
- ✓ Excelente
- ✓ Muy buena
- ✓ Muy bueno
- ✓ Claro, es muy buena
- ✓ Muy buena
- ✓ Me fascino la manera en que la trasmiten
- ✓ También buena.
- ✓ Bien porque nos deja muchas enseñanzas de lo que hacemos o no debemos hacer.
- ✓ La mejor de todas.

- ✓ Me parece mucho mejor y se entiende muy bien,
- ✓ Pues lo normal, porque si uno hace eso sufre mucho.
- ✓ También entra mucho.
- ✓ Pues me parece muy bueno porque uno aprende mucho.
- ✓ Me parece muy interesante.
- ✓ Sin respuesta.
- ✓ Sin respuesta.
- ✓ Muy buena
- ✓ Excelente me parece muy buen medio para hacer caer en cuenta a la gente de lo que sucede en el mundo.
- ✓ Buena.
- ✓ Chévere, igual es fácil entender y aprender
- ✓ Muy bueno ya vemos espejos en la realidad del mundo
- ✓ Me gusto mucho
- ✓ Me gusta más en video porque así muestra lo que de pronto seremos nosotros o quizás no
- ✓ Buena
- ✓ Buena
- ✓ Muy buena ya que allí podemos ver que a pesar que no han nacido si sientes
- ✓ Muy buena porque nos ayuda a entender más las cosas
- ✓ Buenas, las imágenes hablan por sí solas, una forma de advertir
- ✓ Bien porque nos ayuda a reflexionar
- ✓ Súper buena pues es un método muy entendible y entretenedor
- ✓ Es muy dinámico y muy divertido
- ✓ Muy bacano
- ✓ Excelente, genera grandes inquietudes y además da mucha concentración en todos los jóvenes que lo ven

- ✓ La verdad también es bueno porque nos hace ver muchas cosas
- ✓ Muy bien
- ✓ Súper bien, es muy conmovedor y nos hace ver nuestra realidad
- ✓ Pues excelente; porque ojala las mujeres que lo han hecho lo vean y se den cuenta del daño que hicieron a la criatura indefensa y puedan algún día pagar por eso. Y que muchas que estas no se dan cuenta de lo que hacen
- ✓ Buena, impactan mas con la ayuda de la audición y la visión
- ✓ Es impactante, pero nos lleva a meditar las decisiones
- ✓ Es demasiado buena porque nos deja ver la realidad como un problema de la sociedad
- ✓ Buena
- ✓ Muy buena estrategia muy bien explicada
- ✓ Es mucho mejor que las anteriores, nos mantienen al tanto de la situación, nuestra atención se basa solamente en esto
- ✓ Muy bueno, nos enseña muchísimo acerca de los problemas de hoy en día
- ✓ Es la mejor de todas con más facilidad para entender
- ✓ Me parece súper buena, pues esas imágenes son muy impactantes y nos hacen tomar conciencia

## **CARTA DE UN BEBÉ**

Hola mami, ¿cómo estás? Yo, muy bien, gracias a Dios hace apenas unos días me concebiste en tu pancita. La verdad no te puedo explicar lo contento que estoy de saber que tú vas a ser mi mamá, otra cosa que también me llena mucho de orgullo es el ver con el amor con el que fui concebido...



Todo parece indicar que voy a ser el niño más feliz del mundo!  
Mami, ha pasado ya un mes desde mi concepción, y ya empiezo a ver como mi cuerpecito se empieza a formar, digo, no estoy tan bonito como tú, pero con el tiempo ya verás cómo me voy a parecer a ti. Yo Estoy MUY feliz! Pero hay algo que me tiene un poco preocupado...  
Últimamente me he dado cuenta de que hay algo en tu cabecita que no me deja dormir, pero bueno, ya se te va a pasar, no te apures.  
Mami, ya pasaron dos meses y medio y la verdad estoy feliz con mis nuevas manitas y de veras que tengo ganas de utilizarlas para jugar.  
>>>Mamita dime qué te pasa, porque lloras tanto todas las noches?  
Por qué cuando papi y tú se ven se gritan tanto?  
Ya no me quieren, o qué?

Han pasado ya 3 meses, mami, te noto muy deprimida, no entiendo que pasa, estoy muy confundido. Hoy en la mañana fuimos con el doctor y te hizo una cita para mañana.

No entiendo, yo me siento muy bien te lo juro...  
Mami, ya es de día, ¿a dónde vamos?  
Qué pasa, mami ¿por qué lloras? No llores, si no va a pasar nada...  
Oye mami, no te acuestes, apenas son las 2 de la tarde, es muy temprano para irse a la cama aparte, no tengo nada de sueño, quiero seguir jugando con mis manitas.  
¡Ay, ah! ¿Qué hace ese tubito en mi casita?  
¿A poco es un juguete nuevo? ¡Oigan!  
¿Por qué están succionando mi casa?  
MAMI AYUDAME! ¡Esperen! Esa es mi manita! por qué me la arrancan? ¿que no ve que me duele? ah! Mami defiéndeme!

Mama...ayúdame! ¿Que no ves que todavía estoy muy chiquito y no me puedo defender?

Mami, mi piernita, me la están arrancando! Por favor diles que ya no sigan, te lo juro que ya me voy a portar bien ya no te vuelvo a patear en las noches. ¿Cómo es posible que un ser humano me pueda hacer esto? Va a ver cuando sea grande y fuer...ah...te. Mami, ya no puedo más, ay...mami...mami...ayúdame...

Mami, han pasado ya 17 años desde aquel día, y yo desde aquí observo como todavía te duele esa decisión que tomaste.

Por favor, ya no llores, acuérdate que te quiero mucho y aquí te estoy esperando con muchos abrazos y besos. para demostrarte cuanto TE AMO.

### **Respuestas taller Caricatura y las Tiras Cómicas**

#### **Cual fue la caricatura y la tira cómica que más le impacto?**

- ✓ La de la droga y la que él le ofrece droga a la niña y ya le dice que no y llega a la casa y el papa esta drogado (fiesta).
- ✓ Marihuana
- ✓ Ja,ja,ja, la de chavee
- ✓ Caricatura marihuana.
- ✓ Marihuana.
- ✓ La ultima porque la niña es muy pequeña para fumar.
- ✓ La del pájaro.
- ✓ La número 2, la del pasado de todos.
- ✓ La de los jóvenes.

- ✓ La número 2/ marihuana Men.
- ✓ La de la marihuana.
- ✓ La que dice “juro que no la he vuelto a fumar”
- ✓ La que la muerte juntaba porque siempre a un hombre y a un cigarrillo.
- ✓ Un mundo solo “muchacho”
- ✓ Abre los ojos... pues hay que saber lo que esta pasando y reaccionar, la de Mochis-.
- ✓ La del muchacho que le mentía a su amigo de que iba a dejar las drogas pero más insistía en hacerlo.
- ✓ La del joven que todos los días saca una excusa para dejar de fumar.
- ✓ La del SIDA
- ✓ La caricatura que mas me impacto fue la de la drogadicción y la tira cómica que mas me impacto fue la de la marihuana.
- ✓ Amor eterno
- ✓ Pues me impacto la del cigarrillo por las tiras cómicas, y de las caricaturas me gusto el que está muy adicto por el alcohol.
- ✓ La de las drogas me pareció más importante pero todas son importantes.
- ✓ Pues que cada vez uno se va sentir más solo cuando está consumiendo drogas.
- ✓ La del Mochis porque por solo sacar excusas se está aferrando aun vicio más del cual nunca va a poder dejar.
- ✓ La primera la de la sombra por cómo se deja uno como persona.
- ✓ Uno de las imágenes que más me impacto fue cuando el señor se casa con el cigarrillo y estaba la imagen de la muerte detrás del señor.

