

# **Educación en el campo de la salud**

**Una oportunidad de transformación  
humana, social y planetaria**

# **XIII**

**Congreso  
Internacional  
de Salud Pública**



# Educación en el campo de la salud

Una oportunidad de transformación humana, social y planetaria

# XIII

## Congreso Internacional de Salud Pública

Memorias

Aliados:



Apoyan:



@Universidad de Antioquia  
ISBN 978-628-7706-65-1

Rector  
**John Jairo Arboleda**

Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública  
**José Pablo Escobar Vasco**

Medellín, abril 2024

**Catalogación en la fuente:**

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. (2024). Educación en el campo de la Salud. Una transformación humana, social y planetaria: memorias XIII Congreso Internacional de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia. 576 p.

# Comité académico y científico

## **Bibiana Castro**

Red Colombiana de Educación para la Salud  
Universidad del Cauca.

## **Carlos Alberto Rojas Arbeláez**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Diana Patricia Molina Berrío**

Coordinadora General del Congreso  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Diego Iván Lucumí**

Red Colombiana de Educación para la Salud  
Universidad de los Andes.

## **Eliana Martínez Herrera**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Fernando Peñaranda Correa**

Coordinador Académico  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Gloria Yaneth Gallego Osorio**

Colectivo de Educación para la Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Isabel Cristina Posada Zapata**

Coordinadora de la Subcomisión de Evaluación  
y Resúmenes  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **José Pablo Escobar Vasco**

Decano  
Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad  
de Antioquia

## **Liliana María Blandón Loaiza**

Colectivo de Educación para la Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Liliana González Escobar**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Magaly Jaimes**

Red Colombiana de Educación para la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

## **María Isabel Ramírez Valencia**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Claudia González Pérez**

Colectivo de Educación para la Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Nancy Eliana Gallo Restrepo**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

## **Olga Lucía González García**

Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

**Pablo Andrés Rodríguez**  
Red Colombiana de Educación para la Salud  
Ministerio de Salud y Protección Social

**Román Martínez**  
Colectivo de Educación para la Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

**Sergio Cristancho Marulanda**  
Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad  
de Antioquia

**Yenifer Hinestroza Cuesta**  
Tutora de grupos / juntanzas  
Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad  
de Antioquia

## **Comité organizador**

**Cristina Jaramillo Gómez**  
Unidad Administrativa y Financiera FNSP

**Diana Patricia Molina Berrio**  
Comité académico XIII CISP

**Liliana González Escobar**  
Relaciones Internacionales FNSP

**María Camila García Castro**  
Comunicaciones FNSP

**María Paulina Restrepo Ruiz**  
Relaciones Públicas FNSP

**Olga Lucía González García**  
Colectivo Educación para la Salud

**Sara Lucía Domínguez Rave**  
Gestión Ambiental FNSP

# Comité de memorias

**Claudia González Pérez**  
Magister en Salud Pública

**Gloria Yaneth Gallego Osorio**  
Magister en Salud Pública

**Lilliana María Blandón Loaiza**  
Magister en Salud Pública

**Fabián Hernández Jaimes**  
Diseñador – Comunicaciones Facultad Nacional de  
Salud Pública de la Universidad de Antioquia

**Fernando Peñaranda Correa**  
Coordinador Académico  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

**Olga Lucía González García**  
Colectivo de Educación para la Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
de la Universidad de Antioquia

**Román Albeiro Martínez Barrientos**  
Doctorado en Salud Pública (C).

Integrantes del Colectivo de Educación para la Salud  
del Centro de Extensión de la Facultad Nacional de  
Salud Pública de la UdeA.

# **Equipo Directivo y Administrativo FNSP**

## **Decano**

José Pablo Escobar Vasco

## **Vicedecana**

Paula Andrea Diaz Valencia

## **Jefa Centro de Extensión**

Luz Mery Mejia Ortega

## **Jefa Centro de investigación**

Beatriz Caicedo Velasquez

## **Jefe de Departamento**

Mónica Lucía Jaramillo Gallego

## **Jefe Ciencias Básicas**

Luz Elena Barrera Pérez

## **Jefa Posgrados**

Alexandra Restrepo Henao

## **Jefa de Servicios Generales**

Vilma Salazar Villegas

## **Relaciones Internacionales**

Eliana Martinez Herrera

## **Jefe Bienestar Universitario FNSP**

María Isabel Ramirez Valencia

## **Comunicaciones**

Andrés Araque Restrepo

## **Planeación**

Luz Nelly Zapata Villarreal

# Aliados

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia  
Unesco  
Organización Panamericana de la Salud OPS  
Ministerio de Educación Salud de Colombia  
Red Colombiana de Educación para la Salud  
Universidad de Puerto Rico

Consortio Interamericano de Universidades y Centros  
de Formación de Personal en educación para la Salud  
y promoción de la Salud CIUEPS  
Universidad de los Andes  
Universidad del Cauca

# Apoyan

Fundación Universidad de Antioquia  
Icetex  
Universidad de Antioquia





# Índice

Presentación .....	11
Comité académico.....	22
Declaratoria.....	25
Agenda .....	29
Conferencias .....	33
La Conferencia Inaugural .....	34
Conferencia Centrales .....	44
<i>Educación popular en salud .....</i>	<i>46</i>
<i>Alfabetización en salud como motor educativo del cambio para mejorar la salud y el bienestar .....</i>	<i>55</i>
<i>Alfabetización para la Salud .....</i>	<i>62</i>
<i>Reimaginar la educación en el campo de la salud: una conversación crítica .....</i>	<i>73</i>
<i>Evolución, perspectivas y contextos de la educación para la salud en América Latina .....</i>	<i>84</i>
Conferencias por ejes temáticos .....	92
Conversatorios por ejes temáticos .....	167
Grupos de trabajo en red / juntanzas.....	208
Mesas temáticas .....	237
Libros .....	304
Comunicaciones Orales.....	322
<i>Formación del talento humano en salud en educación superior.....</i>	<i>325</i>
<i>Educación en enfermedades crónicas no transmisibles.....</i>	<i>410</i>
<i>Educación para la salud sexual, la salud reproductiva y el género.....</i>	<i>421</i>
<i>Formación del maestro en educación en el campo de la salud .....</i>	<i>430</i>
<i>Educación en el campo de la salud pública en el marco de la innovación y las nuevas tecnologías .....</i>	<i>441</i>
<i>Educación en el campo de la salud con niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar .....</i>	<i>448</i>
<i>Interdisciplinariedad en la educación en el campo de la salud.....</i>	<i>457</i>
<i>Intersectorialidad en la educación en el campo de la salud .....</i>	<i>464</i>
<i>Educación en enfermedades transmitidas por vectores.....</i>	<i>466</i>
<i>Educación en crianza y primera infancia.....</i>	<i>471</i>
<i>Educación en salud mental.....</i>	<i>483</i>
<i>Formación del talento humano en salud no formal/educación continuada .....</i>	<i>506</i>
<i>Interseccionalidad y violencias basadas en género.....</i>	<i>515</i>
<i>Educación en el campo de la salud en el ámbito comunitario .....</i>	<i>526</i>
<i>Educación en el campo de la salud nutricional.....</i>	<i>537</i>
<i>Educación en el campo de la salud en diferentes entornos .....</i>	<i>548</i>
<i>Educación en el campo de la salud, ruralidad y educación popular.....</i>	<i>559</i>



# Presentación

## La educación en el campo de la salud y el contexto

Atravesamos una crisis del modelo civilizatorio, fundado en un capitalismo sustentado en el neoliberalismo que demanda de la salud pública una mayor participación política en la transformación humana, social y planetaria. En este contexto se hace necesario comprender las crisis sociales y sanitarias que atraviesan los sistemas de salud y las necesarias maneras de impulsar cambios y transformaciones sociales de orden económico, ambiental, cultural y político que requieren aportes sustanciales desde la salud pública.

Los cambios precisan de la participación de la sociedad civil, de las organizaciones de base, de los sujetos de manera individual y agrupados en colectivos. Ejemplo de ello, en la orientación y construcción de los servicios de salud, para que respondan a las necesidades y características sociales, culturales e individuales, y en la garantía de sus derechos. Por esto, la educación en el campo de la salud pública es necesaria para avanzar en la participación individual y colectiva respecto a la garantía del derecho a la salud y para que la atención en salud responda a sus necesidades, intereses y características sociales y culturales; para que se garantice una atención en salud y unas prácticas educativas respetuosas y en diálogo con la diversidad de saberes, culturas, etnias y géneros. Así, desde la educación en el campo de la salud pública se aporta a la transformación de la cultura, de la sociedad y del sujeto, como dimensión clave a la hora de plantear las reformas de los sistemas de salud.

Así, en las necesarias maneras de articulación intersectorial e interdisciplinar en que se da la educación en el campo de la salud pública, se reconoce que el desarrollo humano y los resultados de salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del trayecto vital, y de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

Por un lado, la situación de la educación en el campo de la salud pública pasa por el análisis de las políticas, pero además requiere considerarse los procesos de formación e investigación en educación. Tanto la formación del talento humano como la investigación, juegan un papel importante en el desarrollo de la teoría y la práctica pedagógica de las acciones educativas llevadas a cabo en el marco de la salud pública.

Pero también, la posición ética y políticamente responsable hacia la educación en el campo de la salud pública la fortalece el educador, en la medida que comprende más profundamente los debates y tensiones que operan en este campo y su significado para la práctica pedagógica. En este sentido, vale la pena reconocer que la educación ha tenido significados y una relevancia diversa a lo largo de la constitución de la salud pública como campo social y científico, diferencias que persisten en la actualidad y son el reflejo de formas diferentes de concebir la salud, la sociedad, la realidad, la ciencia, la cultura, el sujeto y por supuesto, la educación. Se configuran así, distintas formas de entender y practicar la salud pública. Estas diferencias, que generan tensiones y conflictos al interior del campo, requieren ser comprendidas para el análisis de la educación en el ámbito de la salud pública.

Los discursos de la promoción de la salud, los determinantes de la salud (y la versión latinoamericana de la determinación social), la atención primaria en salud y la salud propia, entre otros, motivan una preocupación creciente en la salud pública por la justicia, la equidad y los derechos, a medida que la salud se concibe más allá de la enfermedad, como vida digna (visión eurocéntrica), buen vivir (visión de los pueblos originarios) o vivir sabroso (visión de los pueblos afrodescendientes). Así las cosas, la búsqueda de mejores condiciones de vida, de salud y bienestar, implica una responsabilidad intersectorial, como bien lo plantearon las declaraciones de Alma – Ata (WHO, 1978), Ottawa (WHO, 1986), Shangai (WHO, 2016) y Astaná (WHO, 2018). La COVID-19, entendida como sindemia, sigue evidenciando las consecuencias de las interacciones de estas determinaciones biológicas, sociales, ambientales, económicas y culturales, con miradas más integradoras, estructurales y estratégicas requeridas en análisis ecológicos y geopolíticos más profundos.

La situación por la que atraviesa el mundo de crisis económica, inflación creciente, aumento de la pobreza y las inequidades sociales, las migraciones y el calentamiento global, en el marco de un nuevo orden geopolítico mundial, polarización política, guerras (en especial la de Ucrania – Rusia y la amenaza de una confrontación nuclear), evidencia la crisis del modelo civilizatorio fundado en un capitalismo sustentado en el neoliberalismo, lo cual demanda de la salud pública una mayor participación política en la transformación humana y social: humana, porque son los seres humanos quienes transforman la sociedad y la educación es fundamental para la transformación de éstos (Freire); social, porque se requiere participar en la construcción de un orden en la sociedad más justo que garantice el derecho a la salud, en primera instancia al acceso a la atención en salud, pero también en su articulación sinérgica con la garantía de los demás derechos.

En este contexto se hace necesario comprender las crisis sociales y sanitarias que atraviesan los sistemas de salud y sus procesos de reformas para impulsar cambios y transformaciones de orden social, económico, cultural y político a las cuales se requiere aportar desde la salud pública. Estas reformas precisan de la participación de la sociedad civil, de las organizaciones de base, de los sujetos de manera individual y agrupados en colectivos de diferente orden, en la orientación y construcción de los servicios de salud, para que respondan a sus necesidades y características sociales, culturales e individuales, y en la garantía de sus derechos. Entonces la educación en el campo de la salud ha de promover el desarrollo de capacidades y una visión crítica y responsable de la salud en las diferentes instancias y no sólo para gestión de los servicios de salud, en condiciones que sean consideradas las voces sociales emergentes.

## El congreso

La Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) Héctor Abad Gómez de la Universidad de Antioquia realizó el **XIII Congreso Internacional de Salud Pública: educación en el campo de la salud, una oportunidad de transformación humana, social y planetaria**, entre el 23 y el 25 de agosto de 2023 con actividades híbridas, en el marco de los 60 años de nuestra Facultad y de los 220 años de nuestra Universidad.

Este fue un congreso internacional de salud pública dedicado a la educación en el campo de la salud, lo cual no es algo común. Usualmente la educación en el campo de la salud no ha sido un tema central en los congresos de salud pública, lo cual riñe con la importancia que ésta se supone debe tener. Sin embargo, la participación de múltiples actores provenientes de diferentes instancias e instituciones en este congreso develó el interés y la importancia de esta dimensión de la salud pública.

Hemos promovido el concepto de educación en el campo de la salud (ECS) para reconocer y hacer visibles las corrientes y tendencias teórico - prácticas que se encuentran en interacción y que generan discusión y debates fundamentales para una praxis coherente y productiva. En este sentido hubo una valiosa participación de reconocidos exponentes de cuatro importantes corrientes en este campo:

- Educación para la salud desde una visión latinoamericana.
- Educación popular en salud.
- Alfabetización en salud.
- Educación en salud crítica desde una visión anglosajona.

De esta manera, el congreso promovió la discusión y el análisis de la educación en el campo de la salud como un fenómeno teórico, político y ético complejo, con lo cual se busca superar visiones instrumentales y reduccionistas, para abordarla como un derecho que interviene de múltiples formas en la determinación social de la salud y en la transformación humana, social y planetaria y, por lo tanto, en el avance de la justicia social y ambiental.

Por esta razón, se propuso una aproximación intersectorial, con una especial participación del sector educativo, así como una acción transdisciplinar que vincule a las disciplinas del área de la salud y de las ciencias sociales, orientando este congreso por el siguiente propósito y objetivos:

- Propósito: generar espacios académicos, sociales y culturales para el intercambio de experiencias de programas y proyectos comunitarios e institucionales y resultados de investigación, que fomenten el diálogo de saberes, la discusión y la problematización sobre la contribución de la educación en el campo de la salud (ECS) en la búsqueda de mejores condiciones de vida, en la garantía de los derechos y el avance en la justicia social, ambiental y climática para el logro de una vida saludable en el planeta.
- Objetivo general: presentar, reconocer y analizar experiencias y aprendizajes de educación en el campo de la salud en los ámbitos académicos, gubernamentales, institucionales y comunitarios, para avanzar en la discusión y problematización sobre su fundamentación teórica, su concreción en políticas, programas y la práctica educativa, desde una perspectiva transdisciplinar, intersectorial e interseccional.
- Objetivos específicos:
  - o Analizar políticas públicas locales que sustenten la ECS teniendo en cuenta sus propósitos, perspectivas teóricas y la concreción en planes y programas para comprender su papel y trascendencia a éstas.
  - o Discutir y problematizar la fundamentación teórica que sustentan las prácticas pedagógicas y las investigaciones de ECS en el marco de los debates políticos y epistemológicos que subyacen a ésta.
  - o Conocer experiencias, programas, proyectos e investigaciones de ECS provenientes de los diferentes sectores y disciplinas de la salud que promuevan la discusión transdisciplinar e intersectorial.
  - o Reconocer experiencias comunitarias transformadoras sobre ECS con potencial de innovación y transformación humana, social y planetaria.
  - o Analizar las experiencias y aprendizajes en la implementación de una perspectiva interseccional requerida para una ECS que garantice los derechos, la diversidad y la justicia social.
  - o Reflexionar sobre experiencias, desarrollos y propuestas de ECS en

el marco de las reformas a los sistemas de salud, que dinamicen el análisis sobre el papel de ésta y sus demandas teóricas, políticas y éticas.

- o Discutir el papel del educador en las experiencias educativas, sus relaciones con el educando y los otros actores involucrados en dichas experiencias, así como su formación y las condiciones en que realiza su práctica pedagógica.



Así, siguiendo estos lineamientos, nos reunimos participantes de las comunidades, de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de los sectores de salud, de educación y de otros sectores, instituciones privadas, la academia y agencias multilaterales, para analizar y promover:

- La trascendencia de la ECS, más allá del sector salud, por esto la participación de otros sectores es una preocupación y un deber de diversas instancias e instituciones para garantizar este derecho.
- La necesidad de fortalecer la praxis, basada en una sólida sustentación teórico - pedagógica para una práctica educativa responsable y consciente, que recoja los desarrollos teórico-prácticos de múltiples disciplinas y saberes, lo que demanda una perspectiva transdisciplinar.
- El papel del talento humano en salud y los maestros como educadores en el campo de la salud, para lo cual se requiere fortalecer su formación y garantizar las condiciones y recursos para llevar a cabo su práctica educativa.
- La necesidad de que la educación en el campo de la salud responda a las características, cosmovisiones y necesidades de los sujetos y las poblaciones teniendo en cuenta su diversidad y sus diferencias en cuanto a sus culturas, etnias, géneros, generaciones, procedencias y clases sociales, lo que implica una perspectiva intercultural e interseccional.
- Unas políticas que recojan estas necesidades y demandas, materializadas en planes, programas y proyectos que impulsen y consoliden la educación en el campo de la salud como una síntesis de los derechos a la educación y a la salud.

Teniendo en cuenta estos principios, el congreso se estructuró según ejes que orientaron su desarrollo: a) pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud; b) educación en el campo de la salud y políticas públicas; c) el educador y el contexto y; d) intersectorialidad, transdisciplinariedad e interseccionalidad. En ese orden de ideas, se establecieron conferencias y conversatorios siguiendo estos cuatro ejes temáticos.

El congreso tuvo una muy variada expresión de experiencias y reflexiones teórico – prácticas de la educación en el campo de la salud, en las comunicaciones orales y en las mesas. Una especial mención queremos





hacer respecto a los grupos de trabajo en red o juntanzas conformados por integrantes de las comunidades, los sectores de la educación y la salud y de la academia. Estos iniciaron la construcción de propuestas de diverso orden previo al congreso, que pretendieron estimular el trabajo cooperado y proyectarlo más allá del evento.

En las actividades académicas se contó con la participación de cinco conferencistas centrales, ocho conferencistas por ejes temáticos (dos por cada uno de los ejes), 25 invitados en ocho conversatorios por ejes temáticos (dos por cada uno de los ejes), 148 comunicaciones orales con 153 ponentes, 11 mesas temáticas compuestas por 4 a 6 ponencias cada una, 11 presentaciones de libros y la participación de 17 grupos de trabajo en red o juntanzas. Hubo 40 ponencias de expositores internacionales, incluyendo conferencistas y ponentes de comunicaciones orales y mesas temáticas. Se registraron 437 personas de manera presencial, provenientes de 25 países. Accedieron a estas actividades más de 200 de manera virtual, 49 de ellos registrados con certificado de asistencia.

Este congreso obtuvo estos importantes logros gracias al trabajo cooperado de múltiples actores, en especial a los aliados académicos, entre ellos, la Cátedra Educación y Salud de la UNESCO, la Organización Panamericana de la Salud, el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud, los Ministerios de Salud y Protección Social y Educación Nacional, la Red Colombiana de Educación para la Salud y las Universidades de los Andes y del Cauca.

## Ejes temáticos

### **Pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud**

La posición ética y políticamente responsable hacia la educación en el campo de la salud, la fortalece al educador en la medida que comprende más profundamente los debates y tensiones que operan en este campo y su significado para la práctica pedagógica. En este sentido, vale la pena reconocer que la educación ha tenido significados y una relevancia diversa a lo largo de la constitución de la Salud pública como campo social y científico, diferencias que persisten en la actualidad y son el reflejo de formas diferentes de concebir la salud, la sociedad, la realidad, la ciencia, la cultura, el sujeto y, por supuesto, la educación. Se configuran así, distintas formas de entender y practicar la Salud pública. Estas diferencias, que generan tensiones y conflictos al interior del campo, requieren ser comprendidas para su análisis.

Por eso, se destacan al menos tres ejes de tensión. Uno tiene que ver con la concepción instrumental de la educación, entendida de modo estratégico versus otra manera amplia de entenderla, como derecho. Un segundo eje corresponde a la tensión entre una visión de la educación en el campo de la salud basada en una concepción biomédica de la salud centrada en la enfermedad, versus una fundada en una concepción de la salud entendida como vida bajo una perspectiva dialéctica de las categorías salud/enfermedad, biológico/socio-cultural y sujeto/colectivo. El tercero hace referencia a la tensión de una visión funcionalista de la sociedad que propone la adaptación del sujeto a un orden establecido versus posiciones críticas que conciben un orden social y político injusto para la mayoría de las personas, que requiere transformarse. Son tensiones de orden teórico y epistemológico, pero también político y ético que configuran un campo que, además, está cruzado por intereses, fuerzas de poder, jerarquías y discursos en conflicto.

Por lo tanto, la práctica pedagógica no puede concebirse por fuera de la teoría: siempre hay una teoría pedagógica que sustenta y orienta las prácticas. Por esto se requiere trascender hacia la praxis, esto es, la reflexión de la práctica a la luz de la teoría que se fortalece para volver a la práctica. Esta reflexión, que incluye el proceso -como interrelación entre la pedagogía y la didáctica- y los resultados, precisa de la evaluación como instancia para la construcción de conocimientos y toma de decisiones sobre la práctica y la teoría. Evaluación que, a su turno, responde a perspectivas teóricas y políticas en consonancia con las apuestas pedagógicas.

## **Educación en el campo de la salud y políticas públicas**

Comprender la situación de la educación en el campo de la salud pasa por el análisis de las políticas, pero además, requiere considerar los procesos de formación e investigación en educación. Tanto la formación del talento humano como la investigación, juegan un papel importante en el desarrollo de la teoría y la práctica educativas.

Por lo tanto, se requiere el análisis de las políticas públicas de los diferentes sectores vinculados al campo de la salud. Habrá que discutir las perspectivas y posiciones hacia la salud, la educación y la salud pública, y problematizar el peso que tiene la educación en el campo de la salud en estas políticas y cómo se traducen en planes y programas concretos. En este orden de ideas será necesario abordar las políticas públicas relacionadas con la investigación en educación en el campo de la salud, así como con la formación del talento humano.

## **El educador y el contexto**

El talento humano en salud hace parte de los educadores de la educación en el campo la salud, pero también los maestros de las instituciones educativas y el talento humano de instituciones de orden gubernamental y no gubernamental relacionadas con la protección social, la atención a la infancia y la protección ambiental, así como la atención de las mujeres, los pueblos indígenas y afrodescendientes, entre muchos otros.

En el marco de este relacionamiento e intercambio, el talento humano en salud precisa formarse en pedagogía y en los desarrollos teóricos de las disciplinas sociales y humanas necesarias para comprender de manera amplia la educación como práctica social y política. Igualmente, el talento humano de otros sectores y disciplinas requiere formarse en el campo de la salud. Así que es necesario avanzar en la construcción de mediaciones conjuntas que fortalezcan la articulación e integración, para que se pueda progresar en la construcción de una perspectiva transdisciplinar que consolide la posición ética y política de los educadores.

La educación en el campo de la salud está mediada por el educador, quien la concreta en sus prácticas pedagógicas. Por esto, el fortalecimiento y transformación de cualquier proceso educativo pasa por el educador: un educador activo, creativo y responsable como sujeto moral, político y epistémico, que se compromete con su formación en el marco de procesos de reflexión, a la luz de la teoría y los resultados sociales de su accionar; un educador que requiere ser nombrado como tal, situado en el marco de un contexto laboral, institucional y social determinado. En este sentido, se precisa hablar de su perfil y formación, de las condiciones laborales, recursos y apoyos necesarios para el cumplimiento de su práctica pedagógica.

El contexto en la educación en el campo de la salud es fundamental porque todo proceso transformador se puede ver limitado o facilitado por condiciones y circunstancias que están por fuera de quienes directamente intervienen en este proceso. Este contexto incluye aspectos políticos, sociales, económicos, culturales e históricos, y su consideración es una condición necesaria para llevar a cabo un proceso educativo pertinente y constructivo.



La educación en el campo de la salud requiere avanzar hacia una visión socio – ecológica, en la cual se reconoce la compleja interacción de condiciones y circunstancias que están presentes cuando se fija un objetivo de transformación desde la perspectiva de las personas, los grupos, las comunidades y la sociedad como un todo.

### **Intersectorialidad, transdisciplinariedad e interseccionalidad y educación en el campo de la salud**

La educación en el campo de la salud hace parte de las políticas, planes y programas que vinculan varios sectores, además del sector salud. En especial, se vinculan los sectores de la educación, la protección social, la atención a la niñez y la protección ambiental. Vale la pena destacar procesos importantes de articulación e integración en estos campos. Pero, además, corre simultáneamente con la articulación entre las disciplinas del área de la salud y de otras áreas sociales y humanas. De esta manera la educación en el campo de la salud se abre, entre otras, a objetos como la educación alimentaria y nutricional, educación física, educación corporal, educación en crianza, niñez y familia, educación popular en salud para la promoción de la salud y del cuidado, educación emancipadora para niñas, niños y adolescentes para la vida digna, educación en salud mental, educación en salud ambiental, educación sexual y reproductiva, educación en la salud de las mujeres, educación en las prácticas de enfermería en el contexto social y pedagogía hospitalaria.

Así, esta articulación intersectorial e interdisciplinar se encuentra en los diferentes entornos: familiar, comunitario, escolar, laboral e institucional (que comprende también las acciones educativas en el ámbito hospitalario). Entornos que abordan el continuo de la vida: la infancia temprana, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Además, una educación que asuma el campo de la salud desde las diferentes disciplinas y sectores sociales precisa una mirada interseccional, desde la cual se reconozca la diversidad respecto a la etnia, el género, la clase social, la cultura e incluso las generaciones. De esta manera se puede comprender la salud como una construcción “pluriversa” de los buenos vivires que atraviesa diferentes significados y formas de construirlos, epistemes y



saberes, cosmovisiones y raíces socioculturales e históricas, en el marco de oportunidades y condiciones de justicia social dispares.