- ✓ La que le cambia las características físicas como los ojos por las drogas.
- ✓ El del joven solo 3
- ✓ El papa que fuma marihuana 3
- ✓ La del pasado de la sexualidad de tu pareja o la tuya 6
- ✓ Amor eterno 3
- ✓ Abre los ojos 11
- ✓ Les juro que no la he vuelto a fumar 8
- ✓ Días de la semana 2
- ✓ Cuando el niño llega drogado a clase que dijo que había traído para todos
- ✓ Tengo mi imagen por el piso
- ✓ Les juro que no vuelvo a fumar marihuana.
- ✓ La caricatura N° 2 las de los jóvenes.
- ✓ Me gusto mas la 3 “les juro que no la he vuelto a fumar”
- ✓ La caricatura de claves jajaja, y la tira cómica la de la marihuana.
- ✓ La que decía que no la había vuelto a fumar.
- ✓ La 2
- ✓ La del niño que fumaba marihuana y fue a la escuela y le dio a otros niños marihuana.
- ✓ El juramento de la marihuana.
- ✓ La ultima
- ✓ La 2
- ✓ Ninguna en especial. Todas pero ninguna en especial.
- ✓ La primera
- ✓ Señor sentado en el andén
- ✓ El señor cuando se casa con la “mujer” cigarrillo.
- ✓ Todas están muy buenas

- ✓ Abre los ojos.
- ✓ La de marihuana
- ✓ Sexo es lo más normal del mundo en cualquier género.
- ✓ La del niño que le fue a dar marihuana a los compañeros.
- ✓ La de cuba
- ✓ La del juramento de la marihuana
- ✓ Que el sexo es lo más normal en la vida humana.
- ✓ En la que un cigarrillo y un hombre deciden estar por siempre juntos.
- ✓ La de claves.
- ✓ Todas me gustaron
- ✓ Tengo mi imagen por el suelo
- ✓ Me gusto la secuencia de la drogas y la caricaturas de las relaciones sexuales
- ✓ Me parece buena la de abre los ojos por que es una ayuda para que no sigan cayendo en la drogas y más adelante no tengamos que arrepentirnos
- ✓ La de la secuencia del niño fumador
- ✓ La de plaza sésamo
- ✓ abre los ojos
- ✓ Abre los ojos
- ✓ Mi caricatura favorita fue la que dice abre los ojos, y la tira cómica que mas me gusto fue la del niño con la obsesión del cigarrillo
- ✓ De la diferentes parejas
- ✓ Cuando el niño comienza a consumir y si físico va decayendo
- ✓ Abre los ojos

- ✓ La que cuando uno se acuesta con una persona, se acuesta con todas las del pasado
- ✓ La que cuando uno se acuesta con una persona se acuesta con todo su pasado
- ✓ la tira cómica: cuando llega clase con la droga y la caricatura: es cierto que tengo la imagen por el piso
- ✓ Es cierto que tengo la imagen por el piso
- ✓ La de la secuencia del niño fumador
- ✓ Abre los ojos
- ✓ Tienes tu imagen por el suelo. La tira cómica del niño fumando marihuana
- ✓ La del señor que se casa con el cigarrillo
- ✓ La de plaza sésamo
- ✓ La tira cómica en la que el niño cambia su aspecto físico y no es capaz de dejar su mal habito
- ✓ La caricatura que mas me gusto fue la de la autoestima por el suelo
- ✓ Cuando las personas se acuestan con el pasado de las otras
- ✓ Abre los ojos
- ✓ Les juro que no vuelvo a fumar marihuana.
- ✓ La caricatura N° 2 las de los jóvenes.
- ✓ Me gusto mas la 3 “les juro que no la he vuelto a fumar”.
- ✓ La caricatura de chaves jajaja, y la tira cómica la de la marihuana.
- ✓ La que decía que no la había vuelto a fumar.
- ✓ La 2
- ✓ La del niño que fumaba marihuana y fue a la escuela y le dio a otros niños marihuana.
- ✓ El juramento de la marihuana.

- ✓ La ultima
- ✓ La 2
- ✓ 1 y 2
- ✓ Ninguna en especial. Todas pero ninguna en especial.
- ✓ La primera
- ✓ Señor sentado en el anden
- ✓ El señor cuando se casa con la “mujer” cigarrillo.
- ✓ Todas están muy buenas
- ✓ Abre los ojos.
- ✓ La de marihuana
- ✓ Sexo es lo más normal del mundo en cualquier género.
- ✓ La del niño que le fue a dar marihuana a los compañeros.
- ✓ La de cuba
- ✓ La del juramento de la marihuana
- ✓ Que el sexo es lo más normal en la vida humana.
- ✓ En la que un cigarrillo y un hombre deciden estar por siempre juntos.
- ✓ La de chaves.

### **Que aprendizaje le deja para la vida?**

- ✓ No hay que dejarse llevar por los demás, aprender a decir no.
- ✓ Nunca debemos dañarnos con estos vicios.
- ✓ Que debemos odiar mas a chaves, ja.ja.ja
- ✓ Que muy malo caer en las drogas porque se nos va a acabar la vida.
- ✓ Que no debemos meter vicio. Que uno ni siquiera puede tomar.
- ✓ Que no hay que fumar.

- ✓ Que nunca nos metamos a las drogas, que nunca seamos unos drogadictos.
- ✓ Que no debemos dejar tocar por cualquiera.
- ✓ No debemos atentar con nuestra vida.
- ✓ La marihuana nos hace perder el conocimiento, por eso no la consumamos.
- ✓ No hay que meterse en las drogas porque es muy difícil salir de eso.
- ✓ No caer en las drogas.
- ✓ Si tu caes en un vicio vas a estar solo. Te abandonan.
- ✓ Que la droga es muy mala y que nos actuamos contra ella porque creen que no es tan mal como creen.
- ✓ Que la vida no es la droga y que esa nos llevaría a un futuro no bueno.
- ✓ Mucho ya que si uno es consumidor debe aceptarlo y aprovechar las ayudas que nos brindan.
- ✓ Que hay que saber con quien estar!!!
- ✓ Me deja mucho aprendizaje contra el cigarrillo etc... porque ese cigarrillo es muy malo para la salud.
- ✓ Que es una dependencia muy boba
- ✓ Pues me deja para mi vida, que uno debe hacer eso porque hace mucho daño para la salud.
- ✓ Que uno no se debe contaminar de los demás y no dejarse contagiar de esas personas.
- ✓ Pues que siempre ahí que vivir y no estar consumiendo porque siempre nos estaremos matando.



- ✓ Reconocer y valorar que es lo que estoy haciendo y voy hacer para sentirme segura, y que pensar que será de mi en mi vida de ahora en adelante.
- ✓ Que debemos aprender a tomar decisiones si queremos una vida prospera.
- ✓ Que debemos valorar nuestra vida, porque solo hay uno y tenemos que ser consientes de que si tenemos un cuerpo debemos cuidarlo
- ✓ Que tenemos que tener personalidad y tomar buenas decisiones.
- ✓ Pensar antes de actuar para evitar una adicción y después negarlo como si no pasara nada.
- ✓ La drogadicción no es buena para nadie porque nos dejamos influenciar por cualquier persona.
- ✓ Nos deja no llegar a las drogas porque es un vicio muy horrible y una vez que den tres es muy difícil salir de eso.
- ✓ Que la debemos odiar más que a chaves
- ✓ Que no podemos hacer esas cosas son una adicción.
- ✓ Pues que no debemos criticar a los demás porque así no nos guste ellos son los que toman la decisión.
- ✓ Que no debemos dejamos llevar por los demás y preocuparnos para la vida.
- ✓ Que nos debemos dejar llevar por una par de tragas para fumar marihuana y otros productos.
- ✓ Que no nos debemos drogar
- ✓ Que no debemos juzgar a las personas tomen la decisión que no nos guste para su vida como ser homosexual.
- ✓ Si fumo consumo alcohol drogas puedo arruinar mi vida.
- ✓ El sexo es lo más normal del mundo en cualquier género.

- ✓ No fumar drogas
- ✓ El vicio con ayuda lo podemos controlar.
- ✓ Nunca debemos fumar ni meter vicio.
- ✓ Hay que tener ojos abiertos para saber que está pasando.
- ✓ Que no debemos consumir.
- ✓ Que debemos aprender a saber que no debemos rechazar a las personas por su apariencia.
- ✓ Que no debemos ofrecerle a los demás
- ✓ Que cuba es un buen país.
- ✓ Que no debemos drogarnos.
- ✓ Que el sexo es lo más normal en la vida humana
- ✓ Que uno debe concientizarse y no pensar en las drogas
- ✓ Que debemos odiar mas a chaves jaja.
- ✓ Que cuando ya estamos muy caídos todos se alejan y quedamos solos en nuestro problema
- ✓ Que debemos tener más cuidado y pensar antes de actuar
- ✓ Que ya la rechazamos nosotros pero los papas la consumen y eso no es ejemplo
- ✓ Que nosotras tenemos que abrir bien los ojos para que no nos pacen por la galleta
- ✓ Que nos debemos de proteger porque no todos con los que tengamos relaciones son limpios o están sanos
- ✓ Que no debemos hacer siempre lo que los demás nos dicen
- ✓ No debo arriesgarme a hacer algo que posiblemente me va perjudicar el resto de mi vida
- ✓ Que todas esas tiras cómicas nos muestran la realidad de lo que estamos pasando y que no lo volvamos hacer porque si siguen así nos quedaremos

- ✓ Seguir los consejos no ser débil ante las tentaciones de la vida, pensar antes de actuar
- ✓ Que no debemos hacer cosas que nos perjudiquen a nosotros pues pienso que nosotros mismos nos tenemos que cuidar
- ✓ Mucho porque debemos que estar bien despiertos para poder saber qué es lo que hacemos y hacer lo que queremos por no lo que los demás quieren
- ✓ Que debo pensar antes de actuar
- ✓ Pensar que si un día lo hacemos lo seguiremos haciendo sin importar nuestra voluntad
- ✓ Que cada vez que prometemos algo y no lo logramos no nos estamos defraudando a los demás sino; a nosotros mismos, tomar la decisión es difícil pero es mejor salir de esta vida tan oscuro
- ✓ Que tenemos que tener compromiso y amor por nuestras vidas
- ✓ Que es mejor no probarla porque no empezaremos a vernos muy mal y a decir mentiras
- ✓ Me impacto porque es lo que refleja las consecuencias de los actos que se cometen
- ✓ Que más que todo las mujeres debemos cuidarnos más y no dejarnos enredar de cualquier aparecido
- ✓ Que casi nunca aprendemos de nuestros errores ni de los errores de los demás. Nunca veremos una consecuencia a nuestro acto si no después de un tiempo
- ✓ Que no es decir si no hacer, y demostrar con hechos de que se pueden dejar los vicios
- ✓ No se puede cerrar los ojos ante una situación de gravedad. Antes de pensar cuando vas a tener relaciones piensa con quien y como te vas a cuidar

- ✓ Que cuando uno va estar con una persona es mejor conocerla mejor para uno saber con quién se esta metiendo
- ✓ Que debemos pensar muy bien en lo que realmente nos conviene y en lo que deseamos para nuestro futuro
- ✓ Creo que muchas veces nos limitamos a ver solo lo que deseamos y nos metemos en algo que no existe, depende de nosotros salir de esto
- ✓ Pues que nos debemos proteger siempre usar condón para prevenir enfermedades
- ✓ Que debemos ser conscientes que si nos metemos al alcohol o las drogas nos estamos haciendo un daño grandísimo y aceptar las consecuencias
- ✓ Antes de tener relaciones hay que cuidarnos porque nunca se imagina el pasado de esa persona o con quien se está acostando.
- ✓ Que las drogas son malas y no debes hacerlas
- ✓ Las personas drogadictas hacen que las de mas lo dejen a un lado y lo discriminen ya que el cigarrillo o la droga hace que el cuerpo y el rostro se arruine totalmente
- ✓ Que no debo por nada del mundo consumir drogas por que esto me va a dañar mi cuerpo, y si empiezo a tener relaciones con muchas personas sin utilizar preservativos me puedo contagiar de alguna enfermedad
- ✓ Que a cualquier persona que veamos consumiendo drogas le hablemos y podamos hacerle caer en cuenta que lo que está haciendo está mal
- ✓ Que después de que uno se mete en el mundo de las drogas será muy difícil salir de ellas

- ✓ Que no debemos decir mentiras, siempre hay que decir la verdad aunque nos cueste la dignidad
- ✓ El aprendizaje que este me ha dejado es que hay que mirar con el espejo del alma y no con la intuición que es como mucho lo hacemos
- ✓ Por que cuando se está en la droga se encierran y no se dan cuenta, el error que se está cometiendo
- ✓ Que uno no se puede obsesionar con el cigarrillo porque eso nos puede llevar a la muerte
- ✓ Que las drogas no son algo bueno para nuestra salud
- ✓ No debemos de acostarnos con todo el mundo, debemos cuidarnos
- ✓ Las drogas son demasiado malas, se daña física y psicológicamente, además no le ayuda a progresar a uno
- ✓ Tomar unos minutos de su tiempo y pensar que esta haciendo con su vida reflexionar y tomar decisiones que sean un bien para uno mismo
- ✓ Que uno debe de ver con quien se acuesta y debe tener protección, por si alguna enfermedad
- ✓ Que uno debe pensar muy bien con quien tiene relaciones por que no solo es con él o ella es con todo su pasado
- ✓ La tira cómica que uno debe respetar a los docentes, y la caricatura que uno mismo se busca eso
- ✓ Pues nos ayuda y nos advierte de los peligros de la calle
- ✓ El aprendizaje que me deja es que no debemos involucrarnos en las drogas, ya que nos lleva a la perdición
- ✓ Que debemos mirar más a ya y ver el riesgo que traen las drogas ¡no caer en ese aguacero!

- ✓ Cuando una persona consume drogas, lo critican y tiene su imagen por el suelo. La persona que está en la droga cada día cada cae más bajo en la sociedad
- ✓ Que al adquirir un vicio no lo podemos dejar tan fácilmente
- ✓ Que no debo dejarme incitar por otras personas ni por medios de comunicación que hagan alusión a este tipo de drogas
- ✓ Que el cigarrillo es muy malo para la salud por eso no debemos consumirlo
- ✓ Que debemos mirar más a ya y ver el riesgo que traen las drogas ¡no caer en ese aguacero!
- ✓ Es que no debemos de consumir drogas o todo lo relacionado con esto por lo que nos hace daño para nuestra salud
- ✓ Que debemos ayudar a todas las personas que consuman drogas
- ✓ Cuando empezamos con nuestra sexualidad, debemos conocer a la persona y sus antepasados
- ✓ Que ni tiene que abrir los ojos, que tenemos que pensar primero antes de meternos en los vicios.
- ✓ Sin respuesta
- ✓ Igual respuesta
- ✓ Pensar antes de actuar para evitar una adicción y después negarlo como si no pasara nada.
- ✓ La drogadicción no es buena para nadie porque nos dejamos influenciar por cualquier persona.
- ✓ Nos deja no llegar a las drogas porque es un vicio muy horrible y una vez que den tres es muy difícil salir de eso.
- ✓ Que la debemos odiar más que a chaves
- ✓ Que no podemos hacer esas cosas son una adicción.

- ✓ Pues que no debemos criticar a los demás porque así no nos guste ellos son los que toman la decisión.
- ✓ Que no debemos dejarnos llevar por los demás y preocuparnos para la vida.
- ✓ Que nos debemos dejar llevar por una par de tragas para fumar marihuana y otros productos.
- ✓ Que no nos debemos drogar
- ✓ Que no debemos juzgar a las personas tomen la decisión que no nos guste para su vida como ser homosexual.
- ✓ Si fumo consumo alcohol drogas puedo arruinar mi vida.
- ✓ El sexo es lo más normal del mundo en cualquier género.
- ✓ No fumar drogas.
- ✓ El vicio con ayuda lo podemos controlar.
- ✓ Nunca debemos fumar ni meter vicio.
- ✓ Hay que tener ojos abiertos para saber que está pasando.
- ✓ Que no debemos consumir.
- ✓ Que debemos aprender a saber que no debemos rechazar a las personas por su apariencia.
- ✓ Que no debemos ofrecerle a los demás
- ✓ Que cuba es un buen país.
- ✓ Que no debemos drogarnos.
- ✓ Que el sexo es lo más normal en la vida humana
- ✓ Que uno debe concientizarse y no pensar en las drogas
- ✓ Que debemos odiar mas a chaves jaja.