La mirada interseccional también pone de presente la discusión sobre la equidad como un referente en la comprensión e intervención de los problemas y asuntos de interés en la educación en el campo de la salud. Un ejercicio en este campo, sin una reflexión e interés explícito en la equidad y la justicia social, desconoce que antes, durante y después de la práctica en Educación en el Campo de la Salud hay una serie de aspectos que facilitan o impiden que unos grupos humanos, en función de su lugar en la estructura social, puedan acceder o no a oportunidades o procesos de transformación. Un sello de la educación en el campo de la salud en la actualidad es incorporar la perspectiva de equidad y la justicia social en el diseño, implementación y evaluación de cualquier proceso transformador.

---



# **Comité académico**

## Comité académico

El comité académico se conformó con una serie de instancias y aliados que hicieron posible el alcance del congreso. El comité general estuvo integrado por representantes de la Red Colombiana de Educación en el Campo de la Salud, el Ministerio de Salud y la Protección Social y la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP). Este órgano estuvo encargado de construir los lineamientos académicos del evento y de convocar los conferencistas e invitados.

La comisión académica interna de la Facultad Nacional de Salud Pública se conformó con profesores de distintos grupos de desarrollo y de investigación, integrantes del centro de extensión, del Colectivo de Educación para la Salud y de la administración de la institución. Se encargó de establecer los mecanismos para desarrollar e implementar los lineamientos generales establecidos por el comité general. De esta manera, se convirtió en la instancia para la articulación de los ejes misionales de la Universidad (docencia, investigación y extensión), la articulación de los grupos de desarrollo e investigación y la articulación con la administración de la facultad. Además, con el Colectivo de Educación para la Salud, organizó y ejecutó la evaluación de los trabajos enviados para participar en las presentaciones de comunicaciones orales, mesas temáticas y libros. El Colectivo de Educación para la Salud, se encargó del diseño y realización de estas memorias.

El congreso promovió una estrategia participativa denominada grupos de trabajo en red / juntanzas. Algunos/as coordinadores/as de estas juntanzas hicieron parte del comité general y aportaron importantes insumos para la estructuración de esta estrategia, como para los lineamientos generales del congreso, y en particular, para el impulso de temáticas específicas y la activación de redes de colaboración.

La Red Colombiana de Educación en el Campo de la Salud se convirtió en un aliado fundamental para este congreso. Esta red, conformada por representantes del Ministerio de Salud y la Protección Social y varias universidades del país apoyó de manera constante el desarrollo del congreso, al plantearse como uno de sus proyectos centrales para el año 2023. Además, participó directamente en el comité académico con representantes del Ministerio de Salud y la Protección Social y de las Universidades de Los Andes y del Cauca.

Finalmente, el proyecto de doctorado en educación y salud que se viene impulsando con la participación de ocho unidades académicas de la

Universidad de Antioquia se convirtió en una instancia para promover el congreso al interior de la universidad y con las redes académicas de estas unidades académicas. El Grupo Gestor que se encuentra construyendo este programa académico fungió también como acompañante de la comisión interna de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP).

Otro aliado fundamental, que consolidó el carácter internacional del evento, fue el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS). Al haber articulado la asamblea del consorcio con el congreso se logró una amplia participación de países de América Latina, que intervinieron también como ponentes.

## XIII Congreso Internacional de Salud Pública

### Comité Académico

#### Comité general

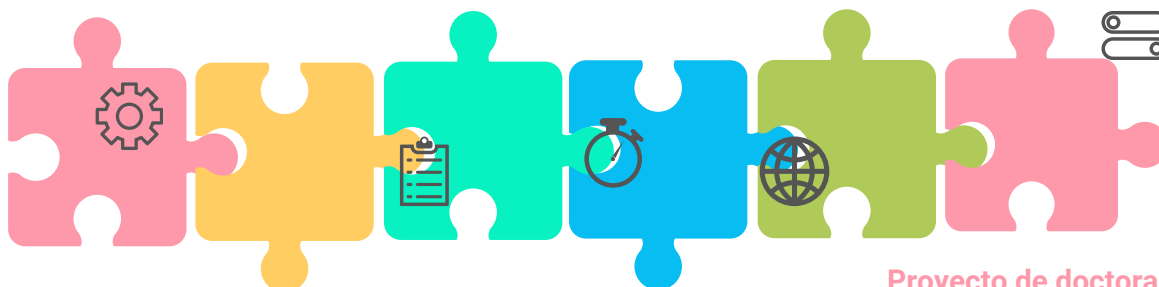
1. Disposiciones académicas generales
2. Convocatoria conferencistas e invitados

#### Comisión FNSP

1. Desarrollo e implementación de los lineamientos generales.
2. Articulación de los ejes misionales
3. Articulación de grupos de desarrollo e investigación.
4. Articulación con la administración

#### Colectivo de educación para la salud

1. Comité editorial- de memorias
2. Participación en la comisión de evaluación de trabajos.
3. Participación en comisión para la construcción de la agenda.



#### Grupos de trabajo en red /Juntanzas

1. Estrategia participativa con autonomía.
2. Impulso de temáticas específicas: reflexiones, experiencias e investigaciones
3. Activación de redes colaborativas

#### Red colombiana de educación en el campo de la salud

1. Participación directa en el comité general.
2. Acompañamiento de los grupos de trabajo en red, juntanzas y mesas temáticas

#### Proyecto de doctorado de educación y salud

1. Promoción del congreso en las 8 unidades académicas que impulsan el doctorado y sus redes académicas.
2. Acompañamiento a la comisión interna de la FNSP





# Declaratoria



Como norte para la acción les invitamos a considerar la declaratoria de nuestro Congreso como un camino a seguir, en este esfuerzo permanente por la transformación de nuestra realidad con los postulados de la educación en el campo de la salud para promover el cambio social y político que reclaman nuestras sociedades.

## **Declaración final del XIII Congreso Internacional de Salud Pública**

### **Educación en el campo de la salud. Un derecho fundamental para lograr la transformación humana, social y planetaria**

Como resultado de las conferencias, los conversatorios, los grupos de trabajo en red, las juntanzas, las mesas temáticas, las comunicaciones orales, las actividades precongreso y las discusiones sostenidas durante el desarrollo del XIII Congreso Internacional de Salud Pública. Educación en el campo de la salud: una oportunidad de transformación humana, social y planetaria, realizado en Medellín, del 22 al 25 de agosto del 2023 y comprendiendo que la educación en el campo de la salud:

- constituye una práctica social, histórica y cultural compleja;
- se configura como la intersección de múltiples campos disciplinares de las ciencias sociales y humanas, y de otras ciencias, pero en particular de los campos de la pedagogía y de las disciplinas de la salud;
- es un campo compuesto de múltiples corrientes con diferentes concepciones y posiciones teóricas, epistemológicas, políticas y éticas sobre la realidad, el ser humano, la sociedad, la salud, la educación y la salud pública, las cuales tienen encuentros y desencuentros, respecto a sus propósitos, métodos, contenidos, relaciones entre educador/educando y la evaluación, que ameritan el intercambio y la construcción de acuerdos;
- se encuentra en diálogo con otros discursos del campo de la salud, en especial con los de promoción de la salud y atención primaria en salud;
- es de gran relevancia para la salud pública, como también para todas las disciplinas de la salud, en la medida que hace parte esencial de sus prácticas y el desarrollo de sus objetos disciplinares;
- reconoce el papel central del talento humano en salud, de los maestros, y otros actores comunitarios como educadores en el campo de la salud, para lo cual se hace indispensable una sólida y pertinente formación en este campo;
- atañe a diferentes sectores vinculados a la atención de los sujetos

- durante el curso de vida y en los diferentes entornos en los que esta se despliega, en particular a los sectores de la salud y la educación;
- contribuye directamente con la creación de entornos sanos que favorecen la salud, transformando escenarios potenciadores para el fortalecimiento de capacidades en la población y el desarrollo humano;
  - forma parte de políticas sectoriales e intersectoriales de orden internacional, nacional y regional que expresan posiciones teóricas, epistemológicas, políticas y éticas ante la educación en el campo de la salud, con efectos sobre los programas y proyectos, y, en particular, sobre las prácticas pedagógicas;
  - responde a demandas, necesidades, intereses y cosmovisiones diferentes como resultado de las diversidades respecto a los grupos y clases sociales, las procedencias, las culturas, las etnias, el género, las generaciones y capacidades cognitivas, producto de raíces socioculturales e históricas diferentes que entran en interacciones;
  - implica asumir la salud y la educación como construcciones históricas “pluriversas” que atraviesan diferentes significados, como resultado de epistemes y saberes, en interacción y conflicto, en el marco de oportunidades y condiciones de justicia social dispares;
  - conlleva reconocer que la investigación y la evaluación en la educación en el campo de la salud no son neutras, pues responden a distintos intereses y posiciones teórico-pedagógicas, políticas y éticas;
  - comporta entender la investigación y la evaluación como escenarios para el desarrollo teórico-pedagógico y la construcción de la praxis educativa.

Declara que:

Es necesario y urgente fortalecer la educación en el campo de la salud, con la participación de los gobiernos nacionales y locales, las agencias multilaterales de apoyo y fomento al desarrollo humano y social, para lo cual es fundamental:

- reconocer la educación en el campo de la salud como un derecho orientado a la expansión de las capacidades individuales y colectivas, y al fortalecimiento de la capacidad de agencia de individuos y colectivos para impulsar transformaciones sociales y culturales. Esto, en búsqueda de mejores condiciones de vida, el avance en la justicia social, ambiental y climática para el logro de una vida saludable con el planeta;
- asumirla como un discurso estructural del campo de la salud en sus ámbitos teóricos, epistemológicos, políticos, éticos y de la praxis, que permita consolidar su participación en la teoría y la práctica de todas las disciplinas de la salud y la salud pública;

- una praxis con una sólida fundamentación teórico-pedagógica, que garantice una práctica pedagógica consciente, responsable y crítica, lo cual demanda una aproximación transdisciplinar y participativa;
- asegurar la formación pedagógica y en educación en el campo de la salud del talento humano en salud y maestros, así como las condiciones laborales, de recursos y de apoyo administrativo para ejercer su práctica pedagógica de una forma productiva, consciente, responsable y crítica;
- impulsar transformaciones curriculares de la educación superior en las disciplinas del área de la salud y en las licenciaturas de educación, así como el desarrollo de programas de posgrado en este campo que amplíen y mejoren las oportunidades de formación;
- desarrollar políticas de educación en el campo de la salud de carácter sectorial e intersectorial, en el ámbito internacional, nacional, regional y local, como resultado de opciones teóricas, epistemológicas, políticas y éticas, y sus consecuentes desarrollos conceptuales y metodológicos, en el marco de procesos participativos y de abogacía para su formulación, implementación y evaluación;
- diseñar e implementar políticas, programas y proyectos de orden intersectorial, en el marco de procesos de planeación y evaluación conjunta entre las instituciones involucradas y con el apoyo político administrativo y financiero requerido para el desarrollo de acciones sostenibles;
- realizar una educación pertinente pedagógica, teórica, social y culturalmente, que responda a las necesidades, intereses y cosmovisiones de los educandos, sustentada en el diálogo de saberes y la negociación entre culturas, etnias, generaciones, géneros, procedencias, clases sociales y capacidades cognitivas, en el marco del respeto y el reconocimiento del otro;
- fomentar procesos de investigación y evaluación plurales desde el punto de vista epistémico y metodológico que permitan el avance en la construcción teórico-pedagógica que ilumine la práctica y que, a su vez, parta de esta y de la realidad;
- promover la construcción de conocimientos e intercambio de experiencias mediante el trabajo cooperado que promueva el desarrollo conjunto de programas y proyectos entre sujetos, grupos, colectivos, instituciones y países;
- continuar con la realización de este tipo de eventos y espacios de reflexión y diálogo más permanentes, con un carácter transdisciplinar, intersectorial e intercultural, que facilite la participación de los distintos actores sociales hacia la construcción de una comunidad “pluriversa”, respetuosa y dialogante.



# Agenda

# Agenda resumida

## 22 de Agosto - Precongreso

7:30 a.m. 12:00 m.	<b>Seminario Taller:</b> <b>Escuela y Cambio Climático desde salud ambiental</b>  MOVA - Centro de Innovación del Maestro *Participación con previa invitación
3:00 p.m. 6:00 p.m.	<b>Taller Acción Intersectorial</b> Educación en el campo de la salud en las Instituciones Educativas Cátedra UNESCO Educación & Salud  Aula 318 *Participación con previa invitación
5:00 p.m. 7:00 p.m.	<b>Creación Nodo Eje Cafetero - Antioquia</b> de la Asociación Colombiana de Salud Pública en alianza con la Asociación de Egresados de la Facultad Nacional de Salud Pública  Aula Múltiple *Participación con previa invitación
12:00 m.	<b>Salida de campo: San Cristóbal</b> Juntanza Educación en Salud Ambiental Participación con previa invitación
2:00 p.m.	<b>Salida de campo: Granizal</b> Grupo de trabajo en red Promotor en Salud como Educador en el Campo de la Salud Participación con previa invitación

## 23 de Agosto - Día 1

7:00 a.m.	Registro de asistentes
8:00 a.m. 8:45 a.m.	Acto de instalación
8:45 a.m. 9:30 a.m.	Conferencia inaugural <b>Salud global y educación</b> Pf. Didier Jourdan - Cátedra UNESCO Educación & Salud
9:30 a.m. 10:00 a.m.	Intervención artística: Resonancias diversas en la Educación para la Salud.
10:00 a.m. 10:20 a.m.	Presentación académica
10:30 a.m. 12:00 a.m.	Grupos de trabajo en red   Juntanzas   Comunicaciones Orales
12:00 m. 1:30 p.m.	Almuerzo Libre
1:30 p.m. 3:00 p.m.	Comunicaciones orales por ejes   Mesas temáticas *Exclusivo para asistentes presenciales.

3:00 p.m. 4:30 p.m.	Comunicaciones orales por ejes   Presentación de libros * Exclusivo para asistentes presenciales
4:30 p.m. 5:00 p.m.	Receso para el bienestar
5:00 p.m. 6:45 p.m.	Grupos de trabajo en red   Juntanzas

## 24 de Agosto - Día 2

7:00 a.m. 8:00 a.m.	Reunión Red Colombiana de Educación para la Salud
8:00 a.m. 8:40 a.m.	Conferencia central <b>Educación popular en salud</b> Eymard Vasconcelos - Brasil <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
8:50 a.m. 9:30 a.m.	Conferencia central <b>Alfabetización en salud como motor educativo del cambio para mejorar la salud y el bienestar</b> (Health literacy as an educational driver of change for better health an well-being) Kristine Sorensen -Dinamarca <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
9:40 a.m. 10:10 a.m.	Conferencias por ejes (simultáneas)
10:10 a.m. 10:30 a.m.	Receso para el bienestar
10:30 a.m. 12:00 m	Comunicaciones orales por ejes *Exclusivo para asistentes presenciales.
12:00 m. 1:30 p.m.	Almuerzo Libre
1:30 p.m. 2:45 p.m.	Comunicaciones orales por ejes *Exclusivo para asistentes presenciales
2:45 p.m. 4:15 p.m.	Grupos de trabajo en red   Juntanzas
4:15 p.m. 4:45 p.m.	Receso para el bienestar
4:45 p.m. 6:30 p.m.	Conversatorios por ejes (simultáneos)

## 25 de Agosto - Día 3

8:00 a.m. 8:40 a.m.	Conferencia central. <b>Reimaginar la educación en el campo de la salud: una conversación crítica</b> (Reimagining health education: a critical conversation) Deana Leahy - Australia <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
8:50 a.m. 9:30 a.m.	Conferencia central. <b>Evolución, perspectivas y contextos de la educación para la salud en América Latina</b> Hiram Arroyo - Puerto Rico <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>

9:40 a.m. 10:10 a.m.	Conferencias por ejes (simultáneas)
10:10 a.m. 10:40 a.m.	Receso para el bienestar
10:40 a.m. 12:25 m.	Conversatorios por ejes
12:30 a.m. 12:50 m.	Clausura del Congreso
12:50 m. 2:00 p.m.	Almuerzo Libre



### Celebración del Día Nacional del Salubrista en el marco de los 60 años de la Facultad Nacional de Salud Pública

2:00 p.m. 2:15 p.m.	Video conmemorativo 60 años de la FNSP <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
2:15 p.m. 3:00 p.m.	Acto de instalación y mensajes a los salubristas del país <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
3:00 p.m. 4:00 p.m.	Conferencia: <b>Retos de los salubristas colombianos frente al nuevo modelo y sistema de salud del país</b> Jaime Breilh Paz y Miño (Ecuador) <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
4:00 p.m. 5:00 p.m.	Entrega de reconocimientos de Asociación Colombiana de Salud Pública y Facultad Nacional de Salud Pública <i>Auditorio Facultad Nacional de Salud Pública</i>
5:00 p.m. 6:00 p.m.	Celebración especial <b>Oda a la vida: Sinfonía para seis décadas</b> Concierto con la Banda Sinfónica Universidad de Antioquia bajo la dirección del maestro Fernando Pabón. <i>Plazoleta Facultad Nacional de Salud Pública</i>

Puede consultar la agenda detallada en:  
<https://bit.ly/3SBjU4S>







# Conferencias



# La Conferencia Inaugural

En la conferencia inaugural expuesta por el profesor Didier Jourdan, director de la Cátedra de Educación y Salud de la UNESCO, presentó cuatro ideas centrales: a) la educación y la salud están mutuamente interrelacionadas; b) ¿dónde las personas aprenden lo que saben de salud?; c) el aprendizaje permanente y salud; y, d) hacia las políticas de aprendizaje permanente para la salud. En esta conferencia el profesor Jourdan evidenció la importancia y la necesidad del trabajo intersectorial que demanda una fuerte y productiva articulación entre los sectores de la educación y la salud, un ideal que debe llevarse con más vigor a la práctica, para lo cual presentó una propuesta de acción.

# Aprovechar el poder de la educación para promover la salud para todos: ¡de las palabras a la acción concreta!

## Ponente conferencia central:

Didier Jourdan

Director Centro Colaborador de la OMS para la Investigación en Educación y Salud

Titular de la cátedra UNESCO "Salud y Educación Mundial"

Hablar sobre la educación en el campo de la salud es claramente una prioridad y es oportuno porque realmente necesitamos aprovechar el poder de la educación para promover la salud para todos. Se presentaron cuatro ideas clave: la primera consiste en que la salud y la educación están mutuamente entrelazadas; la segunda apunta a que las fuentes de aprendizaje son extremadamente diversas; la tercera idea es lo que llamamos aprendizaje permanente para la salud; y la cuarta se refiere a la forma en que podemos promover la educación para la salud y el aprendizaje permanente para la salud a través de políticas y prácticas.

La salud y la educación: dos dimensiones mutuamente entrelazadas.



Existe un vínculo cercano entre ellas y debemos reflexionar sobre cómo, estas dos dimensiones que nos hacen humanos están entrelazadas con el fin de utilizar todo el poder de la educación para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud y la promoción de la salud en toda la población. Todos sabemos que la educación y la salud están intrínsecamente vinculadas. Ambas son derechos humanos y son la base de los objetivos de desarrollo sostenible, pero lo que necesitamos aclarar es que la visión que tanto

el sector educativo como el sector de la salud tienen sobre la educación para la salud, es diferente. Esto se debe a que el sistema de atención de salud y el sistema educativo no tienen la misma misión. Desde el punto de vista educativo es extremadamente importante comprender la interacción entre la salud y el proceso educativo, el proceso de desarrollo de todos los seres humanos. La primera razón por la que la salud es importante para la educación está relacionada con el hecho de que una mala salud inhibe el aprendizaje. Esta es la razón principal, por la que las escuelas abordan problemas relacionados con la salud. Esta es la tarea fundamental de la humanidad: maximizar los resultados del aprendizaje para todos los alumnos y estudiantes; y la tarea también de las escuelas y otras organizaciones de formación. La salud es un requisito para un proceso educativo fructífero y exitoso. Pero hay una segunda razón por la que la salud es tan importante desde el punto de vista educativo. Se debe a que la educación para la salud es una parte esencial de la cultura que se transmite de generación en generación en todas las civilizaciones. Es un componente clave de la ciudadanía. Necesitamos dotar a todos los ciudadanos con las habilidades que necesitan para tomar decisiones libres y responsables en el campo de la salud, tanto para ellos mismos como para la comunidad en que viven, para contribuir a la creación de un entorno favorable a la salud.

Ahora, desde el punto de vista del sector de la salud es diferente. La educación es fundamental porque está vinculada a los determinantes de la salud. Más allá de los determinantes que están vinculados al sector de la salud y que solo representan la parte visible del iceberg, también existe una parte oculta que comprende todo lo que sabemos de los determinantes socioculturales, socioeconómicos, ambientales, de comportamiento, de accesibilidad a la atención de salud y los determinantes individuales relacionados a la fisiología o la biología individual. Pero lo que es común a la mayoría de estos determinantes es que están claramente bajo el amparo de la educación, ya que la educación es un determinante de salud que influye en la mayoría de los otros determinantes en términos de acceso al sistema de atención de salud, en los comportamientos de salud, en los entornos favorables a la salud, en los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud. La educación está en el centro de los determinantes de la salud. Por eso necesitamos contribuir a la educación de todas las personas y especialmente de las más vulnerables, para reducir las desigualdades en salud que son absolutamente inaceptables, vinculadas a la influencia de una variedad de determinantes que afectan no solo la esperanza de vida, sino también la esperanza de vida libre de discapacidad. Eso es la esencia de los trabajos de Michael Marmot y de la Comisión de los Determinantes de la Salud de la OMS que conocemos todos.

La educación en el campo de la salud no es solo una cuestión de desarrollo de habilidades de la población en su conjunto, sino también que está vinculada a la forma en que podemos apoyar a los más vulnerables entre nosotros para acceder a las competencias necesarias para cuidarse a sí mismos y contribuir a construir entornos sanos. Entonces sí, es oportuno actualmente aumentar las diferentes y variadas iniciativas educativas.

¿Dónde aprenden las personas lo que saben sobre la salud?

No son solo las escuelas, son todos los entornos en los que podemos aprender. Por ejemplo, ¿qué sabemos sobre la fuente de información que los jóvenes utilizan para la educación sexual? El interesante trabajo de Tigran Yepoyan del Instituto de la UNESCO para la aplicación de las tecnologías de la información a la educación (UNESCO ITIE) muestra que el 31% de los jóvenes declaran que son los amigos, sus pares, la fuente de información en discusiones informales, pero para el 20% de ellos son las plataformas digitales, en su mayoría las redes sociales y otros sitios web y el 25% señala que es la educación en la escuela. Es interesante porque muestra que los jóvenes obtienen la información para construir sus competencias en el campo de la sexualidad de diferentes fuentes. Desde el punto de vista de la salud pública, esto es crucial, ya que confirma que debemos trabajar con diferentes sectores, con diferentes actores clave, y

especialmente, con las personas a cargo de las redes sociales, ya que el 93% de los jóvenes entre los 15 y los 24 años, regularmente, han buscado información sobre el cuerpo, el sexo y las relaciones en estas plataformas. Así que a partir de este ejemplo, podemos hacer una especie de generalización. Las personas aprenden lo que saben sobre la salud, en primer lugar, en su familia y en el sistema escolar, pero también a través de los medios de comunicación en general: los medios masivos, los de comunicación bajo demanda, las redes sociales, el sector de atención de salud y los centros de salud comunitarios.

Es también absolutamente crucial darse cuenta de que una parte muy importante de nuestra educación en el campo de la salud proviene del sector de la atención médica y, claramente, necesitamos apoyar a los profesionales de la salud en sus tareas educativas, sin olvidar a todo el sector de asociaciones, clubes deportivos, comunidades religiosas, bibliotecas, museos, el sector cultural, deportivo, y los centros escolares. Todos estos distintos componentes aportan al aprendizaje permanente para la salud y la educación de las personas. Pensar la educación en el campo de la salud implica que necesitamos aprovechar el poder de la educación a través de los procesos de educación formal, no formal e informal.

Necesitamos entonces crear las condiciones para el aprendizaje en salud y bienestar a través de todas estas distintas contribuciones.



El aprendizaje permanente para la salud.

Hablamos de aprendizaje más que de educación porque implica comprender el proceso educativo desde el punto de vista de las personas, y no solo desde la perspectiva de diferentes proyectos, programas y políticas. Nos ayuda a darnos cuenta de que lo importante es, a fin de cuentas, lo que aprenden las personas, en realidad.

Qué aprendizajes se obtienen de nuestras iniciativas de educación formal, no formal e informal? ¿Cuál es el contenido de la educación en el campo de la salud que queremos promover?

Cuando hablamos de manera general de lo que es la educación en el campo de la salud, sin duda todos piensan primero en temas como el alcohol, el tabaco, la educación para la sexualidad, la vacunación, la nutrición, etc., lo cual es indispensable, pero no es suficiente.

Como lo sabemos todos, lo que determina el comportamiento en el campo de la salud, está también vinculado a mecanismos de influencia, especialmente por parte de los medios de comunicación, de la publicidad y de la presión de los pares. La educación en el campo de la salud debe además ayudar a las personas a adoptar una postura crítica frente a los modelos. En este momento Barbie está muy de moda, pero ¿qué significa para las mujeres jóvenes? ¿Cómo podrían construir una relación positiva con su propio cuerpo si la referencia son las superestrellas, las reinas de belleza o las 'Barbies'?

Hablar de educación en el campo de la salud, también implica trabajar en cuáles son los determinantes de la salud en el ámbito de la comunidad, no es solo una dimensión individual, implica construir la salud juntos y crear entornos que nos lleven a vivir de manera sana. Y, finalmente, por supuesto, esto está directamente relacionado con la salud de los animales, las plantas y todos los ecosistemas en general. Por lo tanto, la educación, en sí misma, debe tener en cuenta todas estas diversas dimensiones, en especial, en el contexto de grandes transiciones de la actualidad: demográficas, epidemiológicas, tecnológicas y ambientales.

Aprender para la salud y el bienestar implica entonces la literacidad en salud, es decir, capacitar a las personas para acceder, comprender, evaluar y utilizar la información disponible para tomar decisiones, proteger y promover su salud individual y la de su familia, es decir, su círculo cercano. Significa desarrollar competencias relacionadas con la salud personal, conocimiento sobre sí mismo, sobre la capacidad de comprender una situación, los riesgos asociados a determinadas situaciones a lo largo de la vida. Implica la ciudadanía para la salud lo que significa proporcionar a las personas los conocimientos, las habilidades y las capacidades necesarias para participar activamente en las decisiones sobre la salud y el bienestar.