**Como le parece la estrategia del uso de caricatura y tiras cómicas para la educación en salud?**

- ✓ Muy buena yo interprete muy bien esto, y es más claro para entender.
- ✓ Muy buena porque hay sabemos que nos debemos dañarnos.
- ✓ Ja pues lo máximo. Jajaja
- ✓ Muy buena porque aprendemos más.
- ✓ Que muy buena para saber las consecuencias que de tener
- ✓ No es tan buena.
- ✓ Más fácil de aprender.
- ✓ Buena porque así podemos tomar conciencia de las cosas y podemos decir cómo nos vemos nosotros ante ello.
- ✓ Pues normal.
- ✓ Buena, pero es mejor que explique la profesora
- ✓ Muy buena para saber las consecuencias.
- ✓ Muy buena porque uno se motiva a colocar más cuidado.
- ✓ Muy buena.
- ✓ Super chévere, te muestra como las caricaturas puedes quedar.
- ✓ También muy buena, los jóvenes entendemos más las cosas en imágenes, videos y música y no con uno profesora que hecha cantaletas por estos temas.
- ✓ Buena porque ella son ejemplos de la vida que llevaríamos si nos metiéramos en el mundo de las drogas.
- ✓ Muy buena ya que es entendible y no es aburrido.
- ✓ Me parece mejor para nuestro entendimiento.
- ✓ Lo normal, porque nos enseña muchas cosas para nuestra vida y para la salud también
- ✓ Pues más entretenido entonces se les pone más cuidado (buena)
- ✓ Pues me parece muy buena porque hacen más divertidas las clases.



- ✓ Me parece que es buena porque uno aprende más por medio de caricaturas.
- ✓ Muy buena porque pude aprender más sobre la salud y como cuidarme en el momento.
- ✓ Son chistosas y algunas bonitas pero dicen la verdad.
- ✓ Buena porque vemos como ejemplo de vida y esto nos deja ver con mayor facilidad los problemas de la vida.
- ✓ Yo opino que la mejor forma de aprender y entender las ideas son los medios audiovisuales con colores y textura nuestra mente se enfoca mas y retiene mejor la información.
- ✓ Muy buena.
- ✓ Buena pues nos enseña los valores y cosas en dibujos animados.
- ✓ Pues muy buenas pues nos facilita el entendimiento.
- ✓ Para recapacitar de lo malo
- ✓ Me parece muy bueno
- ✓ Ja rechevere que caja si o que ñuca.
- ✓ Excelente es divertido y cero aburrido.
- ✓ Me parece bien por que por medio de dibujos también entendemos bien y es importante todo lo que nos muestra aquí.
- ✓ También sería bueno para que le mostraran caricatura y lo que dicen los muñequitos.
- ✓ Bueno porque así aprendemos de la salud y nos reímos.
- ✓ Pues me parece una forma de hacerle entender mejor a los niños, las malas conductas, y las cosas malas de la vida.
- ✓ Muy buena porque así uno aprende que ser homosexual etc. No le afecta a las demás personas y a los niños niñas las cosas buenas y malas.
- ✓ Como dije antes ninguna en especial.

- ✓ Buena porque aprendemos que es cada una de las cosas que existen en el mundo.
- ✓ Buena.
- ✓ Bien, es divertido observar lo que nos deja enseñanza
- ✓ Muy buena
- ✓ Hay que fijarse antes de hacer las cosas.
- ✓ Muy buena para saber las consecuencias
- ✓ Muy buena para cualquier aprendizaje. Buena porque los diálogos y los dibujos son muy chéveres.
- ✓ Bien, bueno aprender la sexualidad en caricaturas
- ✓ Muy bien porque nos enseña a no meter todas esas cosas.
- ✓ Buena para la educación en salud y ahí que entretenerse un rato viendo caricaturas.
- ✓ Muy buena.
- ✓ Muy divertida pues con imágenes entendemos más claro
- ✓ Muy buena ya que nos abren los ojos a el mundo real
- ✓ Me gusto
- ✓ Buena porque así nos deja una enseñanza distinta cada día que avanzamos
- ✓ Interesante
- ✓ Buena porque nos enseña lo bueno y lo malo de la vida
- ✓ Es una buena forma de que muchos vean el daño que se hacen y saber que eso le está haciendo mal y que ya está ligado a su vida
- ✓ Muy buena porque ya que no aprendimos con la realidad con caricaturas si
- ✓ Buena. Ilustrando el mal advertirnos. Darnos a entender que es lo bueno y lo correcto

- ✓ Bien porque las cosas animadas nos llenan de creatividad y nos llevan a saber más bien las cosas
- ✓ Buena porque así las personas estamos más atentos
- ✓ Chévere
- ✓ Muy bacana
- ✓ Buena, porque nos refleja lo que no queremos aceptar
- ✓ También es buena porque nos hace ver la realidad
- ✓ Me parece bien una buena estrategia. Chévere!!
- ✓ Pues es genial porque visualizamos lo que se hace y las consecuencias que se trae con ellas
- ✓ Bueno, porque con esto aprendemos hacer mejores y sabremos concientizarnos. Buena porque es una ayuda más y causa más atención
- ✓ Que da a conocer el deterioro de las personas “reflexionando” buena estrategia
- ✓ Regular porque leer aburre a las personas
- ✓ Pues esta de la caricatura me gusto más que la música está más interesante
- ✓ Bien pues especifica bien y todo es muy bien entendible
- ✓ Es una forma muy didáctica y fácil para aprender, aparte de que cada quien ve las imágenes a su manera
- ✓ Muy buena forma de aprendizaje
- ✓ Creo que es un poco mas entendible que la canción
- ✓ Me parece buena pues es una forma fácil y divertida de aprendizaje
- ✓ Ninguna
- ✓ Buena, porque muestra enseñanzas que son ciertos y llevan a que el ser humano tome conciencia y se aprecie

- ✓ Me parece chévere, me gustaría ese método
- ✓ Muy chévere porque es para el bien de todos
- ✓ Muy buena porque muchas de las imágenes que muestran lo hacen participar a uno sobre de lo que uno entendió
- ✓ No me gusto mucho que digamos
- ✓ Excelente muy chévere! Muy didáctico este tema
- ✓ Muy bien porque es una manera de empezar a enseñar
- ✓ Muy buena porque hay nos explican mucho y aprendemos igual
- ✓ No me pareció buena
- ✓ Me parece muy buena
- ✓ Me parece bastante buena, ya que se estaría enseñando más que todo a niños que están empezando a vivir
- ✓ Bien porque nos deja una reflexión personal
- ✓ Bien, nos habla de una verdad, eso siempre pasa con las personas que tienen mucho sexo sin protección
- ✓ Muy buena, pues uno aprende mas ya que es una estrategia muy interactiva
- ✓ Pues porque las dos son algo que hace recapacitar a los jóvenes
- ✓ Bueno pues porque es una estrategia diferente
- ✓ Me pareció buena ya que por medio de dibujos se entiende mejor el mensaje el mensaje que se quiere dar a entender
- ✓ Me parece buena porque es un modo de interpretación muy avanzada
- ✓ Buena, porque es muy representativa y nos enseña como las personas se deterioran por el tiempo
- ✓ Una muy buena estrategias para aprender porque así vemos las consecuencias de la farmacodependencia y los vemos los problemas de las sociedad

- ✓ Es divertido y muestra la realidad
- ✓ Muy interesante, ya que allí nos enseñan muchas cosas para la vida cotidiana
- ✓ Me parece buena porque es un modo de interpretación muy avanzada
- ✓ Bien, porque así nos damos cuenta de todos los errores que cometemos en nuestra vida
- ✓ Bien aunque tal vez a algunas de estas no se les entiende el mensaje
- ✓ Me parece una estrategia buena porque nos podemos dar cuenta e informarnos sobre lo que pasa a nuestro alrededor
- ✓ Bueno porque nos muestra que uno no se debe meter en ese vicio de la marihuana y el cigarrillo
- ✓ Buena pues nos enseña los valores y cosas en dibujos animados.
- ✓ Pues muy buenas pues nos facilita el entendimiento.
- ✓ Para recapacitar de lo malo
- ✓ Me parece muy bueno
- ✓ Ja rechevere que caja si o que ñuca.
- ✓ Excelente es divertido y cero aburrido.
- ✓ Me parece bien por que por medio de dibujos también entendemos bien y es importante todo lo que nos muestra aquí.
- ✓ También sería bueno para que le mostraran caricatura y lo que dicen los muñequitos.
- ✓ Bueno porque así aprendemos de la salud y nos reímos.
- ✓ Pues me parece una forma de hacerle entender mejor a los niños, las malas conductas, y las cosas malas de la vida.