Por lo tanto, nuestra ambición no es solo brindar habilidades técnicas a las personas para acceder al sistema de atención de salud o comprender la publicidad de salud. También se trata de contribuir a la creación de entornos favorables a la salud y al bienestar para todos y a todos los niveles. Significa comprender la relación entre el estilo de vida y la salud. También se trata de elecciones en relación con la salud, lo que implica capacidades de negociación y de rechazo. Todo esto es parte de la dimensión personal de la educación en salud.

También está la dimensión social, vinculada a las habilidades de comunicación, de pensamiento crítico, de distanciamiento de la presión social, especialmente a través de la educación mediática y de la capacidad de identificar y hacer un uso adecuado de los recursos disponibles, del apoyo social y de salud para poder recopilar la información esencial para uno mismo.



Y, finalmente, está la dimensión ambiental de la educación para la salud y la pertenencia, que se representa en el entorno social y en el entorno cultural. Significa la capacidad de comprender el entorno físico, el aire, el agua, la vivienda, el transporte, el uso de la tierra y su interacción con la salud, e identificar el papel de cada individuo en sus grupos para la creación de entornos sanos. Esta educación utiliza enfoques diversos a través de la educación formal, no formal e informal.

Para avanzar, necesitamos comprender que en estos diferentes sectores habrá la necesidad de diferentes tipos de estrategias: estrategias de salud pública dirigidas al sistema escolar, a los medios de comunicación masiva, a las redes sociales o al apoyo a padres que son totalmente diferentes. Necesitamos además tener una comprensión clara de la visión, la misión, la comprensión de las personas a través de otros sectores. Esto es el caso de las escuelas que tienen una gran misión, misiones educativas y también misiones sociales relacionadas con la equidad y la inclusión.

Luego, necesitamos ser capaces de hallar una manera de crear coherencia dentro de los planes de estudio educativos, dentro de las políticas educativas de las escuelas para dotarlas de la capacidad de promover la salud. Esto es posible, y hay muchos datos de investigación que demuestran que, de verdad, funciona. Tanto el enfoque escolar de promoción de la salud, como los diferentes programas educativos, tienen un impacto. Y también es aplicable en edades más avanzadas, en el trabajo, pero también al final de la vida, para las personas mayores. Los datos muestran que hay una correlación entre la educación en el campo de la salud, la literacidad en salud, y muchos y diferentes comportamientos o mecanismos relacionados con la salud. Por ejemplo, este es el caso de la hospitalización de las personas mayores. Cuanto mayor es el nivel de educación en el campo de la salud, menor es la tasa de hospitalizaciones. Las personas con bajas habilidades de literacidad en salud usan más los servicios de atención de emergencia y usan menos los mecanismos de prevención como la mamografía o las vacunas. Por lo tanto, esto significa que, desde el inicio hasta el final de sus vidas, los datos demuestran que la educación en el campo de la salud es realmente eficiente.

En términos del impacto de estos programas en las desigualdades, los datos no son tan sólidos debido a que es mucho más difícil diseñar programas educativos que contribuyan a influir en las desigualdades en la salud. Sin embargo, tenemos buenos datos que muestran que cuando combinamos la educación con las intervenciones ambientales, hay un impacto positivo en las desigualdades. Y esto es una realidad para enfoques universales, pero, sobre todo, para enfoques dirigidos que demuestran que es posible influir en el gradiente de desigualdades.

Para terminar y concluir esta tercera parte, me gustaría enfatizar que la educación y la promoción de la salud no son un costo, sino una inversión, lo que es particularmente importante recordar al diseñar políticas de educación y promoción de la salud.

Promover la educación para la salud y el aprendizaje permanente para la salud a través de políticas y prácticas.

Esto nos lleva a la última parte de esta charla. ¿Cómo podríamos construir políticas de aprendizaje permanente para la salud? Las investigaciones muestran que necesitamos trabajar en cuatro dimensiones clave. La primera de ellas son las políticas. No solo se trata de las políticas y planes educativos, también se trata de la sociedad civil. No tendríamos que olvidar que lo que se enseña en las escuelas, está directamente relacionado con la visión que la sociedad civil tiene de lo que es una buena escuela. No se puede implementar un programa educativo en el campo de la salud sin la movilización de la sociedad civil. Es, especialmente, el caso para la adicción, la vacunación y la sexualidad. Esto significa, por lo tanto, que contribuir a construir políticas relacionadas con la educación para la salud también significa tener programas y estrategias dirigidos a la sociedad civil en su conjunto, con el fin de contribuir a construir la visión y comprensión de los problemas clave que se tienen en cuenta en el proceso educativo.

La segunda dimensión son las estructuras y sistemas, y especialmente, la cuestión de la inclusión, para asegurarnos de que llegamos a todas las personas: las desempleadas, las de extrema pobreza o las que viven en áreas remotas y regiones rurales. Esto requiere de recursos humanos, de desarrollo profesional en los diferentes sectores, en los diferentes campos y, por ejemplo, en los centros de salud comunitarios, en los hospitales y en todos los diferentes centros de atención de salud. Se aplica también a la educación vocacional, a la de adultos, de personas mayores y a las escuelas.

Finalmente, la cuarta dimensión son las prácticas con dos tipos que necesitamos trabajar. Lo primero es la práctica educativa en sí misma, desarrollando habilidades de maestros, desarrollando habilidades de formadores, incluyendo nuestras prácticas de intervención, la forma en que el sector de la salud pública podría ayudar a todos estos centros a desarrollar una educación relevante para la salud.





¿Cómo podríamos mejorar la capacidad de las personas del sector de la salud para apoyar el cambio en las escuelas, para apoyar el cambio en las instituciones de formación profesional, para apoyar el cambio en las redes sociales, todo con el fin de promover la salud de toda la población? Se trata de prácticas y necesitamos trabajar en estas. Por supuesto, el desafío clave de tal política es nuestra capacidad para llegar a toda la población porque cuando los países establecen programas de aprendizaje para la salud, hay un riesgo considerable de que esto solo se dirija a la parte más próspera de la población y no a los más vulnerables y a los menos integrados socialmente. No olvidemos que, la etnia, la migración, el género, la diferencia cultural, la religión, los idiomas, la edad y las discapacidades son fuentes de exclusión. Crear las condiciones para un acceso universal a la educación para la salud no solo significa brindar más a aquellos que tienen las mayores necesidades, sino también crear las condiciones para que todos tengan acceso a la educación en el campo de la salud. Uno de nuestros problemas es que es muy difícil hacerlo visible y comprensible para la población. La educación es un campo complejo y no siempre es fácil hacer comprensible a las personas en la calle, a las personas del común, lo que estamos haciendo.

Es por esto que desarrollamos la idea de construir procesos de aprendizaje en salud, creando coherencia en el proceso educativo con procesos de aprendizaje en salud, visibles y comprensibles. El proceso de aprendizaje en salud apunta a proporcionar toda la educación que las personas necesitan desde el inicio hasta el final de sus vidas. Buscan apoyar a las familias, escuelas, servicios de salud, servicios comunitarios, asociaciones y clubes deportivos en su capacidad para brindar educación para la salud.

Entonces, un proceso de aprendizaje en salud es un mecanismo y un proceso a través del cual las políticas de aprendizaje permanente para la salud se materializan dentro de las comunidades. Consiste en la evaluación de los recursos materiales, financieros y humanos existentes, y en la identificación, movilización y optimización de recursos potenciales para divulgar políticas de aprendizaje permanente para la salud de manera integrada, equitativa e inclusiva a nivel de la comunidad, de la ciudad, de la región o del país.

Se necesita además considerar que la educación para la salud para un sistema educativo es solo una prioridad más entre muchas otras - el desarrollo de la literacidad, los idiomas, las matemáticas, las habilidades numéricas, científicas y artísticas, la dimensión social, histórica, cultural y la educación

ciudadana - todas son igualmente importantes y sabemos que los programas de educación para la salud que se implementan sin considerar su integración en la diversidad del contexto educativo están condenados al fracaso si las estrategias no se basan en una teoría del cambio de las prácticas profesionales, ya que los factores clave no son las características del programa. Se trata, principalmente, de la motivación y de la voluntad del personal escolar, de los profesionales de la salud, al igual que de los activistas, de los sindicalistas y de los legisladores locales; es decir, de todas las personas involucradas a nivel de la comunidad. Esto significa que necesitamos construir enfoques intersectoriales porque parte del proceso educativo está bajo el amparo del Estado, pero otras partes del proceso están bajo el amparo de la comunidad, las familias, las escuelas y los municipios. Así que, para avanzar, primero necesitamos crear las condiciones para el trabajo intersectorial.

Necesitamos crear coherencia y ayudar a las personas del ámbito educativo a construir una identidad profesional que incluya la promoción de la salud y la educación para la salud. Este también es el caso de los profesionales de la salud para los cuales probablemente hay una necesidad de resaltar la importancia de su misión educativa y mostrar cómo pueden apoyar a las escuelas en su misión de promoción de la salud.

Haciendo un paréntesis, quisiera subrayar que precisamente la creación de nuestra Cátedra UNESCO, Educación y Salud y Centro Colaborador de la OMS está vinculada a la necesidad de mejorar la colaboración entre el sector educativo y el sector de la salud. Esto significa, apoyar a las escuelas en sus tareas de promoción de la salud y ofrecer soluciones. También implica apoyar a las asociaciones y clubes deportivos en su rol educativo y resaltar y mejorar la misión educativa de la atención de salud y de los profesionales sociales.

Si existen muchas barreras, existen también muchos medios para derribarlas. Tenemos el ejemplo de las ciudades y de las comunidades. Es ahí donde podemos desarrollar el aprendizaje permanente para la salud, porque es donde viven las personas. Además, los estudios muestran que para las ciudades hay diferentes posicionamientos en relación con el aprendizaje permanente para la salud. En algunos casos, las ciudades son líderes, y es lo que pasa con muchas ciudades colombianas, especialmente Bogotá, que tiene una estrategia muy sólida como ciudad de aprendizaje de la UNESCO.

A esto se le suma el hecho de que las ciudades son socias porque los estados están implementando estrategias educativas y, por lo tanto, las ciudades se vuelven, así, socias o colaboradoras, por ejemplo, al implementar grandes pruebas globales que hacen posible que diferentes personas intervengan en el campo de la educación.

Conclusión: Para concluir, me gustaría resumir y decir que la creación e implementación de políticas sólidas, sostenibles e inclusivas de aprendizaje permanente para la salud requieren una verdadera colaboración intersectorial, la participación de múltiples partes interesadas, un programa de alcance comunitario, la movilización de los recursos financieros, humanos y materiales necesarios, y la utilización de espacios de educación formales, no formales e informales.

Con la voluntad política necesaria y la conciencia y el apoyo públicos, el aprendizaje permanente para la salud puede convertirse en una realidad en todos los países, todas las ciudades y todas las comunidades que tengan pares para fortalecer su resiliencia ante futuras crisis. Pero, por supuesto, lo fundamental es tener en mente que no podemos crear salud sin las personas, ni podemos tomar decisiones para ellas sin incluirlas. Por eso, el aprendizaje es el punto de partida clave.

Finalmente, me gustaría citar a Kierkegaard, quien dijo que, si uno realmente va a tener éxito en guiar a una persona a un lugar específico, primero y, ante todo, debe entender en qué punto se encuentra y comenzar desde allí. Y citar a Paulo Freire que es una de las bases de la promoción de la salud: nadie educa a nadie, nadie tampoco se educa solo, los hombres se educan entre sí, mediatizados por el mundo. No se trata solo de la literacidad en salud, sino también de la ciudadanía para la salud.

**Puede consultar el video de la conferencia inaugural en:**  
**<https://bit.ly/3TfG26Q>**



# Conferencias Centrales

El avance y fortalecimiento de la educación en el campo de la salud pasa por impulsar, ampliar y consolidar su papel en las políticas públicas y en especial, por mejorar las prácticas pedagógicas en los diferentes escenarios o entornos en los que realiza la acción educativa. Ahora bien, tanto las políticas públicas como la práctica pedagógica están orientadas desde perspectivas y propuestas teóricas, políticas y éticas que establecen sus propósitos y direccionan sus didácticas, métodos, contenidos y evaluación. Por esto se hace necesario hacer el análisis de la situación de las políticas públicas, los programas y las prácticas pedagógicas a la luz de dichas orientaciones teóricas, políticas y éticas.

Dado que hay diferentes propuestas y corrientes teórico-pedagógicas, políticas y éticas de la educación en el campo de la salud, con sus convergencias y divergencias que generan acuerdos y desencuentros, e incluso tensiones, el congreso quiso hacer evidente esta condición, de tal manera que se pueda avanzar hacia un abordaje más crítico y responsable, pero también más productivo y pertinente.

Por esta razón, las conferencias centrales se dirigieron a presentar un análisis sobre la situación de la educación en el campo de la salud desde cuatro propuestas, tendencias o corrientes. Una de ellas es la propuesta de educación para la salud desde una visión latinoamericana. Otra es la propuesta de alfabetización en salud con un especial desarrollo en Europa y Estados Unidos. La tercera propuesta corresponde a la denominada educación popular en salud, que recoge los postulados de la educación popular y la lleva al campo de la salud. Finalmente, se presenta un movimiento que se denomina “critical health education,” emergente en el ámbito anglosajón como un campo situado en las intersecciones de la sociología crítica, la educación, los estudios culturales, el deporte y la educación física.

Así, este análisis pasó por abordar la perspectiva teórica y política de cada propuesta o corriente, así como los debates y discusiones que se establecen respecto a los propósitos, sus concepciones y sus resultados. En especial, el significado que tiene la propuesta o corriente para la práctica educativa.

El segundo asunto hizo referencia a la importancia y desarrollo que tiene la corriente o propuesta en el ámbito de las políticas públicas, esto es, la incidencia política. Aquí es importante comprender el aporte que se ha hecho a las políticas públicas en general y no solo a las del sector salud. De igual manera tiene sentido abordar los aportes al desarrollo académico.

El tercer punto que se consideró para el análisis fue la visión que se tiene sobre la situación de la formación del talento humano que realiza la educación en el campo de la salud. Esto incluye la

formación de maestros y otros profesionales que realizan educación en el campo de la salud en otros sectores. Finalmente, se abordaron los desafíos para la educación en el campo de la salud, las proyecciones y alternativas que se vislumbran.

Las siguientes fueron las conferencias presentadas:

- **Educación popular en salud.** Eymard Vasconcelos, Universidad Federal de Paraíba, Brasil. Coordinador de la Red Brasileña de Educación Popular en Salud.
- **La alfabetización en salud como motor educativo del cambio para mejorar la salud y el bienestar** (Health literacy as an educational driver of change for better health and well-being). Kristine Sorensen, presidenta de la Asociación Internacional de Alfabetización en Salud y directora de la Cátedra de Alfabetización en Salud de Europa.
- **Alfabetización para la Salud** Don Nutbeam, profesor de la Universidad de Sidney, Australia y director del Sidney Health Partners.
- **Reimaginar la educación en el campo de la salud: una conversación crítica** (Reimagining health education: A critical conversation). Deana Leahy, Profesora asociada de educación para la salud, Facultad de Educación, Universidad de Monash, Australia.
- **Evolución, perspectivas y contextos de la educación para la salud en América Latina.** Hiram Arroyo, director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud; Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico y coordinador del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.

**Puede consultar el video de las conferencias centrales en:**

**<https://bit.ly/3TfG26Q>**



# Educación popular en salud

## Ponente conferencia:

Eymard Vasconcelos  
Universidad Estatal de Paraíba – Brasil  
24 agosto

Buenos días.

En primer lugar, me gustaría hablar de mi alegría de haber sido invitado para venir aquí a conocer este país maravilloso que es Colombia y conocer tantas personas que luchan por la salud pública. Visité una comuna, una favela y me encantó, me gustó mucho, ver las diferentes maneras como las personas de aquí enfrentan con vigor, solidaridad y alegría las dificultades de la vida y buscan mejorar sus condiciones de salud.

Hablaré sobre educación popular en salud. Este no es un tema que yo apenas estudio; es un tema que yo vivo, porque fue a través de la educación popular que yo, hace 50 años, descubrí el sentido de mi trabajo profesional como médico. Si yo no hubiera conocido lo que es la educación popular, tal vez yo no sería médico; habría dejado el curso de medicina.

Hablaré con respecto a educación popular en salud. Desde el lugar de Brasil. Los caminos de la acción pedagógica guiada por la educación popular, varían según situaciones concretas. Como tengo poco conocimiento sobre la realidad de Colombia, dejo en manos de cada uno de ustedes hacer las adaptaciones necesarias.

Para muchas personas, la educación popular es algo que se lleva ahora para los servicios de salud, para mejorar la asistencia. En Brasil, no fue así. No es una actividad complementaria que hoy queremos fortalecer; ella fue estructurante en la construcción histórica del modelo de salud. Tenemos en Brasil un Sistema Único de Salud (SUS), un sistema nacional que es universal a pesar de tener muchas limitaciones y problemas en su funcionamiento. Pero quiere ser integral. Intenta hacer desde acciones de promoción de la salud en las comunidades hasta derecho de trasplantes de corazón. Contamos con casi 50.000 equipos multidisciplinares, de salud familiar, repartidos en los casi 5.700 municipios. A pesar de toda la presión del modelo biomédico dominante en la cultura profesional, seguimos intentando valorar las acciones de prevención y educación sanitaria en estos equipos, todo es un desafío muy grande. Es importante resaltar que gran parte de ese modelo de asistencia fue construido en las décadas de los 70 y 80 a partir del movimiento de salud comunitaria, en que la educación popular fue muy importante. Vivíamos en tiempos de dictadura militar y muchos profesionales y activistas sociales acudieron a las comunidades para trabajar en la sensibilización ciudadana y en la organización de la población. El trabajo sanitario se ha mostrado muy prometedor para fortalecer la resistencia política de la sociedad a la injusticia y el autoritarismo. Muchas experiencias pioneras de salud comunitaria de esa época, antes del SUS, creado en 1988, fueron incorporadas en el modelo asistencial oficial del SUS. Por ejemplo, los agentes comunitarios de salud, que ustedes aquí llaman promotores de salud, hoy hacen parte de todos los equipos de salud

de Familia. Todos los equipos tienen que tener agentes comunitarios de salud, y quienes pensaron y delinearón esto, fueron las experiencias antes del SUS, orientadas por la educación popular. Los consejos gestores locales de los municipios, consejos participativos donde los líderes comunitarios participan, está en la ley del SUS. Un municipio no puede recibir fondos federales, si no cuenta con estos consejos de gestión participativa y eso vino de esas experiencias anteriores. Es todavía muy común en los servicios de salud la gestión en conjunto. Un día de la semana se juntan a todos los trabajadores del servicio y se hace un círculo y se discuten todas las prioridades, se discuten las experiencias; acciones educativas colectivas son muy comunes allá, y eso también viene de esa tradición.

Acciones conjuntas con la comunidad, principalmente la ampliación de los propósitos de las acciones de salud, es decir, nosotros no queremos únicamente aliviar el sufrimiento, ya también buscamos abordar los problemas de las comunidades locales y fortalecer el protagonismo de los grupos sociales. Eso ya no es verdad para todo el sistema. Pero está un tanto en la cultura de muchos profesionales de salud, la lucha por la justicia, por la construcción de una nación más democrática, a partir del trabajo en salud. Cancelar este trecho: y esto no aparece en todos los servicios. Hay una herencia de esa historia del pasado que es importante dentro del SUS. Cancelar: y hoy el SUS está creado. Lo que notamos es que hay servicios que siguen siendo muy tradicionales, pero cuando llega un educador popular, no implica una actividad complementaria que se crea, él construye o fortalece la participación, y esto reorienta la globalidad de las acciones del servicio. Algunas veces, solo uno o dos profesionales cambian todo el servicio porque ellos construyen mecanismos de participación. Así, las acciones de educación popular no son una actividad más que se implementa en el servicio, sino una actividad que puede reorientar todas las acciones de salud que allí se realizan.

A partir del gobierno Lula, que comenzó, por primera vez, en 2003, la educación popular fue incorporada oficialmente dentro del sistema. Hoy tenemos una política nacional de Educación Popular en el SUS, que fue oficializada en 2013.

La Educación popular en salud se inició una década de 1960 por la aplicación en la lucha por la salud de la pedagogía freire, pero en el sector salud, tenemos problemas propios, fuimos construyendo soluciones metodológicas y prácticas pedagógicas propias. Muchas veces, educadores populares que no son de la salud nos llaman, para hablar de nuestros descubrimientos, porque creen que avanzamos en algunas partes que ellos no. Como lidiar con las emociones es algo que es muy propio del trabajo de salud.

- La educación popular es una teoría pedagógica consolidada. Tiene una lectura propia de la realidad, una intencionalidad política muy explícita, una metodología bien elaborada, conjuntos de prácticas pedagógicas, una epistemología, es decir, una forma adecuada de construir conocimiento, una perspectiva ética diferenciada y un tipo de actitud del educador. Y cada una de esas características se articulan. La intencionalidad política está vinculada a la metodología, las prácticas están interconectadas. Es una teoría pedagógica consolidada, pero yo hoy no voy a abordar esta teoría como un todo. Quien quiera, este es un artículo mío en el que yo intenté resumir esta teoría, está disponible en internet. (La contribución de la Educación Popular a la reorientación de las prácticas y políticas de salud en Brasil) Revista da FAEEBA, p. 89-106 disponible en Internet
- DOI: <https://doi.org/10.21879/faeeba2358-0194.v24.n43>

Voy a centrarme en una dimensión usualmente poco dicha, pero que acredito ser fundamental. Estoy cansado de encontrar educadores con gran conocimiento teórico a respecto de educación popular que tienen prácticas pedagógicas opuestas a la educación popular. Al mismo tiempo, he visto muchos grandes educadores populares que conocen poco de la teoría. Yo estuve ahora en una vereda, aquí cerca, conociendo un trabajo comunitario con varias personas y estuve muy encantado. Ninguno de los promotores de salud habló sobre educación popular, de Paulo Freire, creo que tal vez ellos han leído poco la teoría, pero quedé encantado. Pensé, hago mi reverencia porque aquí son grandes educadores populares. Entonces, en la educación popular, hay algo mucho más importante que su teoría. ¿Qué es? Es sobre eso de lo que me gustaría hablar aquí.

Voy a hablar, aquí a partir de mis aprendizajes como profesor universitario que acompaña estudiantes de extensión que trabajan en comunidades. Ser profesor puede ser una oportunidad muy rica para aprender. Cuando yo era pequeño, adolescente, yo pensaba, la única profesión que no quiero tener es profesor, pero la vida me llevó, sin querer, a ser profesor para poder hacer militancia. Fue el empleo que apareció para poder hacer trabajo comunitario en el nordeste de Brasil, y me volví profesor, y ahora estoy encantado con el trabajo de profesor. Muchos de mis aprendizajes se dieron en la extensión universitaria. Antes, yo era un educador popular, mi preocupación era mi acción en la comunidad. Me interesaban los desafíos para actuar pedagógicamente con los habitantes. Cuando comencé a trabajar con extensión universitaria, quienes actuaban eran los estudiantes. Yo estaba mirando la acción de ellos en la comunidad y discutiendo, pude prestar así más atención a sus acciones y así poder reflexionar más sobre las acciones pedagógicas de los trabajadores de la salud. Creamos un proyecto de extensión muy grande que trabajaba en una comuna de la periferia. Teníamos más de cien estudiantes, y fueron apareciendo muchos otros profesores para ayudar. Yo ya era doctor y participaba del programa de posgrado en educación y muchos profesores, que trabajaron conmigo en ese proyecto de extensión, comenzaron a ser mis estudiantes de maestría y doctorado. Y ellos comenzaron a reflexionar y escribir sobre esas experiencias, entonces, creamos una experiencia, una inteligencia colectiva con los estudiantes para pensar o aprender de las acciones comunitarias de profesionales de la salud y una de las cosas que descubrimos es que, no es necesario estudiar mucho la educación popular antes de ir a la comunidad. Lo que es más importante, es prepararse para un acercamiento a la comunidad que respete y busque comprender los saberes, los valores y las iniciativas de la población. Eso es actitud inicial, es lo fundamental, crear condiciones para un acercamiento intenso de los estudiantes con las familias, los grupos populares. Nuestro trabajo más difícil es lograr que el docente esté articulado en el lugar para poder preparar estas condiciones, para que pueda proporcionar una inmersión en la comunidad, y al mismo tiempo, crear espacios colectivos para que los estudiantes discutan sus perplejidades, sentimientos y desafíos. Es decir, eso fue lo que empezamos a decir lo que es una pedagogía universitaria freudiana. Hoy empezamos a escribir sobre eso, pedagogía universitaria freudiana, porque lo grueso de la educación popular freudiana es sobre la acción con las clases populares. Poco se ha sistematizado teóricamente aún sobre como actuar con los estudiantes, para que aprendan a trabajar desde la perspectiva de la educación popular.

Es gracioso, yo conocí muchos educadores populares que llevan a los estudiantes a la comunidad, pero tienen una relación autoritaria con los estudiantes. “Yo soy el gran entendedor de este trabajo, ustedes hacen lo que yo mando”. Nosotros hacemos lo contrario, incluir a los estudiantes, crear condiciones, y ellos van teniendo dificultades, sintiendo perplejidades, asco, rabia de la comunidad, y nosotros vamos creando espacio para que eso sea discutido, problematizado, con los estudiantes. Así, el gran aprendizaje tiene



lugar en la experiencia de interacción. Muchos de nuestros estudiantes, cuando presenta sus experiencias en congresos, las personas quedan admiradas, las personas dicen ¿dónde aprendieron? Ellos nunca dicen que habían aprendido conmigo, nunca dicen que habían aprendido con los otros profesores, dicen que aprendían con doña María y con sus colegas, en ese proceso de discusión, y yo me siento muy orgulloso por eso.