- ✓ Muy buena porque así uno aprende que ser homosexual etc. No le afecta a las demás personas y a los niños niñas las cosas buenas y malas.
- ✓ Como dije antes ninguna en especial.
- ✓ Buena porque aprendemos que es cada una de las cosas que existen en el mundo.
- ✓ Buena.
- ✓ Bien, es divertido observar lo que nos deja enseñanza
- ✓ Muy buena
- ✓ Hay que fijarse antes de hacer las cosas.
- ✓ Muy buena para saber las consecuencias.
- ✓ Muy buena para cualquier aprendizaje.
- ✓ Buena porque los diálogos y los dibujos son muy chéveres.
- ✓ Bien, bueno aprender la sexualidad en caricaturas.
- ✓ Muy bien porque nos enseña a no meter todas esas cosas.
- ✓ Buena para la educación en salud y ahí que entretenerse un rato viendo caricaturas.
- ✓ Muy buena.

Esta carta es el texto de un video presentado sobre prevención del aborto

## Música presentada en los talleres

### JINGLE 1

#### Referencia: EL HOMBRE DE MI VIDA

Hace tiempo conocí el hombre de mi vida  
padre de mis hijos, amor de desvelo  
tal cual lo imaginaba él es fiel inteligente y sincero

#### CORO

sigue tu primero, ven te abro la puerta, siempre era igual  
lo que le fallaba era la educación sexual  
-Sabia cual era la capital de Uganda y también la formula de la energía  
en la cama era un experto,  
pero le faltaba cierta educación  
no, no sabía lo quera un condón

#### CORO

-de prevención no sabía nada  
Llevamos casados 1 mes y 7 de embarazo  
¿y sabes qué príncipe azul? Aprender ahora ya no tiene caso  
¿QUE LO ÚNICO QUE DEBES SABER DE SEXO ES TIRAR?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### JINGLE 2

La vida me ha puesto aquí que felicidades jajaja  
la vida me da sus placeres sus delicias sus mujeres mmm  
y lo que se me pase por el frente me lo tiiraare, tiiraare, tiiraare aaaa  
Y tú no te vas a escapare  
deliche te voy a alacanzare

estoy seguro que nada puede pasare,  
ahh si? Preñare, preñare, arrepentite, preñare oooo  
Y yo ya no pude estudiare  
y como un burro tendré que trabajare  
y la familia pa´ mantener y todo se acabare  
Arrepentir y fracasar (BIS 7)

### **JINGLE 3**

#### **Referencia: ALBERTO Y LA MONITA**

Alberto y la monita no pierden la ocasión  
de armar la rumba brava y gozarse el vacilón  
hay que oírlos cuando hablan de sexo por montones  
se recitan de memoria  
toda clases de posiciones  
Pero de algo se olvidaron por jugar con dinamita  
una cosa muy valiosa y así de chiquitica  
La píldora, la T, el diafragma y el condón,  
los anticonceptivos que buena solución (BIS)  
Alberto tiene SIDA y la monita está preñada  
no volvieron a salir y no hablan de nada  
solo lloran en silencio recordando la lección  
El que siempre aprende y calla es el que nunca da papaya (BIS)  
¿QUÉ LO ÚNICO QUE DEBES SABER DE SEXO ES TIRAR?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!



#### **JINGLE 4**

##### **Referencia: GARGANTA DE LATA**

Tengo solo 4 años  
y estudio kínder garden  
y mi garganta y mis ojos ya me pican y me arden  
el por qué de este problema esta en la boca de mis tías  
que con sus colillas húmeantes  
envenenan todo el aire  
Hey señora como besa sus cachetes  
sin que me huelan a chicote  
hey señor  
puedo acercarme a usted sin que el asma se me alborote? Oooo  
Tengo solo 4 años  
y la garganta cansada  
de tragarme todo el humo que me echan en la cara  
¿QUÉ TE TIENES QUE TRAGAR EL HUMO DE LOS DEMAS?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

#### **JINGLE 5**

Tengo 15 años bien vividos  
y 7 muñecos encima  
5 por faltones, 2 por encargo, 3 dañados y varias pintas en la mira  
Una vez me llamaron para un cruce  
con mis fierros súper mosca yo me puse  
pero nada salió como espera  
pues la tomba una sorpresa me guardaba  
Adiós al sol a la rumba y a tabogo  
adiós a todos o yo siento que me ahogo

en mi barrio a todo el combo bajaron  
y no quedo parche y no quedo nada  
solo la esquina y la pared pelada  
Hay manes que me dicen que yo puedo cambiar  
pero es un poco tarde me acaban de bajar  
A lo bien, a lo bien en la cana me enterré  
a lo bien, a lo bien a mi cucha le falle (BIS)

### **JINGLE 6**

#### **NO QUEREMOS CABLE**

Yo hago las tareas y me porto muy juiciosa  
no digo groserías ni soy mentirosa  
pero llega mi papito gritando como un loco  
coge el cable de la plancha y se agarra del enojo  
Papi papi papi no queremos cable  
ayúdanos papito no nos des mas cable  
Voy corriendo donde mami a mostrarle los juetazos  
ella mira y manotea y me levanta a madrazos  
Mami mami mami no queremos cable  
dame un abracito pero no mas cable  
Ya quisiera estar en paz aunque fuera por un rato  
pero el miedo se me nota no se va por más que trato  
- Y me voy porque no quiero que me agarren a zapato  
Papi papi papi no querremos cable  
mami mami mami no nos de mas cable

QUE TUS PAPAS TIENEN DERECHO A SER VIOLENTOS  
CONTIGO,  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### **JINGLE 7**

#### **Referencia: HOY ES UN DIA**

Me despierto feliz, el sol me saluda  
pero no es así porque la cosa esta peluda  
salgo a la tienda y digo: “hola doña Elvira”  
y me hace pistola y grita: “pendejo que me mira”  
Bogotá está muy caliente  
la gente anda muy brava  
por cualquier cosa gritan  
todo es a las patadas  
un tipo está tratando a su esposa como un trapo  
le digo no sea cerdo y ella me grita: ¡sapo!

#### **CORO**

que su madre que la suya que no me joda  
Saludarse con cariño esa es la moda  
Por fin llevo a la tienda allá estaré calmado  
pero me gritan: ¡¿no ve que está cerrado?!  
No entiendo que es la vaina  
por qué tan agresivos  
podemos ser amables sin tener que ser amigos

#### **CORO**

¿QUE SIEMPRE HAY QUE ANDAR CON LA PIEDRA AFUERA?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

## **JINGLE 8**

### **Referencia: FUMEO Y JULIETA**

-¿es quien?

so yo fumeo

¿algo deseas?

Julieta Julieta hace tiempo te deseo

hace tiempo que te quiero Julieta

ábreme la puerta

Fumeo fumeo me encantan tus ojos

me seduce tu voz

pero es tu saliva fumeo

me sabe a cenicero

¿Y qué debo hacer con este amor?

si de mi hocico no te gusta el sabor

tu aroma inconfundible mi recuerdo se queda

fumeo fumeo porque hueles tan feo

Qué debo hacer con este amor

si de mi hocico te disgusta el olor

De mi aléjate fumeo

aléjate rápidamente que con el hedor de mi padre ya sufro suficiente

¿QUE FUMAR ES MUY SEXY?

A OTRO CON ESE CUENTO!!