El encuentro con los habitantes encanta. Nosotros, del área de la salud, nos acercamos a las personas como si fueran un conjunto de órganos. Nosotros estamos entrenados para reducir nuestra visión de lo humano, y cuando ellos hacen esa inmersión en la realidad, ellos comienzan a ver lo humano como un todo, ven mucho sufrimiento. Pero antes que todo, ven una fuerza, una lucha, una creatividad, y empiezan a descubrir la fuerza de lo que es humano, y eso encanta, y esto comienza a crear un encantamiento que genera vínculos afectivos. Después, ese vínculo se transforma en compromiso. Esa es una de las cosas que yo encuentro muy bonitas, que yo vi estudiantes que al inicio del curso no tenían una formación, pero tenían una mirada atenta, vibrante, y creaban muchos vínculos, y yo vi transformaciones en las familias, con las que ellos trabajaban, que yo no lograría, porque yo soy muy cerebritito. Lo sentí mucho en las promotoras de salud, esa manera apasionada, emocionada, y en el nordeste de Brasil, muchos estudiantes son así, y ellos lograban transformar cosas que yo no lograría. Ahí se empieza a descubrir la fuerza sorprendente de acciones de cuidado construidas de un modo procesual, a través del diálogo, y ellos comenzaban a involucrarse en investigaciones. No era porque tuvieran que hacer investigaciones, era porque ellos se quedaban angustiados con los problemas y empezaban a buscar el profesor, la bibliografía, a conversar con el padre, con el pastor de la iglesia y empiezan a leer otras cosas.

Es gracioso, una vez, yo estaba en un congreso de salud pública, un congreso muy grande, 8.000 a 10.000 personas, y había una mesa redonda en que todos los participantes eran doctores, profesores, y un estudiante mío de pregrado, estaba allí; su trabajo había sido seleccionado, y él comandó toda la discusión. La discusión centrada en las cosas que él dijo, y yo lo vi en acción, y me emocioné mucho ese día, porque yo pensaba ¿cómo aprendió tantas cosas? Yo no sé. Él salió a investigar y lo logró. Vi muchos estudiantes tímidos que hoy son grandes líderes nacionales del sistema público, de salud, del Sistema Único de Salud. Comienzan a involucrarse en las luchas de las familias y grupos comunitarios y comienzan a aprender. En un libro que yo escribí (Perplejidad en la universidad, experiencias en cursos de Salud, editorial HUCITEC en São Paulo) junté las declaraciones de estudiantes de todo Brasil, que habían tenido ese tipo de experiencia.

Uno de los textos escrito de un estudiante dice: En mi universidad, todos tienen la manía de "Fodeza , una palabra del argot" No sé si existe esta palabra en español. Fodeza es la característica de persona que quiere ser el bueno, el mejor, es muy competitivo. Para este estudiante, participar en un proyecto de extensión universitaria, permitió aprender el valor de una actitud casi opuesta; aprendió que es cuándo se están juntos, que se construye más, se hace mejor. Entonces, ese es el gran descubrimiento. No soy yo el que enseñó eso. Ellos viven eso. Y ahí, entonces, empieza a ver un nuevo sentido para el trabajo en salud. Ellos viven una experiencia que funda una nueva manera de ver y de lidiar con la realidad del trabajo en salud. Ahí, uno de mis campos de investigación es la espiritualidad en salud. Yo empecé a leer mucho, autores de las ciencias de la religión, y está ese autor, Rudolf Otto, que es uno de los pioneros en la creación del campo de las ciencias de la religión. Él tiene un concepto que yo creo que es muy bueno para comprender lo que los estudiantes viven y que yo viví. Cuando fui estudiante fui a hacer un trabajo de extensión. Lo que

ellos viven no es algo distinto de lo que yo viví. Ellos tienen ese concepto de experiencia de lo numinoso. Hasta Rudolf Otto, las personas estudiaban las religiones de los otros pueblos del Pacífico, de aquí también, describimos las diferencias, las doctrinas, los cultos, cómo se organizan. Ahí, Rudolf Otto dijo, "no están comprendiendo nada". Las formas de celebrar y expresar cada religión, solo pueden entenderse si las vemos como caminos para tener esta experiencia de lo numinoso, que es un elemento central de las diferentes formas de vivir la religiosidad

¿Qué es la experiencia de lo numinoso? Es una experiencia tan tremenda y fascinante que después que se vive, cambia todo. Y hay una poetisa mexicana, Sor Juana, que dice frente a lo que yo viví, Yo me callo. No porque yo no tenga que decir algo sobre eso, sino que todo lo que digo es insuficiente para expresar eso que yo viví. Entonces, esa experiencia de lo numinoso puede ocurrir. Para muchos profesionales que trabajan en el modelo biomédico no ocurre. A mí me gusta mucho una médica americana que se llama Rachel Remen; debe haber una traducción para el español, de su libro Las Historias que sanan Ella trabaja con enfermos graves en los Estados Unidos y ella tiene una frase que dice así: nosotros, profesionales de la salud, estamos en la primera fila del teatro de la vida, pero no todos ven la belleza y la integridad de la presentación. Como los burros que llevan las carrozas. Como se dice aquí, muchos estamos con una visera, no vemos el show completo. La visera no nos permite ver todo el espectáculo de la vida. A mí me gusta mucho Boaventura de Sousa Santos porque él expresa algo, que Paulo Freire ya mencionaba, hablaba del saber proveniente de la experiencia de la amorosidad en las relaciones pedagógicas como generadora de saber y otro tipo de comprensión. Paulo Freire también habló mucho sobre el conocimiento que nace de la experiencia. Algo que Boaventura se refiere cuando él habla de las epistemologías del sur, habla justamente de eso. Boaventura de Sousa Santos, es un sociólogo portugués y yo, tuve la oportunidad de convivir unos días con él. Él contó cómo fue importante para él un periodo que pasó en una comuna de Río de Janeiro, donde vio muchas experiencias orientadas por la educación popular. Entonces, fue ahí donde se abrió a ese modo de conocer la realidad que él vio, que estaba en el hemisferio sur, en varios lugares del mundo. Entonces, él habló de epistemologías del sur... Él habla también de Ecología de saberes. Para la ecología de saberes no se puede considerar como legítimo apenas o saber académico. Hay otros tipos de saberes válidos, como aquellos, fruto de experiencia. Para la ciencia occidental es solo válidas las investigaciones bien estructuradas, controlables, organizadas lógicamente, como ladrillo por ladrillo en el conocimiento de una construcción lógica. Ahí él habla de la importancia de otros tipos de saberes. A mí me gusta mucho Jung, Carl Jung. Él habla de que la elaboración humana pasa por la intuición, la sensibilidad, la emoción, más allá de la razón. Así, para la ecología del conocimiento también es importante considerar saberes provenientes del jugar, del amar, de luchar, hacer poesía, estudiar, conocimientos sistematizados y de la espiritualidad.

Son formas de conocer, la epistemología del sur mezcla todo. Es un saber mojado, empapado de emoción y Boaventura llama la atención sobre algo que se llama, el desperdicio de la experiencia en el modelo de la experiencia de la epistemología del Norte, en que la experiencia personal que es saber que viene de la experiencia, no tiene validez. De ahí llegamos que la vida extrapola cualquier teoría o conocimiento sistematizado, los estudiantes, cuando se insertan intensamente y reflexionados en la realidad, se dan cuenta del valor y relevancia de conocimientos que no están en las disciplinas y libros que estudian. Y el conocimiento que llegan a valorar, está lleno de significado y motivación para sus vidas.

Los estudiantes en la facultad, son entrenados para ser operadores, implementadores de técnicas y conocimientos que están en los mejores manuales científicos. La valorización de la ecología del

conocimiento y por ende, de los conocimientos surgidos de experiencias y reflexiones colectivas, hace que los estudiantes comiencen a sentirse protagonistas en la construcción de conocimientos a partir de sus propias experiencias y reflexiones, y no solo, operadores de conocimientos producidos en grandes centros de conocimiento. Yo sentía que muchos, no todos los estudiantes, pero justamente los que hacen esta inmersión, empiezan a ser filósofos de la vida, a pensar la vida, y se transforman en ese proceso. El trabajo en salud es algo riquísimo en términos de criar posibilidades y suscitar reflexiones para pensar la vida como un todo. El profesional de salud que tenga esa apertura tiene una oportunidad de crecer espiritualmente mucho. La mente y el corazón aprenden en esas experiencias de inmersión en la realidad social y sanitaria, comienzan a aprender los sorprendentes y diferentes contextos familiares y comunitarios que marcan la vida de las personas y grupos. Pero para que esto avance es necesario crear espacios de discusión colectiva, de perplejidades, aprendizajes y estudios. Esta es una cosa que Paulo Freire hablaba mucho. Hay una búsqueda de ser más en todas las personas, aún en ese alcohólico que está allá, que parece que ya desistió de la vida. Si usted se acerca a él de una manera diferente, usted siente que hay una angustia de ser más y en esa búsqueda de ser más, se construyen iniciativas creativas que debemos valorar.

En la educación popular, a diferencia de otras propuestas de educación para la salud, las injusticias, la opresión y la marginación presentes en la vida social, son bienvenidas y valoradas, como elementos centrales de la realidad en la que queremos actuar pedagógicamente. En todas otras se hablan de las condiciones sociales, pero ese es un detalle. Cuando usted hace este tipo de inmersiones, puede ver que esto es central, estas opresiones y la marginalidad cambia todas las maneras de las personas frente a la lucha por su salud. No es un discurso político que el profesor le lleva a los estudiantes, más algo que emerge de forma deslumbrante en esta atenta inmersión en la realidad social y sanitaria. Es algo que la educación popular, acoge y valora en los procesos de diálogo que se están estableciendo.

Otra cosa que estas experiencias de inmersión en la realidad sanitaria de comunidades, es que nosotros enfrentamos situaciones muy difíciles, situaciones que no están en los manuales de la medicina, de la nutrición, de la odontología. Problemas profundos demasiado para ser curado y tratado con las rutinas terapéuticas consolidadas. Pero tenemos mucho con qué contribuir con acciones de cuidado construídas a través del diálogo. Y ahí yo traigo, presento la pedagogía de la mochila. Quien habló inicialmente fue Víctor Valla, un americano, un estadounidense que murió en Brasil, que ya falleció. Él decía así: nosotros, profesionales de salud, tenemos saberes que la población valora mucho, pero cuando se hace una inmersión en la comunidad, no se sabe qué tipo de saber es necesario y ni siquiera como van a contribuir concretamente en soluciones de construcción y usted cree que es muy bien recibido porque ellos piensan que usted tiene ese saber. Si usted abre y derrama toda su mochila, ellos se ríen porque gran parte de sus saberes no tienen que ver con las circunstancias que ellos están viviendo. Otras veces, esta grande cantidad de conocimiento derramado genera silencio, porque aunque no lo entiendan bien, piensan que tú eres médico y que tus conocimientos no sirven de nada. Así, que con mucho cuidado sacas de tu mochila los conocimientos que crees adecuados para esa situación, puede ocurrir que acaben incluso riéndose. "Doctor, usted no tiene nada que ver con nosotros". Tú, respetando este rechazo y esforzándote por conocer sus motivos, eliges nuevos conocimientos de tu mochila. En este momento los educandos dicen: esta pequeña parte de este conocimiento, que ahora nos trae, es útil. Guiado por esta aceptación, eliges un nuevo conocimiento de tu bolso que se correlaciona con ese. En este juego de pruebas y diálogo se construyen nuevas soluciones con integración de saberes populares y científicos. Usted tiene una

mochila que es muy importante, pero es el diálogo es lo que usted descubre qué necesita esa pedagogía de la mochila, que nos da Víctor Valla.

La otra cosa que los estudiantes pueden descubrir es la fuerza de actuar y pensar colectivamente. Ahí, el trabajo en salud gana una dimensión sorprendente cuando incluye sus luchas y la búsqueda de la felicidad y de valorar, el protagonismo comunitario. Quien ya lo vivió lo sabe. Muchos estudiantes van a la comunidad con mucha buena voluntad, llenos de amor para dar, pero ellos se sienten como si fueran los salvadores. Ahí ellos reciben un golpe, les da una crisis. Sus propuestas salvadoras y autoritarias entonces son desconsideradas. Pero bueno, después ellos van descubriendo que hay algo nuevo, construido, que hay algo sorprendente que nadie imaginaba antes; Comienzan a darse cuenta de que sus acciones al servicio de esa búsqueda de ser más que existe allí, comienzan a surgir soluciones dialogadas sorprendentes. Con ese protagonismo comunitario, empezamos a pensar la salud de una manera completamente diferente. Empezamos a vislumbrar la posibilidad de otra organización de la sociedad en que los marginalizados participen de manera activa. Eso no es algo que tenga ver con que yo soy socialista o soy esto, no. Lo descubrimos porque eso acontece y eso encanta, vemos cómo esto aparece. Entonces empezamos a pensar si podemos contribuir. Empezamos a ver esa riqueza que las clases populares latinoamericanas tienen, con su alegría, emoción y creatividad, tienen mucho con que contribuir.

Pero nosotros, los sanitaristas, nos creemos muy vanguardistas, creemos demasiado en nuestros conocimientos, en nuestras teorías. Es muy difícil para los sanitaristas hacer esto, porque ellos estudian grandes teóricos y creen demasiado en que los grandes teóricos son muy importantes. Llevan su mochila de conocimientos y teorías al frente y no atrás.

Entonces, la educación popular no consiste en proclamar la importancia del diálogo y de la búsqueda de la justicia social en los procesos educativos, el diálogo es difícil, muchas veces parece imposible, porque el poder del doctor calla a voz dos educandos. Yo llevo y las personas callan. Muchas veces encontramos muchas violencias, groserías, pero muchas veces, las personas que tienen experiencia saben que es una violencia defensiva que, si usted la rodea, encuentra una dulzura, a veces hasta con líderes del narcotráfico. Nosotros tuvimos muchas experiencias de estudiantes que no sabían que estaban tratando con líderes del narcotráfico y quedaban encantados con las familias de los líderes.

Entonces, la educación popular no es solo anunciar la importancia del diálogo, más antes que todo es un saber acumulado por 60 años para enfrentar las barreras del diálogo. Es un saber que emerge y se profundiza cuando formamos grupos para discutir desafíos. Nadie hace educación popular solo. Es necesario, crear grupos porque es de esos grupos que saldrán los saberes de experiencias significativas anteriores. El educador popular tiene fe en dialogar, aún cuando parece imposible, él insiste. Hablar de fe en la academia, eso parece muy raro, pero no soy yo quien lo dice. Paulo Freire menciona: "No hay una búsqueda de diálogo si no hay una intensa fe en los hombres y fe en su poder de hacer y rehacer, de crear y recrear. La fe en los hombres es un dato a priori en el diálogo porque encontramos situaciones en que parece que no hay cómo dialogar. Solo quien tiene fe en el hombre insiste".



También es un diálogo que no puede ser apenas cognitivo. Ahí, yo traigo de nuevo a Paulo Freire de mi tesis de doctorado. Yo sentía que tenía que hablar sobre el amor, pero no podía hablar sobre el amor, porque el amor no es aceptado académicamente, sobre todo en una Facultad de Medicina. Cité entonces a Paulo Freire: "no hay diálogo si no hay un profundo amor al mundo y a los hombres. No es posible

la expresión del mundo, que es un acto de creación y recreación, si no hay un amor que lo infunda". El fundamento del diálogo es el amor, que es también diálogo. Paulo Freire dice: "la amorosidad anima y genera comprensión, comunica y cuida". ¿Cómo es que eso que en la cultura popular latinoamericana es importante, y esa amorosidad, no entra en el corazón de las personas? Entonces, a mí me gusta mucho eso de Jung. Yo luego me torné muy jungiano. Tiene una frase que dice en su libro: "yo solo curo cuando estoy herido". Él trabajaba con pacientes psiquiátricos y sentía que cuando tenía un encuentro con el paciente y había algo que lo afectaba, que afectaba su alma, aparecían gestos y palabras fuera de su control. Esos gestos y palabras fuera de su control que vienen del fondo del corazón es una fuerza terapéutica muy grande y nosotros, profesionales de salud, podemos abrirnos hacia eso, contra el modelo de no usar la emoción en el trabajo en salud. No es cualquier emoción, tenemos que entrenar la emoción.

Esa innovación epistémica de la educación popular crea incompreensión y desvalorización en el medio académico y entre muchos sanitaristas. No es una pedagogía que se enseña solo por estudios académicos. Es importante, estudiarla después que usted hace una inmersión en esas experiencias que trazan este tipo cuestiones y enseñanzas, va y estudia posteriormente la teoría. En los artículos académicos no caben ese saber que viene del corazón. Es en los libros donde se puede plasmar el intercambio de experiencias, lo que más toca a las personas. Esto parece muy complicado, pero no lo es. Brota y crece del corazón de los profesionales de salud y educadores que se vinculan y algo que brota y que se siente con fuerza. Podemos tener dificultades de expresar estos textos académicos, más podemos sentir cuando nos insertamos en las prácticas con mucho compromiso y aprecio por los dichos de los estudiantes. Yo lo vi ocurriendo, con los promotores de salud de aquí de Colombia, parece difícil y confuso, pero no lo es. Es mucho y es muy fuerte en la experiencia de salud. Ahora hay muchas dificultades, para este tipo de educación se generaliza en todo o sistema de salud porque un discurso científico, que desvaloriza la emoción, las experiencias y la construcción conjunta de conocimientos en comunidades, son muy fuertes en la cultura profesional.

La educación popular supone una elección personal difícil que no puede ser exigida o entrenada, es una elección contraria a la cultura del individualismo consumista dominante, exige coraje para enfrentar el modelo de gestión que está basado en el cobro sobre metas cuantitativas. Además, los servicios ya están sobrecargados con demandas demasiado altas para ellos; estructura limitada. Entonces, frente a todo esto y a tantas dificultades, ¿vamos a hacer solo lo básico, apenas la rutina? Muchos se preguntan si la búsqueda de una integralidad del cuidado en las políticas de salud es una utopía sin base en la realidad, pero yo digo que lo grandioso es aquello que moviliza. Las personas no paran de fumar para tener apenas tres años de vida más, paran de fumar cuando se dan cuenta que el humo va a arruinar la vida de su familia que aman. Los profesionales de salud se dedican cuando ven que su trabajo no es solo para ganar dinero, sino para resolver una cosa y otra. O para hacer felices a tus jefes. Cuando aportamos grandes motivaciones al trabajo sanitario se genera otro tipo de esfuerzo. Los proyectos grandiosos movilizan, generan apoyo de más personas y provocan un tipo de trabajo profesional que, por amar, transforma y deleita mucho más.

El grandioso parece algo muy difícil, algo que no se movilizará de manera amplia y sostenida en el tiempo, pero en mis 50 años de vida profesional, he sido testigo del surgimiento de este encantamiento, con la grandeza del trabajo de salud en cada una de las nuevas generaciones de jóvenes que he visto surgir en la historia. Además, he sido testigo de la fuerza irradiante de estas experiencias llenas de



entusiasmo por parte de estudiantes y jóvenes profesionales, es impresionante como, esas experiencias locales se convierten en referencia para las políticas nacionales. Es la fuerza de las minorías, las personas que tienen esos ideales, esa utopía, no son la mayoría en esta sociedad consumista. Pero ellas actúan, hacen articulaciones que transforman todo. Yo he visto mucha fuerza de las minorías. ¿Ah, pero y si yo soy minoría? Eso no es problema, tantas veces yo fui minoría y después mi minoría hizo tantas transformaciones en mi Brasil. Ustedes deben haber sentido eso aquí también.

Quiénes van a Brasil, quiénes van a ver los congresos de salud pública, 8.000, 9.000 personas que pagan alrededor de \$600.000 pesos colombianos para poder participar es porque las personas están encantadas y se movilizan. Cuando se va a un congreso se siente esa fuerza.

Para terminar, les quería dejar esta invitación: aquí, tenemos decenas de libros, publicaciones, vivencias sobre educación popular en salud que están disponibles, ustedes pueden tener acceso a esta. Hoy vamos a tener una reunión en el salón 228. Los invito, porque tenemos que unirnos, los apasionados por la construcción de una salud integral y participativa. Nos tenemos que organizar para intercambiar saberes y actuar políticamente juntos. No es solo la población la que tiene que organizarse, nosotros tenemos que organizarnos. Nuestra fuerza depende de nuestra organización. Muchas gracias.

# Alfabetización en salud como motor educativo del cambio para mejorar la salud y el bienestar

## Ponente conferencia:

Kristine Sorensen – Dinamarca

Presidenta de la Asociación Internacional de Alfabetización en Salud y directora de la Cátedra de Alfabetización en Salud de Europa

24 de agosto

Buenos días, Me llamo Kristine, espero que estén disfrutando del congreso, como saben, voy a estar hablando en inglés, y nuestra traductora nos va a ayudar a traducirlo al español.

Quizás le pueden decir hola a la persona que está al lado si no la conocen. Y recuerden que esto se trata de hacer networking, de hacer contactos, porque esto es maravilloso. Recuerden que en la pandemia no podíamos hacer esto. Muy bien, Yo soy miembro de la Asociación Internacional de Alfabetización en Salud y quiero compartir con ustedes.

Este es un momento muy especial para mí, porque hace 30 años yo estaba trabajando en la season scouts, centro internacional en Londres, y en Londres conocí una pareja maravillosa de Colombia, y ellos escucharon que yo me iba para México a trabajar a otro centro mundial de las Scouts, y ellos me dijeron por qué no vas y nos visitas Colombia. Y en ese momento, eso fue antes de que existiera el internet, así que nos escribíamos cartas, y yo tenía muchas ganas de ir a Colombia después de mi visita a México, pero lo que sucedió es que cuando llegué a México y llevaba 4 meses, me aceptaron en la universidad para estudiar medicina. Así que tenía que elegir, ¿me pongo a viajar o regreso a la universidad? Así que tuve que regresar a Dinamarca a cancelar mi viaje a Colombia. Pero ese sueño se quedó conmigo, perdí contacto con estas personas. Pero el sueño se quedó, y ahora estoy aquí. Así que muchísimas gracias por esta invitación tan especial, porque esto es algo que he querido hacer por muchos años. He disfrutado mucho la hospitalidad y los nuevos amigos que he conocido acá.

Yo estudié medicina, pero en un punto me pasé a la salud pública. Nunca me gradué como médica porque mi interés era ver cómo la gente desarrolla su potencial máximo. ¿Cómo viven una vida saludable? Y este no es el enfoque de la medicina, como ustedes lo saben. La medicina se trata del tratamiento, de la cura, del cuidado. Así que cuando empecé una educación en Dinamarca, pasé de medicina a salud pública, y luego me involucré mucho con todo este tema y empecé a trabajar con la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea y otras universidades, y eventualmente me especialicé en alfabetización en salud, y así es como hice mi PHD. Y ahora viajo por todo el mundo y le ayudo a los líderes a mejorar la alfabetización en salud.

Hoy sabemos que el tema es la educación y la salud, y mientras estaba presentando me di cuenta de que mi tatarabuelo, que vemos aquí en la derecha, era profesor, y su esposa, la que vemos abajo y su nombre, como lo pueden ver acá en esta tumba, también era Kristina Sorensen. Y ese es mi nombre, a mí me pusieron así por ellos. Y ellos vivieron en un pueblo pequeño en la parte norte de Dinamarca. Aquí se puede ver incluso

la iglesia detrás de este cementerio. Y aunque ya las tumbas no están allí, fueron muy importantes en este pequeño pueblo. Y aquí se pueden ver mi nombre. Nacieron en 1885 y 1889, y ella murió en 1977. Yo tenía como unos 4 años cuando la vi la última vez. Así que enseñar corre en las venas, y por eso yo ahora enseño por todo el mundo.

La semana pasada estuve en Holanda enseñando en la Universidad de Maastricht. Esta es una clase de estudiantes internacionales, recibieron una beca y fueron a Holanda, y allí hay diferentes carreras, y ellos me pidieron a mí que les enseñara sobre el desarrollo personal y profesional como parte de su programa. Y obviamente yo incluí también la alfabetización en salud. Y todos los años me da la oportunidad de conocer jóvenes de todo el mundo, los ayudo a integrarse en la cultura danesa. Yo viví en Holanda 10 años, pero también aprendo mucho de ellos. Y esto me da la oportunidad de tratar de promover la salud y el bienestar donde viven las personas. Y también aprendo de los estudiantes que no siempre es el caso, que el mundo sea lindo, muy a menudo crecen en la pobreza y se enfrentan a varias dificultades y desastres. Así que hablamos y vemos cómo podemos educar a las personas, a pesar de estas circunstancias, para que eventualmente puedan desarrollar todo su potencial y florecer. Todos los años, al finalizar el curso, como parte de la evaluación, le ido a cada estudiante, que, en una palabra, me diga qué es lo que se le ocurre cuando piensa en educación. A veces dicen agradecimiento, inspiración, pero este año tuve un momento muy especial donde un estudiante de Ucrania dijo "vida", esto me recordó que se trata de darles las habilidades a las personas para que no solamente puedan sobrevivir, sino que puedan vivir, y eso es algo muy importante cuando hablamos de educación y salud.

Ahora, ¿por qué la alfabetización en salud es importante? Les voy a contar algo del trabajo que he hecho en los últimos años, primero, para mí la alfabetización en salud es el resultado de la educación en salud. Así que la educación en salud son las experiencias de aprendizaje que haces de manera formal o informal, esto le da forma al conocimiento, a las habilidades, y eventualmente terminamos teniendo esta alfabetización en salud.

La alfabetización en salud es la capacidad de actuar, de tomar decisiones informadas en todo aquello que pueda ayudarnos a promover la salud y el bienestar. Para mí, la literatura en salud también se desarrolla en el curso de la vida, ustedes saben, nosotros nacemos; esto empieza antes de que nazcamos, con la salud materna, las condiciones de vida de los padres; y luego aprendemos a cepillarnos los dientes, luego vamos al colegio y tratamos de evitar los factores de riesgo; y tratamos también de tener una vida que no sea muy estresante cuando seamos adultos, también se trata de salvar vidas.

Así que, si sabemos de la salud y del bienestar, sabemos que tenemos que cuidarnos, cuidar las comunidades, a las familias; y eso también nos ayuda a evitar que las personas se pierdan. Esto, ¿qué quiere decir? Sabemos que los sistemas de las sociedades son muy complejos, especialmente si ustedes van a otro país. Hay que aprender sobre los diferentes sistemas, pero aun para las personas que viven en el país, puede ser difícil poder encontrar una cita o encontrar información sobre el bienestar en los sitios web. Por lo que, tener una mejor alfabetización en salud puede ayudarnos mucho; y también resalta que no existe una talla única o algo que nos sirva a todos.

Todos tenemos preferencias, exigencias diferentes; y a veces tendemos a desarrollar sistemas de una sola manera, pero somos muy diferentes, y debemos respetar y tener en cuenta las perspectivas personales,



también las de la sociedad; esto nos ayuda a construir confianza. Así que, si tú confías en tu conocimiento y en tus habilidades; y que la familia está bien y que los sistemas están allí para ayudarte, vas a recibir la ayuda que necesitas; y también su ayuda en términos de tu actitud. Porque, si tienes las competencias, entonces puedes responder más rápidamente e inscribirte en los programas adecuados, recibir un mejor tratamiento, vivir en un mejor barrio, asistir a un mejor colegio, etcétera.

La alfabetización en salud tiene dos componentes: la salud y la alfabetización, o el conocimiento; y cuando yo hablo de la salud, me gusta hablar de todas las dimensiones, físicas, sociales, mentales, emocionales, espiritual, sexual, financiera, digital y quizás hay muchas más; tenemos que tener alfabetización en salud en la parte digital, financiera, física, mental, etcétera. La alfabetización se aplica a un amplio rango de áreas de la salud; hablamos de la protección, si de pronto hay un temblor, sabemos dónde protegernos, dónde escondernos; si te da COVID, sabes dónde recibir un tratamiento; si tienes otra enfermedad como la diabetes, ¿a dónde vas? Cómo te cercioras de que recibas el tratamiento correcto, en la parte de prevención, en los programas de evaluación, promover la salud, y también las perspectivas más amplias del bienestar; y para la parte de la alfabetización, queremos cerciorarnos de que ayudemos a las personas no solamente a estar informadas y a tener conocimiento; sino a tener el conocimiento correcto, a que sean competentes para actuar y eventualmente desarrollen el dominio y la experticia o experiencia. A veces, la gente tiene problemas de salud y son expertos en esa área. Porque viven con esa enfermedad 24/7; y eso no se nos puede olvidar. Esto hace parte de la vida de las personas. Cuando diseñamos sistemas, tenemos que cerciorarnos de que también respetemos la forma en que las competencias de las personas juegan un rol en sus propias vidas.

Considerando toda esta introducción, les puedo dar la definición de alfabetización en salud que hemos desarrollado con nuestros colegas, de diferentes campos de la salud. Eso está ligado a la alfabetización, tiene que ver con el conocimiento, la motivación y las competencias para tener acceso, entender, evaluar y aplicar la información en la vida diaria; para poder formar criterios, tomar decisiones con respecto a la salud, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud; para mantener la calidad de vida durante el resto de la vida. Así que se trata de la vida diaria; la salud no es un fin por sí mismo, se trata de buscar la calidad de vida; y cuando hablamos de calidad de vida, la gente puede que tenga diferentes opiniones, diferentes perspectivas, creencias; y esas creencias no siempre son consistentes con lo que nosotros pensamos como profesionales de la salud; pero si podemos encontrar y entender y utilizar esta información, podemos tomar una decisión informada.

Lo que también hicimos con el trabajo de nuestros colegas fue construir un modelo con base en la investigación. Acá podemos ver en la mitad, se trata de encontrar, utilizar la información, las áreas de salud, la promoción en salud a nivel individual, a nivel de la población; durante la vida de las personas. Pero también, es importante saber que esto está influenciado por los determinantes personales: la edad, la educación, la religión, la etnia; también el barrio donde vivimos, el colegio al que vamos o la universidad a la que vamos; y también la parte de los determinantes de la sociedad; por ejemplo, en qué país vives. Llevo aquí unos muy pocos días, pero he podido ver muchas diferencias entre Colombia y Dinamarca; y podemos aprender muchísimo de ustedes. Así que esto me lo voy a llevar y me encantaría tener una facultad de salud pública; eso no lo tenemos, eso lo aprendí de ustedes. Pero, ¿qué tipo de consecuencias tiene esto? Tiene un impacto en los servicios de salud. ¿Qué tan a menudo va la gente a estos servicios? También el comportamiento ¿Cómo participamos con la comunidad?, también la parte de la sostenibilidad. Acá se puede ver, que esto es específico de acuerdo con el contenido y el contexto. Cuando hablamos de servicios de salud o atención en salud, cuando hablamos de la prevención de las

enfermedades, también de promoción de la salud, podemos entender el significado, podemos evaluar, y eventualmente tomar decisiones. Así que no hay una sola respuesta; siempre va a depender del contenido y del contexto. Y quiero compartirles una pequeña campaña de Australia; me gusta muchísimo. Yo ya les mostré, la definición, los modelos, todo el trabajo académico, pero básicamente la alfabetización en salud, se trata de cómo lidiamos con la información en salud, cómo abordamos los problemas de salud, cómo nos comportamos con los demás, cómo tomamos acción y eventualmente cómo nos sentimos bien. En Australia también están informados, por Martha Nusssbaum, ella también hizo una conferencia en línea ayer, y estas son. Este es el enfoque de la alfabetización en salud; tenemos la parte de la alfabetización en salud funcional, también la alfabetización en salud interactiva; se trata de cómo participamos con el sistema de salud o con la comunidad, también la alfabetización de la salud crítica, esta última tiene que ver con la toma de decisiones conscientes, eventualmente vamos a tener a personas que más conscientes de su salud. Lo que nos recuerda que la alfabetización en salud tiene dos componentes: el individuo o la persona, y también la perspectiva social. Nuevamente, esta es la campaña australiana que trata de cómo diseñamos la información. Esto lo vimos en la pandemia; hubo mucha falta de información o información errada por parte del sector salud, a veces no nos comunicamos lo suficientemente bien. A veces no, el acceso a los servicios de salud es difícil, a veces los procesos y las políticas no están en orden.

Los autores de Estados Unidos, Parker y Ratzan, proponen de una manera muy simple con esta ilustración; hacer la pareja perfecta, a veces nos sucede cuando tenemos las habilidades de las personas y se deben aplicar a las complejidades del sistema. Bien, yo ya les mencioné algo de los retos. ¿Por qué estamos aquí? Todo suena muy bonito y tiene mucho sentido hasta que llegamos a los retos o las dificultades. Cuando hicimos una investigación en Europa, nos sorprendimos porque medimos la alfabetización en salud en 17 países; no voy a contarles los detalles, pero ustedes pueden ver aquí los colores. La mitad son verdes y la mitad son rojos; esto significa, que casi la mitad de la población no tiene las habilidades que queremos que tengan para poder gestionar su propia salud. La razón es que todo está ligado también a ser pobres, a tener una salud deficiente, una educación deficiente y una alfabetización en salud que también es deficiente. Si usted está en riesgo, es porque probablemente usa mucho los servicios en salud o vienen de una etnia o de una minoría.

Nosotros creemos que tenemos buenos sistemas de salud en Europa, tenemos buenos sistemas de educación y buenos mecanismos para ayudarle a las personas. Pero, aparentemente, todavía nos falta mucho, nos hemos dado cuenta de los estudios económicos; que este es un gran negocio. La alfabetización en salud, se dice que entre el 10% y el 20% de los presupuestos de salud se pudieron haber gastado en otra cosa. Así que no se encuentra aquí como este match o esta pareja perfecta, y aquí nos dice, que hay un millón de visitas innecesarias que cuestan mil millones de dólares. Así que, si ustedes escuchan a alguien diciendo que la alfabetización en salud es un reto individual, pueden decirles, no. Este es un gran negocio, esta es la forma en la que gastamos nuestro dinero, y se puede hacer de manera diferente, obviamente, hay un impacto en la vida de las personas, si no hay acceso a los servicios de salud, si no entienden lo que queremos que hagan en nuestros programas educativos. Esta es una epidemia silenciosa, porque no es algo de lo que se habla y sentimos mucha vergüenza. La gente puede sentirse avergonzada porque no entiende y porque no pregunta, pero como profesionales, también nos avergüenza que no seamos lo suficientemente buenos para comunicarnos con las personas y a las personas que atendemos. Y también sabemos que tenemos una gran brecha de determinantes sociales y de iniquidad. Así que es tiempo de cubrir esa brecha, y aquí les voy a mostrar cómo podemos hacerlo.

Para mí, la salud, primero que todo es una decisión política. Sabemos, por algunos de los estudios que yo también hice con la Organización Mundial de la Salud, que la alfabetización en salud acelera el desarrollo sostenible. Todos estos ODESES, aquí, sabemos que la alfabetización en salud es un factor directo o indirecto que puede mejorar su situación. También sabemos que puede ayudar a proteger la salud de las personas en el planeta. Y puede que ustedes conozcan al profesor Raworth, de los Estados Unidos; el modelo de la dona está desarrollado para el cambio climático, pero aquí pueden ver que la salud está aquí, la educación está aquí, el círculo interior es la base o los fundamentos básicos, la salud, tener un trabajo, el agua, tener un ingreso, tener voz. La parte de los problemas de género aquí es donde estamos sobre gastando recursos y nos explica que esto tiene un impacto en los diferentes aspectos del clima. Pero mi mensaje para ustedes: es que yo realmente creo que si ponemos la salud en lugar del clima sería lo mismo, y estamos tratando de no gastar en exceso el dinero, o utilizarlo de manera inadecuada para que esto nos pueda ayudar a guiarnos en nuestras prioridades.

Y ahora, ¿qué podemos hacer al respecto?, primero que todo, para mí se trata de cubrir las necesidades de las personas, muy a menudo vemos que con nuestras mejores intenciones le damos a las personas una bicicleta, pero les damos la misma bicicleta a todos, y esto no los ayuda. Lo que sí podemos hacer es, si diseñamos la ayuda de tal forma, que pueda cubrir las necesidades o satisfacer las necesidades de las personas, y también enseñarles a montarse en la bicicleta y a utilizarla. Y aquí es donde la prevención de enfermedades y la promoción de la salud nos puede ayudar muchísimo. También podemos pasar de la perspectiva personal, a la perspectiva ambiental y organizacional. Este modelo se llama los 10 atributos de la alfabetización en salud. Puede ser un hospital, puede ser una compañía, puede ser una universidad, puede ser el gobierno, una entidad gubernamental, y lo que hacen acá es resaltar 10 aspectos donde se debe invertir, por ejemplo, en el ingreso de la fuerza laboral y cumplir con las necesidades o satisfacer las necesidades. Hay un manual completo que se puede utilizar para esto, y esto quita el enfoque de las personas a la forma en la que actuamos con las personas.

En alguno de mis trabajos con la OMS, tratamos de mover más estos límites, pasar de lo personal a lo organizacional y luego a nivel de sistema, porque aquí podemos ver que es un tema intersectorial, también es un tema interdisciplinario, hay muchos actores involucrados en la alfabetización en salud. Tenemos la fuerza laboral, la colaboración intersectorial, pero también tenemos la parte de la política. Esto está centrado en las personas, tenemos el liderazgo, la financiación para las inversiones, la tecnología para poder crear la alfabetización en salud para todos. Ese es el siguiente paso para mí, y realmente, queremos aumentar la acción política.

Este ejemplo es de Escocia, me gusta muchísimo porque es una manera muy sencilla de mostrarlo, es muy colorido, esto se llama hacerlo más fácil. Este es el segundo plan de acción, ¿saben cuál era el primero?, ¿Cómo se llamaba el primero?, se llamaba facilitándolo y el segundo se llama, haciéndolo más fácil. No solamente Escocia, sino también Portugal, tienen un plan de acción, Noruega también lo tiene. Yo ya supe también que Australia está creando sus estrategias de alfabetización en salud, hay otros países que están tratando de tener un enfoque mucho más integral, y esperemos que Colombia algún día lo tenga también. Algo del trabajo que he estado haciendo también fue con el Consejo Europeo, pero no es la Unión Europea, es otra entidad gubernamental que tiene casi 50 estados miembros, y ellos quieren ayudar a desarrollar un enfoque hacia la alfabetización en salud. Quieren cerciorarse de que todos tengan acceso a la salud,

y ellos adoptaron un enfoque basado en los derechos. Así que los invito a que bajen esta guía porque les puede ayudar muchísimo con esa perspectiva para poder superar la injusticia en el campo de la salud. Ya les mencioné que tuvimos como, un llamado de alerta fue un campanazo, y también los invito a que aquí en América Latina monitoreen la alfabetización en salud de la población. Hay varias herramientas para medirla y con la OMS queremos que haya un estudio o una encuesta global. Pero si ustedes tienen las estadísticas, esta es una herramienta muy conveniente para que los políticos tomen acción, y también es una motivación para que los investigadores continúen mejorando sus investigaciones y también le ayuda a cualquier persona para poder desarrollar programas educativos y para empoderar a las personas.

Deberíamos empezar temprano, con los niños, o incluso con los padres y madres. Y algo del trabajo que hemos estado haciendo con colegas en Alemania, pero también a nivel global, es esta publicación. Se puede bajar, la pueden descargar, cuando hablamos de estos colegios que promueven la salud, y tenemos programas para los niños y para los adolescentes, y también lo podemos hacer en las universidades. Y luego es importante tener en cuenta la alfabetización en salud, la alfabetización en salud de manera digital. Ustedes van a escuchar a unas personas diciendo que eso es lo peor que ha sucedido, pero yo creo que, para mí, es un balance, un equilibrio. Yo creo que nuestro acceso a la información digital ha aumentado la democracia y el acceso para las personas comunes a mucho del conocimiento que antes no estaba disponible para todos, ahora todo el mundo puede buscar en Google, buscarla y encontrar la información que necesita.

También como profesionales, se requiere que nos adaptemos a este tipo de conversaciones, y aquí es donde tenemos que desarrollar capacidades. No solamente en los hospitales, sino también los médicos, los fisioterapeutas, las enfermeras y todos los que trabajan en el área de la salud, pero también en las compañías, en el trabajo, desde la gerencia hasta los empleados, en las comunidades. Nuevamente, podemos cambiar, ayudar a las personas a navegar estos sistemas tan complejos. ¿Y cómo lo hacemos?, pueden encontrar unos ejemplos en este Manual Internacional de Alfabetización en Salud que nosotros desarrollamos con 100 investigadores del mundo, y lo pueden bajar, es gratuito.

La alfabetización en salud es un movimiento global que está en ascenso, hace 10 años, cuando yo hacía presentaciones, nadie sabía qué era la alfabetización en salud y para ser honestos, cuando yo escuché el término la primera vez no tenía ni idea qué era, así que yo también tuve que aprender, leyendo y estudiando todas las publicaciones, trabajando con los colegas en todo el mundo, y ya empezamos un movimiento global, y aquí hay unos ejemplos en países, por ejemplo, en Holanda tenemos la Alianza Holandesa para la Alfabetización en Salud. También tenemos la Red de Alfabetización en Salud en el Reino Unido, también tenemos la plataforma de alfabetización en salud en Austria, Así que la idea es poder desarrollar estas redes o asociaciones en Europa, también tenemos a Health Literacy Europe, tenemos varias conferencias en Asia y una asociación de alfabetización en salud. Espero que en América Latina podamos tener también una plataforma de alfabetización en salud, lo que ya hemos hecho es establecer la Asociación Internacional de Alfabetización en Salud y eso nos ayuda a mantener la conversación con todas las regiones y aprender entre sí, porque es muy importante poder facilitar el empoderamiento, no solamente el de las personas que atendemos, sino de nosotros mismos para poder impulsar el cambio, porque la alfabetización en salud muy a menudo, la impulsan los académicos, los profesionales, no las personas comunes y corrientes. Y ¿por qué lo hacemos?, ¿por qué lo vemos?, porque nosotros tenemos acceso a la evidencia, nosotros podemos ver la injusticia y también tenemos las herramientas para poder lograr ese cambio.

Creo que tenemos una obligación de hablar, y por eso es que tratamos de hablar con las partes interesadas, públicas y privadas, los actores políticos, las comunidades y demás, para poder ayudarle a las personas a tener una alfabetización en salud que les ayuda a tener unas mejores vidas, y todo esto lo hacemos a pesar de la turbulencia de las cosas malas que suceden en el mundo.

Tratamos de construir esperanza y realmente creo que el futuro está en la alfabetización en salud y ¿por qué lo creo? Porque nosotros formamos el futuro, no es algo que simplemente se nos aparece o nos cae encima. Nosotros somos los actores, somos las personas que podemos hacer la diferencia, con todo el conocimiento y las habilidades que ustedes tienen, con todas las perspectivas, con el buen corazón que ustedes tienen. Ustedes pueden ayudar a moldear el futuro, y sabemos qué se puede hacer, porque a todos nos tomó por sorpresa la pandemia.

Puedo decirles que en febrero del 2020 tuvimos un taller en Europa con la OMS y tuvimos 50 expertos en el salón. Estábamos haciendo una lluvia de ideas sobre el futuro, y pusimos todas nuestras ideas en la pared. Dijimos: 'Bueno, ¿qué es lo que debemos hacer en el futuro? Y hubo por ahí unas 150 pequeñas notas en la pared. ¿Cuántos consideraban la pandemia? Solo uno, y mi país se cerró dos semanas después. Así que a veces se trata de las pequeñas señales que están escondidas en el gran caos. Esas son las que nos van a decir cuál es la dirección del futuro. Pero podemos tener un rol en esto, por ejemplo, los colegas asiáticos estaban más preparados porque ya habían pasado por el SARS y por otras enfermedades. Así que sabemos qué se puede hacer. Así que los invito a que tomen el liderazgo, a que trabajen con la comunidad, a que empoderen a las personas. Ustedes pueden modelar el ambiente de las organizaciones, porque ustedes son los campeones de la alfabetización de la salud, ustedes son los que pueden ayudar a sobrepasar esos retos y ser el cambio.

Aprendí algo aquí: tiene que ser posible. Así que yo espero que ustedes logren este cambio, y quizás algún día en el futuro van a pensar como yo: "Conocí esa hermosa pareja de Colombia. Esto me cambió la vida, y tuve la paciencia de esperar 30 años, y ahora mi sueño se hizo realidad". Espero que ustedes piensen en 10 años, en 20 años: "Conocí a esta señora de Dinamarca, y ella me hizo pensar que hiciera el cambio".

Muchas gracias.

# Alfabetización para la Salud

## Ponente conferencia:

Don Nutbeam

Profesor de la Universidad de Sidney, Australia y director del Sidney Health Partners

23 de agosto

Hola, me llamo Don Nutbeam. Soy profesor de salud pública en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Sydney, en Australia. Me complace poder participar en este congreso especial sobre la alfabetización para la salud en Colombia. Después de hablar con el profesor Correa, decidí nombrar mi exposición: La alfabetización para la salud: ¿En qué consiste? ¿Por qué es importante y cómo podemos mejorarla en las poblaciones? Esta es una visión general de la exposición. Quiero explorar brevemente la relación entre alfabetización, salud y el concepto de alfabetización para la salud. Definir la alfabetización para la salud tal y como la utilizan actualmente en países como Australia. A petición del profesor Correa, quiero dedicarle algo de tiempo a examinar la relación entre educación para la salud y alfabetización para la salud y hacerlo específicamente, en un contexto más amplio para comprender cómo promovemos la salud en las poblaciones. Después, me gustaría reflexionar sobre cómo podemos mejorar la alfabetización para la salud en nuestras comunidades y en nuestros pacientes por medio de la educación para la salud y la buena comunicación y cómo podemos crear, entornos de literatura para la salud para las personas. Por último, resumiré las cuestiones clave. La verdad es que mi interés por la alfabetización para la salud surgió hace 30 años.

Cuando estaba muy interesado en la relación entre la salud escolar, la educación para la salud escolar, la alfabetización y la salud. Así que empecé a explorar con mucho más detalle lo que significaba ser alfabetizado y cómo esto impactaba la capacidad de las personas para encontrar información y tomar decisiones acertadas sobre su salud. Los expertos en alfabetización sabrán que esta es un área de estudio social muy controvertida y debatida, y que hay muchas maneras diferentes de ver la alfabetización y de desarrollarla, tanto en los individuos como en las poblaciones.

Así que perdónenme si ofendo con algunas de las definiciones que elegí, pero son las que tienen más sentido para mí. En primer lugar, en lo que concierne a la definición de alfabetización, yo la veo como un conjunto tangible de capacidades. Capacidades que se pueden observar y medir mediante la lectura, la escritura y la aritmética, y lo más importante, la capacidad de utilizar estas habilidades en situaciones cotidianas, como encontrar información y utilizarla para tomar decisiones sobre tu vida. Ya sabemos que, para las distintas sociedades del mundo, alcanzar altos niveles de alfabetización en sus poblaciones es algo muy importante. Hay muchas buenas razones por las que esto sucede. El hecho es que las personas con este tipo de capacidades, como la lectura, la escritura y la aritmética, están mejor capacitadas para desarrollar sus conocimientos, perseguir sus objetivos personales y lo más importante, desde el punto de vista social, es que están mejor capacitadas para participar plenamente en la sociedad y en la economía.

Una vez desarrolladas, las competencias de alfabetización pueden transferirse. Esto significa que se pueden aplicar en una gran variedad de situaciones, para obtener y utilizar información que nos permita participar en una toma de decisiones cada vez más interactiva y crítica. Lo más importante, es que la alfabetización puede mejorarse. Es algo que sabemos intuitivamente. Sabemos que, a través de nuestro sistema educativo, como yendo al colegio, los estudiantes desarrollan su alfabetización. Por eso invertimos tanto en la educación formal. Para ayudar a la gente a desarrollar la alfabetización. Pero gracias a estudios realizados a lo largo de muchas décadas, especialmente en Suramérica y Latinoamérica, sabemos que la gente también aprende mucho por medio de otras formas de aprendizaje incidental, ya sea en sus comunidades o en sus familias a lo largo de sus vidas. Así que no se trata solamente de la educación formal; sin embargo, no hay duda alguna de que esta es fundamental para construir la alfabetización dentro de una comunidad o una sociedad. También hemos aprendido sobre nuestra capacidad para utilizar estas habilidades genéricas: la lectura, la escritura y la aritmética, y como el contexto en el que intentamos usarlas puede influir en ellas de una manera significativa. Lo que sabemos es que, incluso una persona que clasifica como alguien con altos niveles de alfabetización, puede tener dificultades a la hora de usar estas habilidades en un entorno desconocido e intimidante. El ejemplo que siempre uso es el de una persona con un alto nivel de alfabetización, que llega a un lugar en busca de atención médica y que se siente un poco estresada en el momento, y se encuentra con alguien que usa términos médicos con los que no está familiarizada y que no usa en su vida cotidiana. Y a pesar de que tiene un alto nivel de alfabetización, vemos que se le dificulta mucho aplicar estas habilidades en circunstancias estresantes y en las que se enfrenta a conceptos desconocidos y al lenguaje como tal.

Entonces, la alfabetización es contextualmente específica y lo que uno descubre en el mundo de la alfabetización es que existe toda una gama de alfabetizaciones diferentes. Hoy en día, hablamos de ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades de alfabetización financiera, ayudar a las personas mayores a desarrollar habilidades de alfabetización digital. Todos tendremos que alcanzar una mejor alfabetización ambiental, etc. En medio de este creciente interés, por formas específicas de alfabetización y la capacidad de aplicar las competencias genéricas de alfabetización en un contexto específico. El concepto de alfabetización para la salud ha surgido durante los últimos 25 años. Precisamente para ayudarnos a entender, lo que debemos hacer para ayudar a las personas a utilizar sus capacidades de alfabetización existentes en un contexto de toma de decisiones para la salud y para que desarrollen esas habilidades específicas en la alfabetización para la salud. Entonces, esto se trata de una relación fundamental entre las competencias básicas de alfabetización y la capacidad para aplicarlas en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

También sabemos gracias a estudios realizados durante varias décadas... Como ya mencioné, mi interés por la alfabetización para la salud nació del estudio de la relación entre alfabetización y salud. Gracias a estudios realizados dentro y entre países, existe una relación fundamental entre los bajos niveles de alfabetización y resultados en salud deficientes. Algunas de estas cosas se dan por el impacto social y los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, las personas con los niveles más bajos de alfabetización tienden a ser menos capaces de participar en la actividad económica. Y a menudo terminan en profesiones precarias, con oportunidades laborales escasas y menores ingresos a lo largo de sus vidas. También sabemos que esto impacta la salud de las personas de manera sustancial y a largo plazo. Sin embargo, también existen consecuencias mucho más directas por la baja alfabetización que se han observado a lo largo de las décadas.

Generalmente, las personas que tienen los niveles más bajos de alfabetización son menos receptivos a la educación para la salud convencional. Especialmente, la parte de la educación que requiere de la palabra escrita. Además, son menos propensas a usar los servicios de prevención de enfermedades. Los servicios convencionales, como la vacunación y los servicios de detección. Son menos capaces de entender y utilizar eficazmente los medicamentos prescritos. Generalmente, son menos capaces de gestionar eficazmente las enfermedades crónicas. Algo que cada vez se hace más importante dentro de nuestra población, en nuestros países con poblaciones que van envejeciendo. El conjunto de todos estos efectos demuestra que los bajos niveles de alfabetización en las poblaciones empeoran las desigualdades para la salud subyacentes, también se puede observar todo lo contrario a medida que las poblaciones amplían la alfabetización. Especialmente, en algunos de los países con los ingresos más bajos; a medida que estos expanden la alfabetización, también impactan drásticamente la salud de las comunidades y de la sociedad; principalmente, cuando se amplía la educación para los niños y las mujeres.

Resumiendo, en pocas palabras lo que pensamos que es la alfabetización para la salud, es la capacidad de aplicar habilidades personales y competencias genéricas, habilidades y competencias de alfabetización, en un contexto específico. Dicho contexto, modera nuestra capacidad de utilizar estas habilidades, por lo tanto, la alfabetización para la salud siempre se definirá de dos maneras, por un lado, “Se trata del individuo, de sus habilidades y capacidades”, por otro lado, se trata del contexto en el que quieren aplicar estas habilidades y capacidades. En esta diapositiva está incluida la referencia al diagrama original. La alfabetización para la salud, también se ha definido de una manera más sofisticada, esta es la definición de alfabetización para la salud que la OMS aprobó recientemente. De hecho, debo agradecer la contribución de mi colega Kristine Sorensen que, creo, se encuentra en esta reunión con nosotros por su contribución a esta definición. Pero hay dos o tres temas que resalta constantemente.