## **JINGLE 9**

### **Referencia: EL MAGO DE EPOC**

El mago de EPOC, mis deseos puede cumplir  
-(hay me regalas otro cigarrillo?)  
Fumando se me están quitando las ganas de vivir  
Nada como una flema grumosa  
un pulmón purulento  
nada como respirar un poco más lento  
Y esta muy a la moda  
tener enfisema pulmonar  
Nada que el mago de EPOC (nada) no me pueda cumplir  
Fumando se me están quitando las ganas de vivir  
Escupir sangre es mi mayor anhelo  
toser como mi abuelo es lo que quiero  
mago de EPOC por favor concédemelo  
un cigarrillo no lo voy a sentir  
me quiero curar un problema pulmonar  
si sigo fumando, me voy a morir  
¿QUE EL CIGARRILLO SOLO ES FELICIDAD?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

## **JINGLE 10**

### **Referencia: EL MACHO CABRIO**

-¿qué tienes un hijo mío? Y a mí que  
CORO  
si yo soy un duro y a mi nada me conmueve  
no me importa si me dice papa  
nena ábrete de aquí ya

No me importa si es tierno, no me importa si es lindo  
no me importa ni siquiera si a mí se pareciera jaja  
-¿Qué le pusiste mi nombre? Yo ni te conozco  
no quiero saber la edad de él  
si es inteligente, si ya camina o si pregunta por mi  
yo lo único que quiero es que te vayas de aquí

CORO

¿QUE EL EMBARAZO ES SOLO PROBLEMA DE ELLA?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### JINGLE 11

#### **Referencia: MIS QUERIDOS AMIGOTES**

Somos tus amigos los que te quieren ver  
hermanos que piden a gritos  
pierde tu virginidad je  
pierde tu virginidad

CORO

Presionar presionar, te vamos a obligar  
ya es hora de empezar pierde tu virginidad  
Te vamos a emborrachar, te la vamos a montar  
te la haremos imposible, quien lo va a pagar?  
lo va a pagar

CORO

Somos tus amigos, somos lo mas soyado  
y así como nosotros hay muchos por ahí regados

CORO

¿QUE TUS AMIGOTES DECIDEN CUANDO ES TU PRIMERA VEZ?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

## **JINGLE 12**

**Referencia: LOS SORDOMUDOS**

Pregunto que quiere decir tirar (tirar?)

Y no me quieren contestar  
para ellos que ayer se citaron  
es algo que nunca han pensado

CORO

Mi papa y mi mama mi papa y mi mama

me salieron mudos y sordos  
yo quiero saber de sexo  
y ellos se hacen los sordos

Quiero saber que es un condón

luego me toca pedir perdón  
y si en la tele sale gente desnuda  
cambian de canal y me dejan con la duda

CORO

Mi papa y mi mama me dicen  
me dicen que sea educado (pues como no)  
pero jamás (nunca) me han contestado  
lo que les he preguntado

**¿QUE CON TUS PAPAS NO PUEDES HABLAR DE SEXO?**

**A OTRO CON ESE CUENTO!!**

## **JINGLE 13**

**Referencia: MI MUÑECA**

Duérmete mi niña, duérmete mi amor  
duérmete pedacito de mi corazón

Dicen que ella es muy linda  
que se parece a mí  
que debo estar orgullosa  
que puedo vivir feliz  
Cada noche me levanto  
y no dejo de llorar  
y ya que mi muñequita  
no la puedo consolar  
Solo quiero muñecas para jugar  
pero tengo una de carne y hueso  
que no para de llorar  
soy muy pendeja por habérmelo creído  
que amar es acostarse con cualquier aparecido  
Mi muñeca tiene un año  
llora y llora sin parar  
yo solo tengo 13 y no se qué significa  
ser mama  
¿QUE EL SEXO NO PUEDE ESPERAR?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

#### **JINGLE 14**

#### **Referencia: LA SEMILLA DEL RECUERDO**

He sembrado en ti  
la semilla del recuerdo  
y siempre estará en tu memoria  
y no dejara que me olvide  
una parte de mi esta dentro de ti



Llenara tu cuerpo  
llenara tu sangre (todita)  
llenara tu vida  
Y comenzara a arder  
te picara (que piquiña)  
te picara, estoy fregado  
te picara  
-atacara tu cuerpo, dañara tu sangre  
podrirá tu vida  
He sembrado en ti la semilla  
de una venérea  
qué será, qué será, qué será  
SI te descuidas te apachurrara  
¿QUE LA UNICA VENEREA PELIGROSA ES EL SIDA?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### **JINGLE 15**

#### **Referencia: EL LOBO PASEADOR**

Una conejita se fue a pasear  
viene alegremente por el pradal  
pero el camino se le olvido  
vino un señor lobo y se la comió  
Carolina salió a pasear  
caminando alegremente por el centro comercial  
pero el camino se le olvido  
vino Juan Carlos se la comió  
Alejandro salió a pasear  
vino carolina y se lo comió

Alejandro salió a pasear  
vino Alejandra y se la comió  
maría Paula se comió a Carlitos  
y Carlitos se comió a patricia  
y patricia se comió a Gustavo  
y Gustavo a catalina  
y Beatriz a pablo (nombres)  
Todos los del barrio  
salieron a pasear  
saltando alegremente por el lugar  
pero el camino se les olvido  
vino una venérea y se los comió  
¿QUE HAY QUE ANDAR ACOSTÁNDOSE CON TODO EL  
MUNDO?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### **JINGLE 16**

#### **Referencia: HOMBRE DE BLANCO**

Hace un mes que me pringaron  
una venérea me esta infectando  
tengo una gran irritación  
y el pantalón me esta quemando  
Menos mal que estoy rodeado  
de doctores y vecinos  
panadero, amigo, abogado, mi primo  
el ingeniero (¿el ingeniero?)  
El ingeniero me ha recetado una pastilla para el ardor  
el panadero un lavado

y el abogado una inyección  
yo no se que es lo que pasa  
que me aumenta la supuración  
y me arde hasta el traserommm  
ya me está comiendo la infección  
Menos mal que estoy rodeado de doctores  
compañeros publicitas, el historiador  
y alguno que otro taxista  
Ya no lo puedo controlar  
no me deja de irritar  
y yo me voy a volver loco  
no me deja de quemar  
auxilio socorro,  
¿será que mi hermano también sabe recetar?  
¿QUE LAS VENEREAS LAS CURA CUALQUIERA?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

## **JINGLE 17**

### **Referencia: EL PISTOLERO**

Me llaman el pistolero y se los voy a explicar  
no hay hembra que resista mi manera de tirar  
gordas, flacas, altas o menudas veteranas o peludas  
les demuestro que en la cama soy un as  
Pero todo termino  
no pensé que fuera así  
se me acabo la recochita  
me picaron el pipi

CORO

Me arde me arde y tal ves ya sea muy tarde  
Me arde me arde y tal ves ya sea muy tarde  
Estoy mamado de rascarme y de ir a la droguería  
la semana entrante voy a que me hagan brujería  
puedo quedarme ciego quizás impotente  
seguramente estéril, volverme un demente

CORO

Me puse a tirar a la loca y sin parar  
ahora estoy pringado y pa` siempre estoy llevado

CORO

¿QUE POR TIRAR CON TODOS ERES UN DURO?  
A OTRO CON ESE CUENTO ¡!

**JINGLE 18**

**Referencia: LOS 20 EBRIECITOS**

3 señores gordos, feos y grasosos  
con nariz roja y tufo de sifón  
me abrazaban y felicitaban  
en mi primera comunión  
Y tantos ebrios con el hígado podrido  
de tanto alcohol  
rompieron hasta el último plato  
cuando Salí del bachillerato  
Todos borrachos que asco, que porquería  
Los 3 borrachos latosos  
apestando a destilería

vomitaron a cada invitado  
cuando de la universidad fui graduado  
20 ebrios viejos y obesos  
entre los que estaba yo  
le pegaron una animadita  
al cumpleaños de mi sobrinita  
¿QUE SIEMPRE HAY QUE SEGUIR EL EJEMPLO DE LOS  
MAYORES?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

### **JINGLE 19**

#### **Referencia: SE ME PARA EL RELOJ**

Me gusta el whiskey, me gusta el ron  
y no paro de tomar porque soy varón  
y tomo manuelito y me pongo mejor  
ahora si llegan van a saber lo que es sabor  
Que voy a parar si soy un varón  
voy a tomar sin parar porque soy un varón  
Todas me gustan con el licor  
soy un Casanova, soy un playboy  
tomo y tomo sin parar  
porque yo soy un varón  
aunque solamente se me pare el reloj  
Que voy a para si soy un varón  
aunque al tomar solo se para el reloj (BIS)  
¿QUE TOMANDO UNO ES MAS HOMBRE?  
A OTRO CON ESE CUENTO!!