Para empezar, la alfabetización para la salud se basa en los conocimientos y las competencias personales que se acumulan por medio de las actividades cotidianas, incluida la educación formal al igual que las interacciones sociales y otro tipo de exposiciones a las comunicaciones y a la información para la salud durante la vida útil de las generaciones. En segundo lugar y también muy importante, nuestra capacidad para usar este conocimiento y estas competencias está mediada por las estructuras organizativas y el acceso de las personas a los recursos que, en primer lugar, les permiten acceder, comprender, evaluar y por último, utilizar la información para tomar decisiones sobre su salud. Esta es la última parte de esta definición extendida que quiero presentarles; se observa, que la alfabetización para la salud se basa en el acceso inclusivo y equitativo a la educación permanente y de calidad. Esto se encuentra en el glosario de promoción de la salud de la OMS. La primera vez que se le hizo referencia fue en un artículo que escribí con mi colega, Dannielle Muscat, y que también se publicó en 2021, entonces, ¿cuál es la relación entre la alfabetización y la educación para la salud? Como ya mencioné, el profesor Correa quería que yo expusiera algunos de estos problemas; lo primero, es que la alfabetización para la salud puede mejorarse por medio de la educación para la salud formal, una comunicación estructurada y el aprendizaje incidental. Esto es coherente con la definición que les acabo de dar; sin embargo, la alfabetización para la salud puede mejorarse mediante la educación para la salud. Algo que siempre he defendido es que la alfabetización para la salud puede verse, como un resultado cuantificable para la educación para la salud. Esta forma nos permite evaluar si nuestros esfuerzos con la educación para la salud están progresando o no.



La alfabetización para la salud es el resultado de la educación para la salud de la misma manera que la mejora de la alfabetización es el resultado de la educación escolar formal. Hay una relación fundamental entre el input, la actividad que en este caso es la educación y el resultado, que en este caso es la alfabetización o la alfabetización para la salud; yo opino, que también tenemos que plantearnos esto en el contexto más amplio del lugar que la educación para la salud ocupa dentro de un modelo más amplio de promoción de la salud. Además, tenemos que recordarnos que las cosas que hacemos con la educación formal para la salud, involucra un enfoque estructurado para comunicarse con la gente, que cada vez más se vuelve una de las tantas formas, que las personas tienen de exponerse a la información para la salud a lo largo de sus vidas cotidianas, como nos lo recuerda la definición formal de alfabetización para la salud: los servicios de la salud se forman mediante las actividades cotidianas, socialmente y mediante las interacciones sociales de generación en generación. Me gustaría emplear un modelo que he usado por años, para posicionar a la alfabetización para la salud y educativa, dentro de un modelo más amplio para promocionar la salud. Usaré un modelo lógico para hacerlo rápidamente.

Para los que estén familiarizados con ellos, los modelos lógicos son formas de hacer una conexión entre un conjunto de acciones y una gama de resultados deseados, como esto lo indica, el modelo que les mostraré en este momento fue publicado hace 25 años. De hecho, lo adapté y lo actualicé bastante desde ese entonces; sin embargo, la estructura básica permanece en su lugar. Pero aquellos de nosotros, que estamos interesados en mejorar la salud de nuestras poblaciones, es importante, empezar por el final; entonces, ¿cuál es la meta? bueno, queremos mejores resultados en salud, reducir la morbilidad, mortalidad y discapacidad, que sean evitables y muchos de nosotros, también estamos interesados en mejorar los resultados sociales; queremos ayudar a las personas a mejorar la calidad de su vida, mantener independencia funcional y, sobre todo, queremos contribuir a la equidad en nuestra sociedad; entonces, tenemos claros los resultados en salud deseados, pero, en muchos casos, lo que realmente hacemos al educar en salud está bastante alejado de esos resultados deseados; entonces, lo que hicimos fue determinar algunos indicadores para esos resultados y ahora, son metas para lo que hacemos al educar en salud y promoverla. Ahora, algunas de las cosas a las que apuntamos, son: Ayudar a las personas a mejorar su estilo de vida, dejar de fumar, hacer actividad física, tomar mejores decisiones alimentarias; queremos que las personas aprovechen y utilicen los servicios de salud disponibles, especialmente, a los médicos de familia y a los programas de prevención, también queremos crear un ambiente saludable, que sea seguro, provea comida nutritiva y reduzca la exposición al tabaco y a otros riesgos del entorno. Esos son los indicadores de salud que, usualmente, son el centro de nuestras actividades.

Queremos ayudar a las personas a tomar buenas decisiones como individuos, queremos animarlas a usar el sistema de salud de la mejor manera que sea posible y queremos crear un entorno saludable. ¿Qué hará una diferencia? ¿Qué es lo que podemos hacer que realmente empiece a influenciar en estos temas? En este modelo he identificado tres áreas generales de impacto. La primera es la alfabetización para la salud, podemos mejorar sus conocimientos y habilidades relacionados con la salud, sus intenciones de comportamiento y su seguridad para actuar y tomar buenas decisiones con relación a su salud. En segundo lugar, podemos influenciar normas sociales y la opinión pública, podemos apoyar a las personas, para que de manera colectiva, se movilicen y actúen en pro de su salud. Como tercer punto, podemos influenciar las políticas públicas, a través de legislaciones, regulaciones y prácticas organizacionales. Lo que acabo de mencionar, son medidas de impacto inmediato, son las cosas a las que podemos apuntar para hacer una diferencia. Para finalizar el modelo, hablaremos de acciones para la promoción de la salud; verán,

estas acciones se pueden tomar con individuos. La educación para la salud es un ejemplo perfecto para esto, en esta, intentamos trabajar con personas como individuos, a través de la escuela, los medios de comunicación y a través de educación directa con pacientes en nuestro sistema de salud. Asimismo, trabajamos directamente con familias y comunidades. Se utilizan metodologías convencionales de movilización y participación de colectivos, así como también se realizan actividades de educación en grupo. Por último, podemos trabajar con y contra el gobierno nacional o local, para así asegurar que se establezcan las políticas públicas que queremos tener y que sean, puestos a nuestra disposición... los recursos necesarios... para desarrollar el resto de las actividades; de esta manera, terminamos con un modelo más completo, que comienza con una variedad de actividades para la promoción de la salud.

Luego, examina el impacto inmediato que estas pueden tener, lo cual, está directamente ligado a los indicadores de la salud, que, con el tiempo, tienen incidencia en los resultados en salud y en los resultados sociales. Se puede comenzar a jugar con modelos como este; hay una tentación de crear una linealidad entre el trabajo que hacemos con la educación para la salud, las mejoras en los conocimientos sobre salud, los cambios en las decisiones de las personas tomadas en relación con su salud y mejores resultados en salud. Para nosotros, quienes hemos trabajado mucho tiempo en esta área, es claro que es mucho más complejo que eso, nunca se encuadra en un conjunto simple de relaciones lineales cuando es un ecosistema tan complejo como el que acabo de describir, aún así, podemos comenzar a trabajar de diferentes formas. La educación para la salud puede ser enfocada en mejorar estilos de vida, así como también puede estar enfocada en animar a las personas a utilizar de la mejor manera los servicios de salud disponibles.

Mejorar la alfabetización para la salud también, puede estar ligada a la movilización de las personas para trabajar colectivamente y tomar medidas sociales en pro de la salud, lo que puede concluir en un impacto a las políticas públicas y demás, no voy a extenderme con el alcance total de este modelo porque habría una flecha, uniendo cada parte con cada otra parte. Es un todo dinámico. Lo que queremos evitar, es la idea de que hay una relación lineal simple entre una acción y un resultado a largo plazo, no funciona así; y tenemos que reconocer, por ejemplo, que la educación para la salud puede directamente, mejorar la alfabetización para la salud; y esto, con el tiempo, puede influenciar a las personas en sus decisiones, frente a su comportamiento de salud y el uso de los servicios de salud, se les puede involucrar social y colectivamente como acción para mejorar su salud y demás. Aunque los modelos lógicos, sean útiles para ver el panorama completo y sean útiles para observar una forma de vincular la educación para la salud con la alfabetización para la salud, con la toma de buenas decisiones relacionadas con la salud, con resultados en salud; los modelos lógicos son sólo eso: Un modelo, no son una forma de explicar causalidad, lo que son, como lo dice acá, es un marco estructurado que nos permite organizar, de manera estructurada, las acciones a tomar, los resultados esperados y la dirección del cambio a largo plazo que pretendemos; nos ayudan a explicitar las hipótesis que tenemos de posibles impactos y resultados, como lo dice acá: qué sucederá, en qué orden y qué efectos anticipamos.

Resalto que he descubierto que los modelos lógicos nos pueden ayudar a los médicos, investigadores y evaluadores a comunicarnos entre nosotros y más precisamente, comunicarnos con las partes interesadas; principalmente con las personas que están financiando las actividades, es lo que pueden esperar y en qué periodo de tiempo. Al hacer esto, evitamos el generar expectativas desmedidas a menudo de políticos impacientes y financiadores; entonces, los modelos lógicos son útiles para ver el panorama completo, para identificar relaciones, pero no son una causa ni una explicación; para mí es muy importante

recalcarlo, lo que sí quiero que saquen de esto, es que la alfabetización para la salud es realmente importante en este ecosistema tan complejo. Importa en los sistemas sanitarios, educativos y sociales; importa en asuntos donde necesitamos enfoques más eficaces de prevención y promoción de la salud; importa en los sistemas sanitarios y sociales en los que existe un compromiso con la atención centrada en la persona. Importa muchísimo cuando se depende de la autogestión del paciente, en particular los pacientes de nuestro sistema de salud con enfermedades crónicas, que necesitan participar activamente en sus propios cuidados médicos. La alfabetización para la salud es realmente importante, cuando hay un compromiso por la equidad. Hay gran diversidad en la sociedad en todas las encuestas nacionales cuando se trata de conocimientos en salud, lo cierto, es que las personas más necesitadas a menudo, son quienes no tienen la capacidad de responder a las exigencias de nuestro sistema de salud y son menos receptivos a la educación para la salud tradicional.

Esto es algo a lo que tenemos que prestar mucha atención a medida que desarrollamos este vínculo entre educación y alfabetización para la salud. La otra cosa, la última cosa que quiero mencionar sobre la alfabetización para la salud, antes de pasar a pensar en cómo la podemos mejorar; es que, en los países en los que se llevan a cabo las encuestas nacionales de salud y Kristine Sorensen, puede hablar con mucha más autoridad que yo sobre esto, por ejemplo, un trabajo de encuesta que se ha hecho en países europeos pero, este es un estudio hecho en Australia, ya está un poco viejo, fue realizado en 2008, pero la razón por la que lo uso es que, a pesar de que hay algunas medidas realmente excelentes de auto-informe para la alfabetización para la salud, esta encuesta fue de medición directa, en otras palabras, se pidió a los participantes de esta encuesta que realizaran tareas relacionadas con la alfabetización. Se les pedía que leyeran algo y luego interpretaran lo que significaba y qué acciones implicaba lo que estaba escrito.

Se les pidió, por ejemplo, realizar una tarea en la que debían analizar la información de un texto y de un gráfico para evaluar la seguridad de un producto o ser capaces de comprender e interpretar la dosis recomendada en un frasco de medicamento o entender, lo que significa un tercio. Así, que se trataba de tareas prácticas de toma de decisiones para la salud, que se presentaron a una amplia muestra de adultos en Australia y creo que, a escala nacional, nos sorprendió comprobar que dos tercios de los participantes, no perdón, casi el 60% de los participantes en la encuesta fueron clasificados, por la Oficina Australiana de Estadística, como personas con conocimientos insuficientes en salud. No eran capaces de realizar algunas tareas bastante básicas. Tareas de alfabetización que garantizarían su seguridad y les permitirían tomar buenas decisiones sobre su salud. Esto dio lugar a una importante acción nacional en Australia, para tratar de abordar los bajos niveles de alfabetización para la salud en nuestra población, porque estaba claro que afectaba la capacidad de las personas para tomar buenas decisiones para la salud para ellas mismas y su familia y desde entonces, se ha convertido en una prioridad nacional en Australia.

Ahora, la parte más alentadora de lo que tengo que decir es que podemos mejorar la alfabetización para la salud. Como he mencionado varias veces, la alfabetización para la salud describe un conjunto observable de habilidades las cuales varían entre individuos, también, varían entre situaciones, como lo describí anteriormente, pero estas, se pueden medir y pueden cambiar tras una intervención. Hace algunos años escribí un artículo, basado en un excelente trabajo sobre el estudio de la alfabetización para clasificar la alfabetización para la salud de 3 maneras diferentes. Alfabetización para la salud funcional, interactiva y crítica. Y la razón por la que quiero mencionar las diferencias entre estos 3 tipos de alfabetización para la salud, es que uno de nuestros objetivos es intentar ayudar a las personas a pasar de una alfabetización

para la salud funcional a una alfabetización para la salud crítica, para ello, es necesario que pensemos de forma muy diferente sobre la forma de comunicar los contenidos y la estructura de la educación para la salud que usamos en las personas. Empezando por la alfabetización para la salud funcional; describe las competencias básicas en materia de salud que son suficientes para que las personas obtengan y apliquen información para la salud, usualmente con el fin de completar una actividad definida. Aquí hay una foto de un joven aprendiendo a usar un inhalador para el asma por primera vez o alguien diagnosticado como diabético, recibiendo información sobre cómo gestionar mejor su nutrición e insulina; comunicación muy orientada a objetivos con un propósito y basada en tareas; una persona muy funcional, aprende una habilidad específica y tiene más herramientas para mejorar su salud como consecuencia de aprender esa habilidad, es una alfabetización para la salud muy funcional, es muy importante, no hay nada de malo en ello y muchas de nuestras actividades de educación para la salud y educación del paciente son muy funcionales y están diseñadas, para animar y ayudar a la gente a tomar decisiones específicas y a cambiar su conducta en la vida.

El segundo nivel de alfabetización para la salud, aunque describe algo mucho más interactivo, competencias más avanzadas que permiten a las personas encontrar y evaluar la calidad de la información procedente de diversas fuentes, la mayoría de la gente hoy en día, al tener acceso a información en línea, tiene acceso a una amplia gama de fuentes de información; ser capaz de analizar a dónde ir, en qué confiar y cómo usar la información es una habilidad avanzada y debemos ayudar a la gente a desarrollar estas habilidades. Es importante, que la gente no solo pueda acceder a la información, sino que tenga la habilidad y la confianza de aplicarla en diferentes contextos, para tener más confianza como consumidores de información, más confianza, por ejemplo, al interactuar con profesionales de la salud y con la gente que proporciona información para la salud. Esa es la alfabetización para la salud interactiva, que requiere unas habilidades bastante diferentes y también, requiere diferentes enfoques de educación y comunicación para la salud, y de educación del paciente.

La alfabetización para la salud más avanzada se llama alfabetización para la salud crítica y pretende que la gente sea consumidora crítica de información para la salud, para que entienda su fuente y su propósito; incluí una ilustración aquí que muestra algunas declaraciones de salud, que se pueden encontrar en productos alimenticios. Honestamente, debo decir que muchas son engañosas; requieren de un consumidor habilidoso, que pueda entender quién le está diciendo esto, cuál es la fuente de la información y qué trata de hacer esa fuente, en realidad, en muchos casos, se pretende que compres más un producto o que lo consumas más, por la forma en la que se presenta la información. Espero que puedan ver, esa habilidad analítica tan avanzada que estamos tratando de ayudar a desarrollar en el público general, en nuestra población de pacientes; esto también implica que estemos incluyendo en el contenido una visión más amplia del impacto de una amplia gama de determinantes sociales, económicos y ambientales. Así que, no todo se trata de la toma personal de decisiones, del comportamiento o del uso personal del sistema de salud; sino también de entender, algunos de los factores o determinantes que restringen las decisiones y limitan las opciones de la gente para mejorar su salud, la de su familia y la de su comunidad; con esto se pretende, en primer lugar, que la gente ejerza un mayor control sobre sus condiciones de vida y las situaciones en las que se hallan y en segundo lugar, dotarlos de habilidades para trabajar con otros en la promoción del cambio, sobre todo, en los mayores determinantes de la salud. Espero que quede claro, que estas son habilidades de alfabetización para la salud muy diferentes a las habilidades interactivas y funcionales que expuse y que tienen implicaciones reales sobre el estilo de la comunicación y el contenido de la comunicación en la educación para la salud.

Se puede mejorar la alfabetización para la salud, no es estática; no aprendes alfabetización para la salud en la escuela sin posibilidad de cambio. La realidad es que estamos expuestos a comunicación para la salud diariamente y esto, tiene un impacto dinámico sobre nuestra alfabetización para la salud; cuando buscamos ayudar a la gente a mejorar en su alfabetización para la salud, nuestra meta es una mayor autonomía en la toma de decisiones y un poder personal que encaje bien con la promoción de la salud; progresar desde lo funcional hasta lo crítico, depende del desarrollo de habilidades prácticas como encontrar, evaluar, comprender y usar la información, para un uso creativo de los medios, teniendo en cuenta, que la gente tiene preferencias muy diferentes para acceder a la información y usar los diferentes medios de comunicación, también se debe exponer a la gente a diferentes tipos de información, se trata del comportamiento y de factores sociales, económicos y ambientales, al mismo tiempo, debemos reconocer que el contexto en el que ocurre la comunicación controla todo lo anterior, así que, la postura que podríamos adoptar con una comunidad, podría ser muy diferente a la que tomemos en un entorno hospitalario.

La comunicación interpersonal de individuo a individuo podría ser muy diferente a lo que hacemos con un grupo o clase o a lo que haríamos, en la comunicación en línea o en prensa tradicional, como dije, es un ambiente muy dinámico, pero es posible progresar; debemos enfocarnos en habilidades prácticas, en el buen uso de los medios y en reconocer que, en muchos casos, se debe ampliar el contenido del mensaje ¿Cómo cambiamos las cosas? Voy a hacer un resumen sobre las claves antes de pasar a las conclusiones; lo más rápido es insertar un verbo activo en este modelo. Nuestra meta es desarrollar habilidades personales y reducir las demandas y la complejidad situacional. ¿Cómo desarrollar las habilidades? Debemos encontrar la manera de mejorar el acceso a información fiel y confiable y debemos, comunicarnos con la gente de forma que mejoren en sus habilidades y confianza a lo largo de la vida ¿Cómo reducir las demandas y la complejidad situacional? Mejoramos la comunicación para la salud, perfeccionando la calidad y el alcance de lo que hacemos como comunicadores y mejoramos, lo que yo llamo el entorno de la información en organizaciones como escuelas, clínicas y hospitales y también, en línea, tratar de encontrar maneras de trabajar en línea será cada vez más importante. Es un conjunto dinámico. No todos podemos hacer todo esto, pero al menos debemos entender que todo está conectado y optimizar nuestra contribución a ese entorno de la información tan complejo y dinámico.

Repasemos brevemente modos prácticos en los que podemos trabajar. ¿Cómo perfeccionamos la calidad y el alcance de la comunicación para la salud? Debemos asegurarnos de que las personas que atienden, doctores, enfermeros y maestros, conocen la alfabetización para la salud como concepto y están capacitados para comunicarse de forma efectiva; se han desarrollado currículos de modelos de salud fantásticos dirigidos, sobre todo, a profesionales de la salud y algunas publicaciones estupendas. No es necesario empezar de cero, ya hay modelos buenos para lograr esto; además se debe decir, que las encuestas nacionales han identificado reiteradamente, que altos porcentajes de la población muestran bajos niveles de alfabetización para la salud, sin importar, el nivel de alfabetización de la población en general, lo que representa un riesgo constante de confusiones y, por ende, debemos aplicar precauciones unánimes; para empezar, la comunicación para la salud debe presentarse de forma clara y simple. Quienes tengan la confianza y la capacidad pueden y deben informarse más, pero, para empezar, debemos garantizar que el mensaje sea claro y simple; sabemos hacerlo, pero, fracasamos continuamente al implementarlo. Podemos usar un lenguaje más simple y hay herramientas que pueden ayudarnos, incluyendo, específicamente, herramientas IA de reciente aparición, como Chat GPT y Bard;

estas herramientas, pueden tomar un concepto complejo y proporcionar una explicación con lenguaje claro, como punto de partida.

Busquen Hermmingway Editor, Grammarly y otras herramientas que pueden usar para simplificar el lenguaje con el que se comunican; lo que es más importante, pensando a largo plazo, es tratar de que la gente se comprometa con su aprendizaje de forma interactiva. En el sistema de salud, esto significa usar técnicas como "cerrar el círculo" y la toma de decisiones compartida; los animo a investigar sobre estos métodos si trabajan en el ámbito clínico y tratan con pacientes o con el público; garantizar el acceso a información confiable en línea, ha sido un problema en los últimos cinco años, que empeoró por los desafíos que surgieron durante la pandemia por COVID 19 en la que hubo mucha tergiversación y desinformación. La gente tiene que poder encontrar plataformas digitales fieles, accesibles y confiables para encontrar información, tristemente, a pesar de las buenas intenciones, la gran mayoría de sitios web sobre salud, están escritos en un lenguaje y usan un formato inaccesible para la mayoría, simplemente son difíciles de comprender y de usar, usan lenguaje que la gente desconoce y por eso no los usa, tristemente, la gente a menudo recurre a sitios alternativos, que no son tan fieles y confiables, pero sí muy accesibles. Es un gran desafío para nosotros como proveedores de información para la salud hacerlo bien y hay tres características clave que debemos desarrollar para trabajar en la información que proveemos en línea. Debemos asegurarnos de que la gente sepa que la información viene de una fuente confiable, una fuente de información que sea de calidad, relevante y oportuna; ustedes deben proveer información que cumpla con esos requisitos ¿Por qué la gente que lee la página web debe confiar en ustedes? Esta gente, debe saber que la información es relevante y oportuna, información que podría estar en cualquier página, pero que no está; además, debemos diseñar páginas web y otras plataformas digitales, que hagan que la información relevante sea accesible para la gente, que sea fácil de entender, que la gente aprenda y confíe en sí misma porque puede navegar en estos sitios con facilidad. Muchos sitios web sobre salud existentes no cuentan con esta característica.

Finalmente, una variedad de tecnologías digitales actuales nos permite crear plataformas mucho más interactivas donde la gente puede recibir mensajes personalizados, recibir retroalimentación y monitorear los cambios de su estado de salud; debemos hacer estas tres cosas cuando diseñamos información para la web. Construir confianza, garantizar el acceso y fomentar la participación ¿Cómo lograr que las habilidades y la confianza del consumidor crezcan? Ya mencioné esto; debemos generar un buen contenido, yendo más allá de simples instrucciones y recomendaciones hasta llegar a una interacción que fomente el entendimiento, que le ayude a la gente a entender qué posibilita o restringe sus posibilidades y las decisiones que pueden adoptar; necesitamos métodos de comunicación menos didácticos y más interactivos, que sean, en lo posible, prácticos y fortalecedores, basados en un aprendizaje colaborativo, si es posible.

Debemos ser ingeniosos, al conectar con la persona en la que queremos influir usando los medios que él usa; una de las cosas que aprendimos con la pandemia por COVID 19 en Australia, donde tenemos una población muy diversa, fue que los mensajes generales, difundidos en los medios tradicionales, no llegaban a la inmensa mayoría de la población y que se debían seleccionar mucho mejor los mensajes y los medios de comunicación, para que la población que queríamos que se comprometiera lo hiciera y para despertar su interés y motivación, por ejemplo, hacia la inmunización contra el COVID 19; no hemos experimentado mucho en la mejora del entorno de la información y estamos empezando a entender mucho más el tema. Creo que uno de los grandes retos, es hacer que nuestro servicio de salud sea de

más fácil acceso y exploración, para que la gente encuentre la información y los servicios que necesita fácilmente y como señalé aquí, esto no es fácil pero hay directrices realmente prácticas que las personas pueden usar para ayudarles a fijar su rumbo hacia cambios significativos y simultáneos en múltiples niveles un ejemplo que he presentado proviene del estado australiano de Tasmania.

En la diapositiva hay un enlace si desean darle una mirada, pero enfatiza como usted tiene que involucrar a los directivos del hospital, asegurarse de que están de su lado y apoyan el cambio, también hay que recibir consejo de los consumidores acerca de lo que necesitan, de lo que buscan; hay que capacitar al personal. Reconocer, que un enfoque no suplirá todas las necesidades, que tenemos comunidades diversas con distintas necesidades; tenemos que enfocarnos en algunos asuntos prácticos, acerca de cómo se obtiene acceso al sistema de salud y de cómo se navega el sistema de salud, especialmente, hay que recibir la comunicación adecuada. En entornos virtuales, creo que los gobiernos mundialmente realmente están luchando con este asunto actualmente; en Australia tenemos una comisión principal, que busca mejores maneras de regular los ambientes virtuales para que las personas tengan mejor acceso a información fidedigna y de calidad de hecho, de todos las clases.

La tecnología digital provee un enorme acceso a una gama más amplia de información para la salud y consejos, pero infortunadamente también provee igualmente fácil acceso a información inexacta y con frecuencia, y adrede a información engañosa, especialmente a través de las redes sociales. Hemos hallado en nuestra investigación que la mayoría de la gente de hecho usa sitios web de baja calidad para buscar información para la salud; incluso, personas con un nivel más alto de alfabetización para la salud. La desinformación fue un desafío enorme en la época de la pandemia del Covid-19.

Menos mal la OMS, desarrolló una cantidad de herramientas útiles, que usted puede usar para pensar cómo enfrentar mejor la desinformación en línea y cómo, dirigir a las personas a sitios más fidedignos, para que se informen, es un verdadero desafío que enfrentan los países del mundo actualmente. Para resumir: ¿Cómo pasamos de las ideas teóricas a la acción práctica? Como se dijo inicialmente, la alfabetización para la salud incluye contenido y contexto específico, no hay una sola cosa que usted pueda hacer, para que alguien sea alfabetizado para la salud; tenemos que trabajar para construir el alfabetismo para la salud a lo largo de la vida, no es algo, que sucede en la escuela y de lo cual, no volvamos a pensar otra vez; en segundo lugar, debemos recordar que la mayoría de las personas, pasan dificultades para encontrar y usar información para la salud que necesitan. Es necesario, tomar precauciones universales en respuesta a esto, para asegurarse de que toda la información para la salud es accesible y comprensible, para todas las personas en lo posible; tercero, sabemos que la alfabetización para la salud, se puede mejorar por medio de la educación para la salud y la comunicación eficaz.

No obstante, hacer un cambio requiere enfocarse en ayudar a las personas a desarrollar destrezas y en reducir algunas de las exigencias ambientales y la complejidad que dificultan, que las personas usen estas destrezas; nuestras demás responsabilidades como profesionales en ejercicio e investigadores, pero primero como fuentes confiables de información para la salud, somos responsables de la comunicación adecuada. Fallamos en hacer completamente bien algo que es tan básico, pero necesitamos, capacitar personas para que sean competentes y buenos comunicadores. Uno de nuestros roles es asegurarnos de que nos comprometemos personalmente y comprometemos a otros, para formar en una comunicación para la salud eficaz; queremos que las organizaciones para la salud, las escuelas y las demás instituciones educativas, entiendan el valor importante de la alfabetización para la salud y provean, el apoyo evidente para una comunicación para la salud efectiva dentro de sus organizaciones.