## JINGLE 20

### Referencia: EL GENIO DE LA BOTELLA

No se con quien estuve, no se ni lo que hice  
la perra fue tan brava porque siempre así lo quise

guaro, vodka, dame tape tusa

Con mis amigos aprendí que beber es de varones

los que no lo hacen son unos maricones

guaro, vodka, dame tape tusa

Lo veo en la tele, lo veo en mi casa

un trago a toda hora y nada me pasa

y si quiero levantarme una nena bien sabrosa

tomo trago sin para, no se hacer otra cosa

guaro, vodka, dame tape tusa

guaro, vodka, dame tape tusa

Pero siempre quedo solo

y nunca se lo que hago

solo pido sin para

regáleme otro trago

¿QUE SIN TRAGO NO HAY RUMBA?

A OTRO CON ESE CUENTO!!

Respuestas taller música

¿Cuál fue la canción que más le impacto?

- ✓ La canción 3 “Alberto y la monita”
- ✓ La canción N° 3 “Alberto y la monita”
- ✓ Fumeo y Julieta

## Mi muñeca

- ✓ La que más me gusto fue la 11 mis amigos
- ✓ Fumeo y Julieta
- ✓ La canción N 6 “No queremos cable”
- ✓ 9 “El mago de EPOC”
- ✓ Canción: Mi muñeca
- ✓ La canción número 6 “No queremos cable”
- ✓ Canción 6 “No queremos cable”
- ✓ Canción : Mi muñeca # 13
- ✓ La canción que mas me impacto fue la 6 “No queremos cable”
- ✓ Fumeo y Julieta
- ✓ La canción que más impacto fue la canción del hombre de mi vida El hombre de mi vida.
- ✓ Mi canción la 13 mi muñeca
- ✓ Mis queridos amigos
- ✓ Mi muñeca
- ✓ La canción que más impacto fue la 6 “No queremos cable”
- ✓ Fumeo y Julieta
- ✓ Canción 12 Los sordomudos
- ✓ Canción # 12 “Los sordomudos”
- ✓ Canción 13 Mi muñeca
- ✓ La canción que más impacto fue la 11 “Mis queridos amigos”
- ✓ Fumeo y Julieta
- ✓ Canción 13 Mi muñeca

1. ¿Qué aprendizaje le deja para la vida?

- ✓ Que cuando vamos a tener sexo debemos estar seguros y protegernos para evitar embarazos no deseados y enfermedades.
- ✓ Saberse cuidar muy bien, pues nos orientan sobre la vida sexual.
- ✓ Dejo para la vida no dejarse llevar de las malas amistades, ni hacerles caso con lo que ellos nos digan (mejor solo que mal acompañado).
- ✓ Que fumar es malo para la vida jajaja...jejeje...jijiji.
- ✓ Que nuestros padres no tienen por qué pegarnos o maltratarnos.
- ✓ Pues que no debemos dejarnos maltratar, porque una cosa es que nos eduquen y otra es maltratarnos.
- ✓ Que hay que dejar de fumar por que el cigarrillo destruye la vida.
- ✓ No debemos quedar en embarazo tan jóvenes.
- ✓ Que no hay que maltratar a los niños y en cambio le debemos dar mucho amor, cariño y comprensión.
- ✓ No todo es como parece, en un abrir y cerrar de ojos el mundo cambia.
- ✓ Que los niños no se les puede maltratar físicamente ni psicológicamente para que los niños no tengan una vida triste y llena de violencia.
- ✓ Asearse bien para oler bien.
- ✓ La relación sexual no solo es estar con la pareja, si no saber cómo cuidarme.
- ✓ Que no podemos perder la virginidad tan rápido porque quedamos en embarazo.



- ✓ El aprendizaje que deja para la vida es que no nos podemos dejar llevar por los amigos.
- ✓ Que la gente que más que todas las niñas no piensan para estar con un hombre sin protección.
- ✓ Que no hay que vivir con violencia familiar, ni con ninguna persona hay que dialogar sin insultos.
- ✓ Jajá... pues que no hay que fumar jajaja.
- ✓ Que los papas deben enseñar a sus hijos cosas sobre el sexo para ellos no caer en malos pasos.
- ✓ Bueno porque es bueno que los papas le hablen a uno de sexo.
- ✓ Que no se puede dejar llevar de las otras personas y tener sexo tan temprana edad.
- ✓ Los amigos no deciden cuando debe perder uno la virginidad uno la pierde cuando se sienta listo.
- ✓ Que no debemos coger malos vicios porque a las demás personas no les gusta el olor.
- ✓ Que no se puede dejar llevar por las malas apariencias ni por solo una aventura por que podemos quedar en embarazo.

2. ¿Cómo le parece la estrategia del uso de la música para la educación en salud?

- ✓ Bueno porque es una forma de expresarnos, ideas y experiencia que pueden dañar nuestra vida.
- ✓ Súper bueno
- ✓ La música me parece muy buena porque uno se puede relajar mas, y hacerlo cuando uno este aburrido, para bailar etc. mejor dicho para cambiar de ánimo o de ambiente.

- ✓ Pues es chévere porque recochamos un ratico.
- ✓ Bueno porque es un método por el cual aprendemos sin ser aburrido.
- ✓ Pues muy bueno porque la música llama la atención de los jóvenes y pues es un método bueno porque también aprendemos.
- ✓ Debemos respetar nuestro cuerpo, pues la mayoría de las canciones hablan de sexo, de la salud, de las drogas...
- ✓ Que es chévere
- ✓ Muy buena porque nos deja muchas enseñanzas como las canciones del sida o cosas así, esa educación es muy importante, también la que nos indica que nos debemos cuidar
- ✓ Muy bueno porque nos deja muchas enseñanzas como la canción del sida así esa educación es muy importante también que nos indica que nos debemos cuidar.
- ✓ Yo opino que es bueno, depende de la música.
- ✓ Buena porque mientras estudiamos también nos podemos relajar y no sentir tanta tentación por el estudio y ese ambiente tan pesado del estudio.
- ✓ Bueno
- ✓ Chévere, bueno, aprendemos mas con ritmo, y nos interesamos mucho mas.
- ✓ Muy buena
- ✓ Buena porque nos enseña por ejemplo que nosotros debemos decidir solo sin ayuda de nuestros amigos, lo que no parezca mejor.
- ✓ Muy buena porque así es divertido

- ✓ Me parece una buena idea para aprender más sobre la educación en salud todo aquello es muy bueno hablarlo con los padres para no tener que reparar errores.
- ✓ Rebuena lo máximo
- ✓ Despierta mas el oído de los adolescentes por eso me parece bueno.
- ✓ Bueno porque uno aprende y sabe de todo lo que pasa en la vida y para los estudiantes y también para la salud.
- ✓ Muy bien porque nos ayuda a no hacer eso y porque aprendemos mucho
- ✓ Es bueno y le hace reflexionar más.
- ✓ Buena, chévere es muy rico porque es dinámico.
- ✓ Me parece que es muy bueno porque los niños y niñas aprende mas.

### **Respuestas taller cine**

#### **1. ¿Cuál fue la escena de la película que más le impacto?**

- ✓ Cuando la guardia le pego sin ella tener la culpa.
- ✓ Ninguna.
- ✓ La parte que me asombro cuando una amiga engaño a la otra quitándole su novio y me gusto porque es una amistad verdadera pasara lo que pasara.
- ✓ Cuando le encontraron la coca
- ✓ Cuando las cogieron en el aeropuerto con la droga
- ✓ Cuando a la muchacha le pillaron esas bolsas de polvo que era droga

- ✓ Cuando se fueron explorar el mundo
- ✓ Cuando supieron que ese muchacho la había engañado
- ✓ Cuando apareció esa droga en el bolso
- ✓ Inocencia robada.
- ✓ N° 2: inocencia robada.
- ✓ Cuando el muchacho las engañó.
- ✓ El del hombre fumando en el andén mirando con varía a la gente. Demuestra la gente maldadosa y mentirosa.
- ✓ Cuando las llevaron a prisión.
- ✓ Toda me gusto.
- ✓ El que están con el muchacho.
- ✓ Cuando los policías llegan y acusan injustamente a las muchachas.
- ✓ Cuando le encuentran la droga.
- ✓ Cuando se graduaron y se iban a explorar el mundo.
- ✓ Cuando a las dos muchachas se las llevaron a la cárcel.
- ✓ Me gusto cuando se metieron al hotel sin pagar.
- ✓ La de la armas que le apuntaban.
- ✓ Todas por igual.