Sabemos cómo comunicarnos eficazmente, aunque infortunadamente fallamos en poner en práctica lo que sabemos, por tanto, es un recordatorio constante que disponemos de múltiples herramientas para hacer mejor el trabajo que hacemos típicamente, hay que darles un mejor uso.

Finalmente, ¿a qué se parece la comunicación eficaz para la alfabetización para la salud? Un mantra muy sencillo: llevar el mensaje indicado a la persona indicada al tiempo indicado, usando los medios que prefieren. Estamos hallando las maneras de comprometer directamente al público y a los pacientes, en todas las fases en el desarrollo de la comunicación y en la difusión de la comunicación.

Es posible, hacerlo y obtenemos mucho mejores resultados cuando el consumidor, está involucrado en el desarrollo de la comunicación y en su difusión, también sabemos que la comunicación interactiva. es lo que construye destrezas transferibles que mueven a la gente de la alfabetización para la salud funcional a la alfabetización para la salud interactiva y a la alfabetización para la salud crítica, es buscar las maneras de comprometer de forma significativa, en interacción con los mensajes que les tenemos y construir sobre ello con aprendizaje colaborativo, en el que hay confianza y respeto entre el aprendiente y el comunicador que crea confianza y respeto mutuos, tanto entre los aprendientes como entre el educador y el aprendiente.

Muchas gracias por su tiempo hoy y por prestar atención a una conferencia tan larga.

Si desean más información durante los últimos 20 años, he estado escribiendo libros cortos destinados a los profesionales en ejercicio y estudiantes avanzados con el fin de explicar la teoría de la promoción de la salud de la forma más sencilla posible, cómo evaluar sencillamente los programas de promoción de la salud y la publicación más reciente que saldrá en las próximas dos semanas "Health literacy in a nutshell". Espero que cualquiera y todos resulten útiles si desean información adicional. Muchas gracias por su atención. Les deseo un gran y exitoso congreso. Hasta pronto.



# Reimaginar la educación en el campo de la salud: una conversación crítica

## Ponente conferencia:

Deana Leahy

Profesora asociada de educación para la salud, Facultad de Educación, Universidad de Monash, Australia

25 de agosto

Hola, muchas gracias por invitarme a exponer en esta maravillosa conferencia. Me hubiera encantado estar en Colombia. Me llamo Deana Leahy. Soy profesora asociada de educación para la salud en la Facultad de Educación de la Universidad de Monash en Melbourne, Victoria, Australia. Hoy les hablaré de la reinención de la educación para la salud. Una conversación crítica. Antes de que avance mucho más, quisiera reconocer las tierras desde las que les hablo hoy y reconocer que nunca se cedió la soberanía. En especial, me gustaría reconocer a los pueblos wurundjeri y boonwurrung, comunidades de la nación Kulin, como los custodios permanentes de las tierras en las que se encuentra la Universidad de Monash. Mediante nuestras investigaciones, enseñanzas y aprendizajes, rendimos homenaje a los ancianos de wurundjeri y boonwurrung y a sus comunidades pasadas, presentes y futuras. Bueno... Estoy segura de que están familiarizados con Australia. En este momento me encuentro un poco hacia el sur, en la parte sur de Australia. Una de las cosas maravillosas de Melbourne es que acabamos de ser anfitriones de varios partidos de la Copa Mundial Femenina y para preparar mi exposición, se me ocurrió hacer un estudio etnográfico de los colombianos. Esta soy yo en la cancha de fútbol sentada con el equipo de porristas de Colombia. La foto pequeña en la que estoy es una foto de la televisión. Fue cuando un fan colombiano me regó la cerveza en la espalda mientras celebraba el gol. Fue una victoria fabulosa. Había alrededor de, creo que 26.000 eran colombianos porque el ruido que hicieron fue ensordecedor. Fue maravilloso ver al equipo clasificar. Espero que a Colombia le vaya muy bien hasta que se enfrenten a Australia; ahí sí, apoyaré a mi país. Así que estén pendientes.

Como dije, muchas gracias por invitarme a exponer hoy. Hablaré de dos cosas que se interrelacionan. La primera es la educación crítica para la salud como un campo de estudios emergente. Para la segunda, presentaré una serie de estudios de caso en los que he podido implementar conocimientos de los estudios críticos sobre educación para la salud en programas prácticos. Así que, pasaremos a la primera parte. La creación de un campo de estudios. Me demoraría una eternidad si entro en profundidad con este tema. Así que simplemente haré un recorrido muy rápido por el campo de estudios críticos sobre educación para la salud. Pero sé que, en caso de que estén interesados, podrán leer más sobre la educación crítica para la salud en varias revistas o artículos publicados. Es complicado definir lo que es un campo de estudios. Los campos de estudio son bastante complejos y a menudo se encuentran en movimiento. La forma más simple de explicar los estudios críticos sobre educación para la salud es situándolos, entre la salud pública crítica y los estudios críticos sobre educación. Estas dos revistas son muy importantes para comprender el

trabajo de la educación para la salud. Los académicos que estudian la educación crítica para la salud se basan en las ideas que se comparten en estas revistas y por supuesto, en otros medios.

El campo de estudio es interdisciplinario; cuenta con antropólogos, sociólogos y teóricos culturales involucrados en la investigación académica crítica sobre educación para la salud. Además, debemos mirar a otros campos porque la educación para la salud está relacionada con una amplia gama de campos diferentes. Así que es necesario, analizar estudios sobre la sexualidad, estudios sobre la niñez y la juventud, estudios familiares y así sucesivamente. Una vez empezamos a expandir las posibilidades de lectura y reflexión, lo vemos como el campo enorme y extenso que es.

En 1989, cuando empecé la universidad y me metí en el mundo de la educación para la salud, la educación y promoción de la salud, estaban experimentando un giro crítico bastante significativo. La historia de la nueva salud pública documenta la respuesta por parte de la promoción de la salud y la salud pública a ese giro crítico. Además, vimos parte de este giro crítico en diferentes versiones de la educación para la salud, pero, si avanzamos hasta el presente y nos concentramos en la necesidad de nuevos enfoques para la comprensión, veremos que hay muchos académicos a los que podemos acudir que nos ofrecen una plataforma y dirigen nuestra atención hacia la necesidad de nuevos enfoques. Lauren Berlant, hace parte de estos académicos. En un ensayo llamado El optimismo cruel; dice que los problemas a largo plazo debido a la encarnación dentro del capitalismo, la zonificación de la vida cotidiana, el esfuerzo que conlleva superarla y los obstáculos para la prosperidad mental y física, se abordan con menos éxito en las temporalidades de crisis y requieren otros enfoques para elaborar contextos de realizar, ser y prosperar. Es inevitable pensar que las palabras de Berlant tienen un impacto más grande hoy en día, en un mundo que pasó por el COVID y que todavía lidia con él. Y si pensamos en lo que esto significa para la educación y para la salud, es más que claro que ella está llamándonos y mostrándonos que necesitamos más enfoques dentro de la educación para la salud.

De hecho, me gustaría sugerir que los estudios críticos sobre educación para la salud pueden ayudarnos a desarrollar esos nuevos enfoques y a mirar nuestros trabajos de una manera diferente. Si queremos tener nuevos enfoques, traer nuevos enfoques a la educación para la salud, tenemos que leer otras fuentes de información. Necesitamos pensar con la teoría social. Es un tipo diferente de teoría y una forma distinta de acercarse a ella. Así que, mientras me preparaba para esta exposición, tomé varios libros de mi estantería para compartir con ustedes las lecturas que hemos estado realizando en el campo de estudios críticos sobre educación para la salud. Como dije antes, los estudios sobre educación para la salud, cuentan con la participación de todo tipo de disciplinas. A algunas personas, les encanta la gubernamentalidad, de hecho, soy una de ellas; algunos de estos libros utilizan el postestructuralismo, como Foucault, tenemos libros sobre arquitectura, política, y la moral en la salud por Jonathan M. Metzler, el libro en la parte inferior izquierda de la pantalla y así sucesivamente. Estos son solamente algunos de los libros que han moldeado y continúan moldeando nuestros estudios críticos sobre educación para la salud. En comparación con lo que normalmente se lee en el campo de la promoción y la educación para la salud, esta es una lista de lectura bastante diferente, pero es una lista de lectura necesaria si queremos traer un nuevo enfoque a la mesa.

Así que, una de las características de los estudios de educación crítica para la salud, es el uso de la teoría social, como dije, lo que queremos es trabajar con un tipo de teoría diferente. Esto puede sonar como una declaración descabellada, pero creo que esto nos permite explorar los límites de nuestra propia forma de pensar y abrir posibilidades de lo no pensado. Pero si lo piensan, es bueno reconocer que nuestros propios pensamientos son limitados. Diría que las personas que trabajan con la teoría crítica, también pueden ser personas muy limitadas. Y pienso que, en lugar de aislarnos en nuestros campos de estudio, necesitamos tener conversaciones a través de las diferentes disciplinas y campos. Una de las cosas encantadoras que disfruto de leer usando la teoría social, es que hace que lo familiar sea extraño y desestabiliza lo que creemos saber. Hay muchas personas que no disfrutan ese sentimiento, pero yo creo que, si vamos a trabajar de manera efectiva en este campo, necesitamos sentirnos un poco desestabilizados. Necesitamos estar buscando otros enfoques para darle sentido a la salud en el momento presente y a la educación, para la salud dentro de comunidades o escuelas. Muchas de las ideas que presentaré el día de hoy y las ideas de las que he podido extraer información al trabajar en tantos proyectos, no vienen solo de la lista de lectura anterior, la foto con todos los libros que les mostré, sino que vienen de estos tres libros. Libros en los que participé como editora o escritora y como dije, la mayor parte de las ideas las pueden encontrar ahí.

El libro de teoría social y educación para la salud lo hicimos a propósito, ya que le pedimos a varios académicos que utilizaran teorías o conceptos diferentes y que los aplicaran a un tema de la salud. Así que, la tabla de contenidos del libro es muy interesante y da ejemplos sobre cómo trabajar con la teoría social y mejorar tanto nuestra investigación como nuestra práctica. Pienso que, como investigadores o académicos, podemos olvidarnos de la práctica. Nos gusta investigar y escribir, pero la realidad es que tenemos que involucrarnos en la práctica. En un momento hablaré de eso. Como acabo de decir, creo que la educación para la salud tiene bases muy sólidas en los modelos de teorías de promoción de la salud, en particular, en la salud pública moderna y la Carta de Ottawa, pero si retrocediéramos y volviéramos a las primeras versiones de la educación para la salud, a finales del siglo XIX, veríamos que esta educación tiene bases sólidas en la eugenesia y los movimientos por la templanza. Por eso pienso, que siempre tenemos que ser conscientes del trabajo político que la educación para la salud realizó en el pasado y de lo que sigue haciendo hoy en día.

Creo que esa es una de las razones por las que necesitamos teorías y conceptos, y ponerlos sobre la mesa mientras intentamos comprender la educación para la salud. No, no estoy abogando para que nos desagüemos de las teorías y modelos de la promoción de la salud. Pienso que podemos trabajar con ellos de una manera muy ingeniosa, como pueden ver en los estudios de caso que he hecho. Llega un momento, en el que necesitamos otros marcos de referencia, por lo que tenemos que pensar en las teorías y modelos de promoción de la salud, pero también necesitamos tener en mente la teoría social para que nos ayude a forjar nuevas versiones de educación para la salud. Algo muy interesante, especialmente aquí en Australia, es la poca cantidad de investigadores en educación involucrados en investigaciones sobre educación para la salud, algo que considero bastante extraño; sin embargo, gran parte del trabajo se da en facultades de ciencias de la salud o de medicina y ciencias de la salud, estos grupos de académicos están trabajando en colegios o intentando realizar educación para la salud. Pero rara vez, el equipo cuenta con un investigador en educación. Pienso que ese es un cambio que me gustaría ver. Ahora estamos viendo un cambio aquí, especialmente en Victoria, creo que todas las disciplinas tienen algo que ofrecer respecto a cómo entendemos la educación para la salud. Vemos muchas repeticiones en las investigaciones sobre la educación para la salud, como alguien que es parte de algunos consejos editoriales de revistas sobre educación para la salud, puedo decir que hay muchas repeticiones en torno a ajustar un diseño de

investigación, probar o estandarizar una medida, etc. Lo cual, por supuesto, es muy importante. Pero llega un momento en el que tenemos que observar lo que está pasando en general en el campo de la educación para la salud.

Recientemente, estoy involucrada en una revisión sistemática sobre los entornos de salud escolar. Junto con el equipo del que soy parte nos sentamos y extrajimos los artículos, y ahora estamos revisándolos y seleccionando cuáles artículos deben considerarse. Me di cuenta, de que en realidad estaba involucrada en una revisión sistemática de una revisión sistemática de las revisiones sistemáticas. Así que, solamente me senté ahí e hice una pregunta, dije que este trabajo era extremadamente laborioso y muy sistemático. Creo que eso es algo muy bueno. Pero al mismo tiempo, me empecé a plantear varias preguntas acerca de por qué se hizo tanta investigación sobre X y; sin embargo, X no ha cambiado de forma dramática, debido a esta investigación. Tal vez debemos empezar a pensar cómo se comparten estas investigaciones, cómo se abordan, qué podríamos hacer de otra forma y qué nos puede ofrecer la teoría social al tratar de entender lo que a menudo se conoce como fidelidad. Hablaré sobre eso en cuanto a la educación para la salud y cómo se dicta en el día a día de la escolaridad. Necesitamos formas de pensar diferentes si queremos entender eso. Wendy Brown nos invita a adoptar un pensamiento salvaje y es un concepto que me encanta. Sé que hace estremecer a mucha gente, porque si empezamos a adoptar un salvajismo, en cierto modo, desatamos nuevos paradigmas y formas de pensar, si bien pienso que muchas investigaciones tienen que ver con domesticar lo salvaje. Si pensamos en los ECA, por ejemplo, en la educación, se invierte mucho esfuerzo tratando de eliminar las diferentes variables para poder hacer realmente la ECA. No digo que se dejen de hacer ECAs, estoy hablando de hacer ese trabajo de esa manera. Hay otras formas salvajes de pensar, en este caso, en la educación para la salud.

La teoría social nos ayuda a ver más allá del plano próximo. Necesitamos un pensamiento salvaje para encontrarle sentido al presente en términos de lo que está pasando en la educación para la salud y quiero compartir que, por ejemplo, en este momento estamos trabajando en un recurso sobre el vapeo y voy a hablar de eso luego, pero la intervención del gobierno en las vidas de las personas en Australia tras la cuarentena por el COVID-19, es un sistema que ha cambiado considerablemente. Que la salud pública intervenga en el uso de vapeadores se ve como una teoría de la conspiración, somos víctimas de la OMS y su conspiración. Es bastante curioso. Ahora es una amenaza a los derechos de la gente. Aunque en Australia no tenemos la misma Carta de Derechos que EE.UU., esta se usa para replicar cualquier intento de intervención estatal.

Para tratar de entender eso, necesitamos nuevos enfoques, porque es muy complejo y no podemos ser necios y solo desestimarlos. Debemos tratar de entender qué es este momento de posverdad y qué efectos está teniendo sobre nuestra salud. No es la Constitución, es... Volveré a tocar el tema. Debería saber, pero lo volveré a tocar. Una de las cosas en las que he pensado a lo largo del tiempo es cómo entendemos la complejidad y el salvajismo de las aulas de clase porque debo decir que son sitios salvajes, sobre todo los viernes en la tarde. Uso las ideas foucaultianas acerca de la gubernamentalidad y me baso en el campo de los estudios sobre gubernamentalidad para pensar en los tipos de educación para la salud que vemos en las escuelas. Creo que esta cita de Rose, que encontré y que aplico a la educación para la salud, es un concepto muy útil. Podríamos pensar en esta educación como política, currículo o programa. Pensamos en ella como una metamorfosis dudosa, parcial, contradictoria y contenciosa, el abandono o conservación de temas viejos y la introducción de elementos nuevos, un cambio del rol y de la función de otros por su cambio de lugar y sus conexiones con el ensamblaje del control. Si se hace una labor normativa y se miran las

políticas en el tiempo, si se miran los currículos en el tiempo, es claro cómo los documentos curriculares y las políticas e incluso la pedagogía en los salones de clase son realmente dudosos, parciales, contenciosos y a veces contradictorios.

Así que es importante, descifrar esas cosas y entender qué es lo que ocurre. De verdad creo que los estudios sobre gubernamentalidad nos ayudan a encontrarle sentido a cualquier asunto de educación para la salud contemporáneo, ya sea política, currículo o pedagogía, como mencioné.

Creo que el ensamblaje como concepto, nos ayuda a entender algunas de las fallas que tipifican la educación para la salud y el desorden de la práctica, los salones de clase, la comunidad y los hogares. Pienso que debemos aprender a aceptar las fallas, incluso si la crisis nos presiona cuando volvemos al punto de equilibrio. Siempre estamos tratando de responder a una crisis. Tendemos a tratar de superar las fallas. Creo que solo cambiamos la investigación si cambiamos las variables. Creo que sí podemos aprender a aceptar las fallas y en la educación para la salud, es realmente inevitable que tengamos que considerar por qué esta educación está fallando y que tratemos de entenderla mejor y de reinventarla en respuesta a sus diversas fallas. Esto me lleva a hablar de la educación para la salud en Australia. Algunos de estos puntos resonarán en diferentes países. He podido viajar y hablar con académicos de la educación para la salud, como el profesor francés Didier Jourdan, miembro de la cátedra UNESCO, académicos de Dinamarca, Suecia, EE.UU, Canadá, Nueva Zelanda, Hong Kong, entre otros.

Las siguientes son características que nos ayudan a ver esto. La educación para la salud es personalizada, como que nunca hubo un giro crítico. Conocimiento, actitudes y cambio de conducta son un triplete en el que todavía se basa la educación para la salud en gran medida, a pesar de que se sabe que este modelo falla a menudo. Ya sabemos, que los determinantes sociales tienen un gran impacto sobre la salud y aun así nos seguimos enfocando en lo individual y en el estilo de vida. La educación para la salud usa el estigma y la repulsión para impulsar a la gente a ser más saludable. Eso se ve en campañas de salud pública, pero también se ve en la educación comunitaria y escolar. Y esos influjos, que es como nos referimos a ellos, son poderosos para definir cómo nos vemos y cómo vemos a otros. Así que, pensemos en cuerpos, qué tipos de cuerpos son aceptables y de cuáles hay que avergonzarse. Ese sería un ejemplo sobre este tema. Pensemos en cómo la educación para la salud o la promoción de la salud recurren a la vergüenza, estigma y repulsión para cambiar la conducta, y me refiero a mirar esto más de cerca. Así veremos que esto puede obstaculizar nuestras metas. Hemos visto en los últimos años estudios que empiezan a reconocer el rol del estigma, en particular el del peso, en campañas para la prevención de la obesidad. Esta es una buena razón para leer por fuera de nuestra disciplina, porque los académicos han estado hablando de ese tema desde hace un tiempo. Ya se sobrepasó la promoción de la salud y la salud pública, y apenas se está empezando a escribir sobre el tema y a pensar en él.

Podemos regresar a uno de los libros que mostré antes que habla sobre la biopolítica de la obesidad. Hay una gran comunidad crítica de académicos que estudian la obesidad y hemos estado escribiendo sobre pedagogías desagradables desde 2004. En 2009, salió este libro sobre biopolítica en el que hablamos acerca de la salud como un aparato gubernamental y que recoge la repulsión en las aulas para hacer este trabajo. Los docentes no saben impartir educación para la salud. Estoy trabajando en el Pacífico y es un problema que se ha detectado allí. Además, ayer estuve hablando con el profesor Peter Angleton, quien irá pronto a Sarajevo y una de las cosas en las que trabajará es la formación de docentes. Y yo diría, que aquí necesitamos una mejor formación de docentes que les dé bases sólidas para trabajar en

este campo. También hay que añadir, que la educación para la salud es relegada en las escuelas, pese a que la alfabetización es determinante para la salud. No se encuentra en un muy buen estado y en cierta forma, cuando hablo de nuevos modelos, soy consciente de que, dado el estado de la educación para la salud, ¿qué esperanzas ofrecería realmente un nuevo modelo? Pero les mostraré algunos modelos nuevos de educación para la salud y les hablaré de cómo se están abordando. Esta es un área muy interesante para trabajar. En muchos sentidos, estamos construyendo sobre bases poco sólidas. ¿Como que nuevos modelos? Creo que necesitamos un grupo de académicos interdisciplinarios interesados en la educación para la salud para que se unan y piensen en la educación para la salud como práctica. Los críticos de la educación para la salud deben hacer parte de eso. Creo que tenemos una mala reputación por solo hacer crítica. En cierto modo es como diríamos, pan comido si vemos las limitaciones de la educación para la salud en las escuelas. Creo que más críticos de la educación para la salud deben participar y contribuir a los nuevos modelos; no que los involucrados en salud pública deban invitar a los críticos, más bien, los críticos de la educación deben hacer parte de la conversación y dar el paso para estar en la mesa y entablar esas conversaciones. Creo que debemos pensar en los riesgos y en cómo usarlos en la educación. A menudo, cuando veo la educación para la salud impartida en las escuelas, es educación para la muerte, como que esas prácticas te matarán o morirás más pronto por ellas y se convierten en mensajes riesgosos bastante negativos.

Además, sabemos que las tácticas de miedo y esos problemas reales, los riesgos que corren los jóvenes, también invalidan esos mensajes. ¿Cómo podemos enfocarnos en la educación para la salud con base en las fortalezas? La educación para la salud no es informar. Pensémosla como estudio de salud, no solo educación para informar y cambiar comportamientos en la gente. Hay que ampliarla y animar a los jóvenes y a la comunidad a entender la salud. Queremos que la gente pueda examinar, analizar y resumir de forma crítica. Ahí está la alfabetización de mayor nivel. Necesitamos ser interdisciplinarios y necesitamos creatividad, porque vivimos en un mundo cada vez más complejo y la creatividad va a ser nuestra amiga a medida que avancemos. Y hay que pensar en el compromiso y la potenciación de la comunidad. Muy bien; entonces, mostraré algunos estudios de caso. Los presentaré y veremos videos que son bastante útiles para resaltar los diferentes estudios de caso. Quiero presentar un modelo de educación para la salud con implicación comunitaria. Se llama Kids Co-designing Healthy Places. Pueden ver el sitio web en la diapositiva, pero si buscan Kids Co-designing Healthy Places, lo encontrarán. VicHealth, organismo estatal responsable de la promoción de la salud en Victoria, creó una asociación gubernamental y trabaja con los municipios para elaborar un modelo en el que los jóvenes lideren una comunidad sana.

Hay dos modelos. Connecting the Dots, que es un proyecto para mapear sistemas y Kids Co-designing Healthy Places, que es el proyecto en el que participé. La asociación quiere crear entornos en los que se apoye a niños y jóvenes de entre cero y 25 años a ser activos, sentirse conectados con la sociedad y comer bien. desde ya se puede ver el cambio de enfoque. Ahora se direcciona hacia el entorno, en vez de hacerlo a los comportamientos individuales, por cómo influye el entorno social y físico en la salud. Para mí, esta es una muy buena plataforma para aportar a la educación crítica para la salud. Así que diseñamos un modelo para ayudar a los consejeros escolares a interactuar con los niños. Pensando en niños de primaria de seis, cuatro, cinco o de 6 a 12 años de edad. Aparte, era un conjunto de herramientas digitales. Así que, en realidad, no íbamos a las escuelas que hacían esto. Sin embargo, los consejeros o las escuelas asociadas lo han llevado a cabo. La primera fase es: los niños aprenden sobre lugares saludables. Los niños fueron a evaluar sus lugares cotidianos, hicieron un estudio de la comunidad y luego participaron en un taller de

codiseño en el que propusieron soluciones para crear lugares saludables. ¿Cómo aprenden los niños sobre lugares saludables? Hicimos una animación y hay mucho que decir al respecto, pero no tengo el tiempo, aun así, la quiero mostrar.

Hola. Hay muchas cosas en nuestro barrio que afectan nuestra salud. Algunas de ellas son físicas, y algunas otras son sociales. ¿A qué nos referimos con físicas? ¿A qué nos referimos con sociales? Miremos algunos ejemplos. Piscina pública. Piscina pública, todos y todas son bienvenidos. Social. Incluyente, segura, divertida. Rampa de acceso. Física. Piscina para niños y niñas. Social. Incluyente, segura, divertida. Tienda de la piscina, física, opciones saludables y económicas, alimentación saludable. Miremos algunas cosas del barrio que afectan la alimentación saludable: las tiendas, hamburguesas, donas, helado, sánduches, frutas, mercado local de alimentos frescos, comida saludable, Publicidad, acceso, precio, agua potable gratuita, actividad física. Miremos algunas cosas de nuestro barrio que afectan la actividad física: El parque, jugar, incluyente, seguro, divertido. Transporte: Necesitamos opciones seguras y fáciles para caminar, montar en bicicleta y coger el transporte público, avenida, parada de buses, transporte público, calles seguras. Mira las características físicas y sociales del lugar donde vives. ¿Qué cosas pueden afectar la alimentación saludable y la actividad física en tu barrio? Así que... Hola. Un momento, por favor. Bueno, esa fue la forma de involucrar a los niños en el aprendizaje de los determinantes sociales y comerciales de la salud. Y cuando se lee esa literatura sobre lo que es educar a la gente sobre los determinantes sociales y comerciales de la salud, surgen muchas cuestiones en torno a ello. Pero, esa animación preparó a los niños para salir a investigar. Teníamos que reforzar su alfabetización. Porque, si lo que queremos es que desconozcan lo conocido, esa animación nos va a ayudar a lograrlo. Así que, la gente salía a la comunidad a observar de otra manera los factores que influyen en la salud. Especialmente lo relacionado con el entorno físico y social, porque está claro que los entornos físicos y sociales son un factor determinante de la salud.