### **¿Qué aprendizaje le deja para la vida?**

- ✓ Que debemos hacer las cosas a nuestro padres o si no tendrían consecuencias.
- ✓ No me dejo ninguna enseñanza.
- ✓ Tener amigos y una buena amistad y ser tan curiosos porque pagamos las consecuencias.
- ✓ Que debemos poner cuidado con quien nos juntamos.

- ✓ Que debemos avisar hacia donde ir porque se nos puede presentar un problema como a ellas, para que nos puedan ayudar.
- ✓ Que no debemos de irnos a buscar problemas donde no nos han llamado y hacer cosas buenas si no vamos a explorar el mundo.
- ✓ No me deja ningún mensaje.
- ✓ Que uno siempre debe seguir los consejos de los padres.
- ✓ Me dejo que no debemos coger como la marihuana, cocaína etc. Para viajar por el mundo.
- ✓ Ninguna.
- ✓ Que cuando viajemos no debemos confiar en alguien que no conoces.
- ✓ No fumar drogas, no creerle a cualquiera.
- ✓ Todo es con autorización de los padres para no meternos con cualquier aparecido.
- ✓ Que nos podemos ir que explorar a otros países por las consecuencias.
- ✓ Siempre pedir permiso a los padres.
- ✓ No ir sin permiso ni con mentiras.
- ✓ Que uno no debe hacer las cosas sin consultarlas.
- ✓ Que no debemos irnos para otra parte sin permiso de nuestros padres.
- ✓ Que no podemos explorar el país sin conocerlo bien.
- ✓ Que no debemos confiar en todo mundo.
- ✓ Que uno no puede confiar en todas las personas.
- ✓ No engañar a los padres y pensar todo antes de actuar.

**¿Cómo le parece la estrategia del uso del cine para la educación en salud?**

- ✓ Muy bueno porque nos enseñan las consecuencias de nuestros errores.
- ✓ Muy maluca, pues la película fue demasiado larga y eso nos aburrió mucho.
- ✓ Muy chévere porque nos entretenemos.
- ✓ Me parece muy bueno y ojala que todas las clases fueran así.
- ✓ Súper chévere.
- ✓ Lo mejor.
- ✓ Muy bueno.
- ✓ Muy bueno.
- ✓ Me parece súper buena porque de esta forma entendemos mucho más para que no cometamos los errores de las demás personas.
- ✓ Buenísimo.
- ✓ Muy interesante.
- ✓ Pues muy interesante porque nos enseña a reflexionar.
- ✓ Pues no enseña que como los niños y niñas estamos empezando a vivir para que nunca lleguemos a coger y extraditar drogas.
- ✓ Común y corriente.
- ✓ Bueno.
- ✓ Es una buena interpretación para saber lo malo de algunas cosas.
- ✓ Bien, pero no con cines muy pesados para los niños que aun no saben comprender.
- ✓ Si muy bueno.
- ✓ Nos enseña o nos da una lección de lo que no debemos hacer.
- ✓ Bien.
- ✓ Bueno para que nos deje mucho aprendizaje.
- ✓ Bueno.

- ✓ Muy bien.
- ✓ Muy bueno porque uno aprende a la vez y le queda una enseñanza.
- ✓ Me parece muy buena.
- ✓ Bien.

**¿Cuál fue la escena de la película que más le impacto?**

- ✓ Cuando la guardia le pego sin ella tener la culpa.
- ✓ Ninguna.
- ✓ La parte que me asombro cuando una amiga engaño a la otra quitándole su novio y me gusto porque es una amistad verdadera pasara lo que pasara.
- ✓ Cuando le encontraron la coca
- ✓ Cuando las cogieron en el aeropuerto con la droga
- ✓ Cuando a la muchacha le pillaron esas bolsas de polvo que era droga
- ✓ Cuando se fueron explorar el mundo
- ✓ Cuando supieron que ese muchacho la había engañado
- ✓ Cuando apareció esa droga en el bolso
- ✓ Inocencia robada.
- ✓ N° 2: inocencia robada.
- ✓ Cuando el muchacho las engaño.
- ✓ El del hombre fumando en el andén mirando con varia a la gente.
- ✓ Demuestra la gente maldadosa y mentirosa.
- ✓ Cuando las llevaron a prisión.
- ✓ El que están con el muchacho.

- ✓ Cuando los policías llegan y acusan injustamente a las muchachas.
- ✓ Cuando le encuentran la droga.
- ✓ Cuando se graduaron y se iban a explorar el mundo.
- ✓ Cuando a las dos muchachas se las llevaron a la cárcel.
- ✓ Me gusto cuando se metieron al hotel sin pagar.
- ✓ La de la armas que le apuntaban.
- ✓ Todas por igual.

### **¿Qué aprendizaje le deja para la vida?**

- ✓ Que debemos hacer las cosas a nuestro padres o si no tendrían consecuencias.
- ✓ No me dejo ninguna enseñanza.
- ✓ Tener amigos y una buena amistad y ser tan curiosos porque pagamos las consecuencias.
- ✓ Que debemos poner cuidado con quien nos juntamos.
- ✓ Que debemos avisar hacia donde ir porque se nos puede presentar un problema como a ellas, para que nos puedan ayudar.
- ✓ Que no debemos de irnos a buscar problemas donde no nos han llamado y hacer cosas buenas si no vamos a explorar el mundo.
- ✓ No me deja ningún mensaje.
- ✓ Que uno siempre debe seguir los consejos de los padres.
- ✓ Me dejo que no debemos coger como la marihuana, cocaína etc. Para viajar por el mundo.
- ✓ Ninguna.



- ✓ Que cuando viajemos no debemos confiar en alguien que no conoces.
- ✓ No fumar drogas, no creerle a cualquiera.
- ✓ Todo es con autorización de los padres para no meternos con cualquier aparecido.
- ✓ Que nos podemos ir que explorar a otros países por las consecuencias.
- ✓ Siempre pedir permiso a los padres.
- ✓ No ir sin permiso ni con mentiras.
- ✓ Que uno no debe hacer las cosas sin consultarlas.
- ✓ Que no debemos irnos para otra parte sin permiso de nuestros padres.
- ✓ Que no podemos explorar el país sin conocerlo bien.
- ✓ Que no debemos confiar en todo mundo.
- ✓ Que uno no puede confiar en todas las personas.
- ✓ No engañar a los padres y pensar todo antes de actuar.

**¿Cómo le parece la estrategia del uso del cine para la educación en salud?**

- ✓ Muy bueno porque nos enseñan las consecuencias de nuestros errores.
- ✓ Muy maluca, pues la película fue demasiado larga y eso nos aburrió mucho.
- ✓ Muy chévere porque nos entretenemos.
- ✓ Me parece muy bueno y ojala que todas las clases fueran así.
- ✓ Súper chévere.
- ✓ Lo mejor.

- ✓ Muy bueno.
- ✓ Muy bueno.
- ✓ Me parece súper buena porque de esta forma entendemos mucho más para que no cometamos los errores de las demás personas.
- ✓ Buenísimo.
- ✓ Muy interesante.
- ✓ Pues muy interesante porque nos enseña a reflexionar.
- ✓ Pues no enseña que como los niños y niñas estamos empezando a vivir para que nunca lleguemos a coger y extraditar drogas.
- ✓ Común y corriente.
- ✓ Bueno.
- ✓ Es una buena interpretación para saber lo malo de algunas cosas.
- ✓ Bien, pero no con cines muy pesados para los niños que aun no saben comprender.
- ✓ Si muy bueno.
- ✓ Nos enseña o nos da una lección de lo que no debemos hacer.
- ✓ Bien.
- ✓ Bueno para que nos deje mucho aprendizaje.
- ✓ Bueno.
- ✓ Muy bien.
- ✓ Muy bueno porque uno aprende a la vez y le queda una enseñanza.
- ✓ Me parece muy buena.
- ✓ Bien.