El tema social es un poco complicado porque se trata de los sentimientos, es un poco más oscuro, pero los niños lo entendieron bien. También proporcionamos una serie de recursos para que los profesores los utilizaran si querían integrar este programa en su plan de estudios. La segunda fase consiste en que los niños evalúen sus lugares cotidianos. Queríamos que los niños se convirtieran en pequeños investigadores de la salud comunitaria y recopilaran datos. Así que, los orígenes se basaron en enfoques participativos, que aparecieron en el momento preciso. Pero también, en ciencia ciudadana que está despegando en la salud pública. Proporcionamos una serie de opciones que los niños pueden hacer o que los consejeros les pueden pedir que hagan y luego, seleccionaron cómo querían recoger los datos. Aquí hay algunos ejemplos de las formas en que los consejeros recopilaron datos en Shepparton en la región de Greater Shepparton; era una revista con toda la gama de preguntas en torno a lugares saludables en esa región de Gran Shepparton, tuvimos una estudiante al este de Victoria; que hizo una evaluación a un parque. Ella enumera todos los problemas que ve en el parque local.

Ella dice, que un parque necesita mucho trabajo, principalmente en la esquina izquierda, luego se le ocurrió que necesitaba baños públicos. La verdad, los baños públicos aparecieron mucho en los datos. Por último, algunos niños hicieron un ejercicio de mapeo con Google Maps y destacaron los problemas. Esto se hizo con 13 consejeros de Victoria y otros 30 se están apuntando a este proyecto en concreto. Aquí hay otros ejemplos de datos, que los niños recogieron haciendo fotos utilizando cámaras digitales disponibles y dieron una vuelta a tomar fotos. Para destacar lo favorable o no que es su entorno local, una vez que

llegan los datos y los consejeros puedan tener la oportunidad de agruparlos, empezamos a trabajar en talleres.

Allí reunimos a los consejeros y a los niños para analizar los datos y proponer soluciones, y esas soluciones se incorporan a los planes municipales de salud pública y bienestar que el gobierno estatal exige a los consejeros cada cinco años. Este es un ejemplo de análisis de datos. Tomamos todos los datos que recogieron y los escribimos en tarjetas, luego se sientan e identifican qué cosas afectan los sentimientos. Entonces, ¿comer sano y ser activo? Y luego enlazan los puntos. Así que nos basamos, en el pensamiento de la ciencia de sistemas, para decir: ¿hay ejemplos en los que determinadas cuestiones repercutan en dos o más problemas de salud?, y utilizaron la lana allí para conectar los puntos, por lo que estamos entrando en un análisis más profundo a la vez que practicamos la alfabetización para la salud. Esta es una foto del taller de diseño para niños en la zona de Greater Bendigo.

Ahí está la alcaldesa local que vino y se reunió con los niños. Pueden ver que los niños ordenaron los datos en la marquesina. La alcaldesa dio una vuelta, miró los datos. Los niños interactuaron con los datos y luego ella dijo: Los niños están muy interesados en escuchar lo que usted piensa que son los problemas, lo que es fabuloso, les encantó. Enhorabuena para la alcaldesa. En cuanto a los resultados, tengo dos estudios de caso de consejeros basados en la investigación de los niños y sus conclusiones, así como en la búsqueda de soluciones y establecer prioridades. Así que, los consejeros se fueron con una idea un poco más clara de las experiencias de los niños con su entorno local y de las cosas que pensaban que podrían contribuir. Ahora estamos en la fase en que estas ideas se traducen en planes de acción. Así que, estamos a 3/4 del camino y lo que sigue, es que estas cosas se lleven a cabo en los próximos cinco años. Lo fabuloso de este proyecto es que ha sido finalista del laboratorio de prevención de ENTs de la OMS, como una especie de proyecto que se compromete con las generaciones futuras para provocar un cambio que pueda impactar las ENTs. Estudio de caso dos: juegos digitales, esto se desarrolló a partir de “Los Niños Co-diseñan Lugares Sanos” y voy a ponerles un vídeo. Este es Sandro Demaio, director general de VicHealth. VicHealth nos encargó el desarrollo de este proyecto. Escuchen a Sandro.

Hola a todos. Estamos invitando a los niños victorianos de 9 a 12 años a diseñar un mundo sano del futuro utilizando Minecraft Education Edition; nos hacemos una gran pregunta: ¿Cómo ayudarías a tu comunidad a ser activa, comer bien, sentirse incluida y estar conectada socialmente? En las próximas semanas, los niños se convertirán en investigadores y diseñadores para la salud comunitaria. Han realizado una serie de misiones.

Empezando por identificar los principales problemas de salud de su comunidad local. Desarrollarán una serie de soluciones para resolver estos problemas y, a continuación, diseñarán y construirán un mundo saludable del futuro en el que todos los miembros de su comunidad estén conectados, sean activos, disfruten de alimentos sanos y se sientan bien. Por el camino, conocerán a nuevos personajes que les enseñarán más cosas sobre lo que constituye una comunidad sana. Lo mejor de todo, expondremos sus ideas innovadoras en nuestro sitio web y las compartiremos con nuestras partes interesadas y los principales responsables de la toma de decisiones. Para que puedan aplicarse en comunidades de todo Victoria. Todo lo que necesita para ayudar a sus hijos a prepararse para esta misión, está disponible en este sitio web. Sabemos que los niños son curiosos y están deseando ver sus prototipos para crear un futuro más sano, más justo y mejor, un futuro que nuestros hijos disfrutarán. Nos vemos en Minecraft. Así que puedes ver la conexión con el proyecto anterior. Y una de las limitaciones del proyecto anterior es



que los niños tenían que sentarse y hablar sobre lo que pensaban. Este proyecto va un paso más allá y les hace participar en la construcción de un mundo saludable del futuro en Minecraft, y voy a compartir con ustedes nuestra prueba piloto, uno de los proyectos piloto que hicimos el año pasado con Minecraft. Creo que algunas de las características positivas de esto son... Las ideas útiles y las soluciones a los retos son tan importantes, porque los alumnos de hoy son los adultos del futuro. Minecraft es muy divertido de usar. Hay tantas partes atractivas.

El desafío de Minecraft es muy divertido. Me divierto jugando mientras aprendemos al mismo tiempo. Building Future Healthy es un proyecto que surgió de la necesidad de ofrecer a los niños de primaria, la oportunidad de aprender sobre salud. Así que, hemos estado explorando eso a través de Minecraft mediante el estudio de los factores sociales y físicos que realmente pueden hacer que un entorno obtenga resultados positivos en materia de salud. Sin duda, Minecraft despierta la creatividad en las aulas; simplemente el poder trabajar en grupo en el mismo mundo y cooperar con las ideas de los demás para construir algo juntos es algo de lo que los niños nunca se cansan. Mi grupo identificó, que una piscina y un parque y la tienda de fruta, sería una buena idea porque a la gente le gusta nadar, pero no hay muchas piscinas y el parque es bueno para hacer ejercicio también, y la tienda de fruta es buena para que uno pueda comer bien. No hay muchos lugares para estar activo ni circuitos de óvalo o lugares deportivos, así que pensamos que tal vez podríamos añadir más. Hemos estado construyendo una biblioteca. En la biblioteca tenemos cosas como un huerto, comida gratis, en el segundo piso tenemos una zona de juegos, un gimnasio. Los comentarios que hemos recibido de los profesores es que lo han acogido muy bien como un recurso. El desafío del futuro saludable en Minecraft, se alinea muy bien con el plan de estudios de Victoria. Es una forma muy eficaz de que los niños compartan sus ideas. Creo que, si queremos encontrar mejores soluciones, tenemos que escuchar a los niños; de ellos obtenemos nuevas perspectivas a medida que abrimos estas conversaciones. Definitivamente, recomiendo el desafío del futuro saludable en Minecraft.

Lo principal en la enseñanza, es involucrar a los estudiantes y Minecraft es una muy buena manera de hacerlo. Ese fue un piloto del proyecto de Minecraft. Actualmente, la misión está en progreso. Entre las mejores cosas de Minecraft y tiene muchas cosas buenas, lo que sea que los niños construyan, usted puede ir a la comunidad con un Ipad si tiene acceso a ellos y usar Adobe Aero para superponer la construcción en el área. Los niños han construido un parque fabuloso con mucho equipamiento maravilloso. Puede tomar el Adobe Aero, ir al parque y sostenerlo y por medio de la realidad aumentada, incluso puede ver cómo se ve en el parque. Realmente muy interesante. Como dije, esto se está llevando a cabo actualmente en Victoria en unas 60 escuelas involucradas en el proyecto. Tenemos una plataforma, para que presenten sus hallazgos el día de hacer la diferencia; para el sector de la educación católica, que invita únicamente a los niños para que presenten sus construcciones. También, invitaremos solo a los niños a VicHealth pero también los involucraremos con la asociación del gobierno local de Victoria de la que hablé previamente. Así que, ambos proyectos se traslapan bastante, pero esta es una forma muy diferente de involucrar a los niños en la construcción de un futuro saludable. Solo quiero enseñarles un clip rápido de lo que los niños pueden hacer. Este es Austin del grado sexto o estaba en ese grado y su desafío era construir un mundo futuro de alimentación saludable que fuese sostenible, saludable y justo. Solo les enseñaré un par de segundos de este proyecto. Hola, me llamo Austin, tengo 12 años y este es mi mundo de alimentación sostenible en Minecraft. Vivo en Berwick la cual está en la ciudad de Casey. ¿Sabías que donde vivo menos de una de cada diez personas consume suficientes verduras cada día? Y solo cuatro de cada diez comen suficiente fruta cada día. Esto se debe en gran parte a que donde vivo una de cuatro personas no puede

pagar una alimentación saludable. Esto es peor que en muchas partes de Melbourne, por lo que en mi mundo de alimentación sostenible quiero ayudar a las personas que viven a mi alrededor.

Les mostraré cómo, pero primero tenemos que coger unas manzanas y mi contenedor orgánico. Aquí tenemos los jardines comunitarios y este es el compost. Me detengo aquí porque dura tres minutos, pero se hacen una idea del proyecto y seguir el proyecto del futuro saludable con Minecraft. Todos los niños hacen un videotutorial como Austin, que nos lleva en un recorrido por la construcción para explicar cómo la construcción puede ayudar a abordar un asunto específico de la salud. Austin lo hizo muy bien y desde el principio, mencionó que hay problemas reales acerca de la asequibilidad de los alimentos donde vive y empezando a pensar en los determinantes sociales de la salud y en cómo abordarlos por medio de mejorar el ambiente, me parece fabuloso. La educación para la salud está orientada a la comunidad, es involucrarse y tomar acciones en los determinantes sociales de la salud.

Ahora, en el estudio de caso número 3: nuevos sitios para la educación para la salud. Dados los límites de los que he hablado previamente sobre la educación para la salud, estoy interesada en pensar en nuevos sitios en los que podemos hacer educación para la salud. Pensando en espacios públicos como los museos, las galerías o las exhibiciones temporales. Solo quiero compartir con ustedes este festival. Tenemos que hacer algo bastante radical, para transformar nuestro sistema alimentario, ya que el medio ambiente se ve profundamente afectado y los niveles de seguridad alimentaria de las personas y la salud. Por ello, nosotros trabajamos con la Fundación Sandro Demaio y Fed Square, para llevar a cabo este pequeño festival durante dos días.

Entonces, podríamos decir que es un gran consorcio entre un gran número de diferentes miembros interesados, se realiza en una plaza pública en el distrito central y de negocios de Melbourne. Ofrece la activación de todo el sistema alimentario y hablamos con los niños sobre algunos de los cambios que debemos hacer para mejorar el sistema alimentario. Solo quiero, compartir con ustedes algunas de sus ideas. En la evaluación les preguntamos sobre algunas de las acciones, que se pueden tomar para mejorar el sistema alimentario y los niños hablaron sobre muchas maneras diferentes por medio de las cuales podrían contribuir. También hablaron mucho sobre asuntos más amplios como que la alimentación saludable es cada vez más cara, por lo que es un problema, el cual, hay que afrontar y aportar, para que pueda cambiar. También es interesante, que el asunto del cambio climático es casi, se dice, que es más importante que un asunto de la salud personal. Por lo que, una vez que uno empieza a involucrar a los niños en pensar el cambio climático y su impacto en el clima, se obtienen distintos tipos de niveles, creo que sería interesante explorarlo a través del tiempo. Este es solo un ejemplo del festival de los alimentos. Y tengo otro ejemplo más. Un estudio de caso sobre el vapeo. Esto está pasando en el momento, se está llevando a cabo, vamos a iniciar las pruebas con unos nuevos recursos. Podemos ver en el diagrama que tenemos, que establecer enlaces inter curriculares, por lo que estamos pensando en establecer comunidades saludables y estamos construyendo alfabetización para la salud y esta alfabetización, la construimos desde el currículo. Todas estas áreas temáticas son necesarias, si queremos educar a los niños sobre cuáles son los hechos en cuanto al vapeo, esto está muy enfocado en la ciencia, sobre cómo el mercadeo y la publicidad están dirigidos hacia los niños. Están el arte mediático y la alfabetización en inglés, que se basan en comprender textos persuasivos, los determinantes sociales y cómo nuestro entorno afecta nuestra salud. Está la geografía; la importancia de entender diagramas, al igual que los derechos del tabaquismo y el vapeo. Ahí vemos la aritmética. Y también, la ciudadanía y la educación cívica. El ser parte de una comunidad y pensar en su salud.

Y, por último, el uso de varias aplicaciones para desarrollar una campaña multimedia, pero como dije, esto está en marcha y espero tener algunos recursos listos para noviembre. Este es solamente otro ejemplo bastante sencillo, de cómo intentamos trabajar a través del currículo con múltiples disciplinas programadas para ayudar a los jóvenes. Como leemos en HPE: Planificar nuevas estrategias y recursos para mejorar la salud, la seguridad y el bienestar de las comunidades; esto es un ejemplo de un buen currículo de educación para la salud.

Soy consciente del tiempo y por eso quiero terminar con este fragmento del currículo de educación para la salud de Victoria: La educación para la salud, debe fomentar la capacidad de los jóvenes para adoptar una perspectiva socialmente crítica sobre los problemas de salud. También, se le debería dar a los estudiantes la oportunidad de evaluar las condiciones sociales que puedan crear problemas de salud en nuestra sociedad. Pueden desarrollar estrategias para abordarlos desde una perspectiva personal y, cuando sea práctico, dichos estudios deberían generar proyectos de acción en la comunidad. Ya pueden ver como todos los proyectos que les mostré, encajan muy bien con ese currículo. El problema es que ese es el currículo de 1989. Cuando estaba en mi primer año de formación docente, ese currículo me influyó para pensar en lo que la educación para la salud podría lograr.

Como dije antes, nuestro currículo es muy individualizado y ese es un problema importante. Las condiciones actuales de este son muy hostiles hacia la educación crítica para la salud. El currículo más reciente es el más individualizado que he visto en mis 30 años dentro de la educación para la salud. Pero en Victoria, estamos trabajando para adaptarlo. Y una de las cosas maravillosas de Victoria es que, aunque las condiciones del currículo han retrocedido, las condiciones más amplias de la promoción de la salud han mejorado. Contamos con el CEO de VicHealth, Sandro Demaio, a quien vimos varias veces durante este proyecto promover una ideología diferente y centrarse, en sistemas que darán vida a una Victoria más saludable y justa.

Este es un tweet de Sandro de hace unos días. Esta es la nueva estrategia de 10 años. Pueden ver que ahora, están trabajando para promocionar la salud y garantizar la salud de la población. Compromiso a largo plazo, enfoque en la remodelación de sistemas y no solo cambiar comportamientos, equidad en salud como el centro de lo que hacemos y aplicar el enfoque a nivel local, estatal, nacional, etc. Contamos con condiciones completamente nuevas, que permiten que la educación crítica para la salud prospere, siempre y cuando logremos que ese currículo adopte algunos de los principios del de 1989. Sin embargo, en términos de educación crítica para la salud, el currículo tiene que ser relevante, participativo e involucrar a la comunidad. Hay que involucrar a los niños, jóvenes o adultos que puedan identificar el problema. Vimos esta tendencia a la participación y al co-diseño. Y si bien, no es la solución, es una metodología interesante, que tenemos que explorar más. Debemos trabajar con profesores y otros educadores, evitar las sesiones de una sola vez, ya que son pésimas a la hora de desarrollar la alfabetización de la salud. Necesitamos programas más extensos, evitar la educación sobre la muerte y adoptar un acercamiento que se base en las fortalezas. Y la gente tiene que participar o perderemos la valiosa oportunidad de entender la salud. En pocas palabras, esto es la educación crítica para la salud. Empecé hablando del tipo de campo y las ideas que nos inspiraron y nuevos enfoques para pensar en este tipo de educación. Después les di varios ejemplos sobre la educación crítica para la salud en acción. No duden en escribirme en caso de que tengan dudas. Ese es mi correo electrónico. Espero que tengan un congreso maravilloso y que el equipo de fútbol femenino colombiano siga avanzando. Muchas gracias por la invitación. Como les dije, estaré feliz de responder cualquier pregunta o correo electrónico. Gracias.

# Evolución, perspectivas y contextos de la educación para la salud en América Latina

## Ponente conferencia:

Hiram Arroyo Acevedo

Director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud; Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

25 de agosto

Muy buenos días, gracias por la presentación. Muy buenos días a todas y todos. Un placer para mí estar en esta sesión de esta mañana, agradeciendo la oportunidad de compartir con ustedes este espacio. Estamos en las postrimerías del evento. Ya hay un documento de declaración que se está socializando. Quiere decir que mi trabajo va a ser muy fácil en este momento, porque realmente lo que voy a poder compartir con ustedes es inclusive un resumen de muchas de las contribuciones de los compañeros y las compañeras que han estado durante más de 48 horas haciendo alarde de la contribución conceptual y metodológica de la educación para la salud. Así es que me corresponde a mí compartir con ustedes algunas experiencias que hemos venido teniendo en el campo de la educación para la salud en nuestra región de América Latina y a nivel global. Yo creo que esta presentación mía está absolutamente sesgada; esto es una presentación que eleva la educación para la salud de manera celebratoria, aun con todos los elementos críticos que se han estado ventilando a través de estas últimas 48 horas con relación a nuestro campo profesional. Ciertamente, sí tenemos evidencia de cantidad de avance en nuestro ámbito. Es un gran regocijo que en el marco de una conferencia nacional de salud pública se eleve al rango de prioridad la temática de la educación para la salud. Le hemos manifestado al doctor Peñaranda el regocijo de todo el colectivo de las redes vinculadas a la educación para la salud de nuestra región, justamente por este hecho. Lo otro que hay es la subestimación que se ha dado en los últimos años al campo de la educación para la salud.

Yo pienso que hemos estado en ventaja en el marco de este congreso, en el sentido de que prácticamente todas las presentaciones han enfatizado en los elementos de avance, en los elementos positivos, respecto a este ámbito profesional. Lo otro es apuntar a que el desarrollo histórico institucional de la educación para la salud en la región de América Latina lo podemos ubicar a partir de la década del 40, con la existencia de programas académicos de formación profesional. ¿Qué fue primero, la gallina o el huevo? Miren, la educación para la salud está presente desde prácticamente las décadas previas; siempre ha estado en el discurso teórico-técnico de la salud pública, es el arte y la ciencia de promover la salud, prevenir la enfermedad, prolongar la vida a través de los esfuerzos de la comunidad. Y en ese que hacer, utilizando esta definición de Winslow, la educación ha tenido un sitio extraordinario. Entonces, hay un liderazgo institucional global de la educación para la salud latinoamericana. Y esto es otro elemento sesgado, el que estoy planteando. Pero en la mayoría de los encuentros hemos estado siempre conversando de la aportación de América Latina a todo este quehacer discursivo y a la praxis de la educación para la salud y la promoción de la salud a nivel global. Hemos tenido unos problemas de naturaleza estructural y de documentación, es decir, a lo mejor hemos entrado en unos posicionamientos de subestimación del trabajo que hemos realizado y no hemos documentado todo nuestro quehacer. Pero si hacemos balance, de nuestra contribución en el campo de la educación para la salud, podríamos decir que históricamente

hemos asumido un rol de liderazgo muy fuerte, con muchos rostros y voces, a través de muchas de las décadas. Y entonces, en ese sentido, hay una contribución que es claramente manifiesta por América Latina. Y el contexto propiamente de trabajo en red en el ámbito de la educación para la salud también hemos tenido, un rol protagónico en toda esa gestión.

El movimiento de promoción de la salud, que se gesta a partir de 1986, viene siendo un momento histórico, un paradigma que complementa el trabajo que en educación para la salud se había estado realizando, y se le hace un “upgrade”, se le da una nueva dimensión a la educación para la salud, para hacerla más política, más integral. En el contexto de América Latina, saben que hemos estado, muchos de nosotros, defendiendo la personalidad política programática de la educación para la salud de la mano del movimiento de promoción de la salud que se gesta en la década de los 80. Es decir, algunos de nuestros países sí suprimieron muchas políticas y estructuras de educación para la salud cuando se inicia el movimiento de promoción, pero en otros países mantuvimos ambos frentes de manera paralela. Pero ciertamente no ha habido ningún debate respecto a la relación complementaria entre promoción de la salud y educación para la salud.

Lo otro es que hay una experiencia que es diferenciada por la pandemia en términos de que hay que seguir caracterizando cuál es el estado de la situación de la educación para la salud en este momento pospandemia. Ahí hay una revisión que se tiene que hacer en muchas de las políticas nacionales. Hay una experiencia de insatisfacción, por muchos de nosotros, en términos de la poca valoración o la baja valoración que se le adjudicó a la educación para la salud en el manejo de la pandemia. Se referían a educación para la salud en términos del quehacer intervencionista ante la pandemia, pero nunca se referían a la educación para la salud como campo disciplinar.

Y entonces, son unos cuestionamientos que nos hacemos, porque planteamos que han transcurrido 80 años de este movimiento y este que hacer en nuestra región, y no deberíamos tener problemas de falta de comprensión, de falta de valoración de las acciones de promoción de la salud y educación para la salud en nuestra región. Bueno, hay un inventario de abordajes conceptuales de la educación para la salud que hemos venido realizando desde el inicio este evento. No tendríamos necesariamente que hablar de una situación de falta de entendimiento de la educación para la salud. Hay muchas propuestas en este sentido. Fíjense que la perspectiva global de la educación para la salud es, en sus inicios, focalizada en la responsabilidad individual, en los asuntos de salud y, obviamente, esta definición es del 69. No se había oficializado el movimiento de promoción de la salud y no se había elevado todo nuestro quehacer profesional desde esta óptica estructural política, que se ha defendido en la promoción de la salud. No nos podemos detener en todas estas definiciones, pero vean que, en ese recorrido conceptual de la educación para la salud, hay muchos rostros y voces. A lo mejor podemos pensar en una experiencia polisémica con relación a lo que es la educación para la salud.

Otros podríamos pensar que sencillamente son miradas, perspectivas y contextos diferenciados de lo que es promoción de la salud. Al avanzar los años, vemos que hay ese cambio en nomenclatura, hay, unas propuestas de mayor integración de los componentes estructurales, de los determinantes sociales de la salud, en ese quehacer interpretativo de lo que es la educación para la salud. Y entonces nos movemos de esa defensa que en un momento dado se tuvo con relación a la responsabilidad individual en los asuntos de salud, a una responsabilidad más social y defender ese elemento de equilibrio.

Hay una perspectiva norteamericana que también tiene sus matices con relación a la educación para la salud. Yo solo estoy recreando algunos eventos y actores. Desde mi punto de vista, la perspectiva norteamericana se ha mantenido bastante estable en términos de seguir adjudicando la responsabilidad individual en los asuntos de salud, se sigue focalizando en el bienestar, se sigue focalizando en los estilos de vida, y la mayoría de las definiciones apuntan en ese sentido. Hay entidades norteamericanas, académicas y profesionales que mantienen vivo un observatorio para reevaluar lo que es el marco definitorio conceptual y metodológico de lo que es la educación para la salud y publican un documento técnico cada 5 años para presentar esas propuestas diferenciadas de lo que es educación para la salud.

Los trabajos de Lawrence Green y otros en su marco de definición se ve que empieza a haber una evolución en la nomenclatura de lo que es la educación para la salud. Y estos son distintos tipos de definiciones a los cuales nosotros hemos estado expuestos en nuestros currículos de nuestros programas y que citamos con muchísima frecuencia. Esta entidad, que se llama la Coalición Nacional de Health Education de los Estados Unidos, también hace referencia a esa perspectiva de la educación para la salud. Obviamente, en este caso, combinando no únicamente la parte de las responsabilidades individuales, sino que empieza a haber otras perspectivas y hablan entonces de las experiencias de equidad en salud.

Así la última definición desde esta óptica norteamericana de esta organización hace alusión a la planificación racional de las acciones de educación para la salud y parte de la premisa de esa combinación en el accionar político, económico, educativo, organizacional, y se aproximan más a un entendido de la educación para la salud moderna, por decirlo de alguna manera. Yo cito aquí algunas definiciones de educación para la salud del 2023 y si ustedes entran a la caracterización de esas definiciones pareciera que vamos nuevamente para atrás porque nuevamente empezamos a culpar a la gente por lo que hacen. Así es que hay un conjunto de perspectivas que se encuentran, y que ponen en entredicho si hay realmente avances en términos de estas visiones de educación para la salud.

En la definición de promoción de la salud y educación para la salud en Norteamérica, ellos mantienen con las cinco líneas estratégicas y a la educación para la salud de manera central ; reconocen que hay unos elementos de influencia social alrededor de ella. Los tratados de educación para la salud, los tratados académicos, un poco apuntan a este conjunto de corrientes filosóficas dominantes. Es obviamente la filosofía centrada en el cambio de comportamiento de salud de una manera primaria, el locus de control; y vivo lo relativo a la toma de decisiones, todo lo que tiene que ver con el funcionamiento libre, libre de coerción y la teoría de cambio social. En la perspectiva europea, aquí una mención, la definición de educación para la salud del de 1981 de Antonia Modolo, que ha sido un referente europeo, en este caso, del grupo de la Asociación Española de Educación para la Salud, hoy se llama Fundación de Educación para la Salud de España, con nuestra colega María Sainz, que también ha presentado unos abordajes interpretativos de lo que es la educación para la salud.

Hay otra serie de académicos profesionales que presentan abordajes de la educación para la salud de manera diferenciada, y este es un material que ustedes van a tener disponible para seguir viéndolo. Hay un referente también para la comunidad profesional y colegas españolas, que es Pilar Nájera, que fue, directora de educación para la salud en España por muchos años y que en sus últimos documentos escritos integra todo ese quehacer de la educación para la salud y la promoción de la salud en su trabajo. Tenemos también todo un grupo de colegas españoles que se han focalizado en el problema de promoción de la salud escolar, que es justamente el tema que acaba de concluir en la conferencia previa.

Bueno, en América Latina tenemos un conjunto de colegas que han mantenido la presencia permanente de profundizar sobre las bases conceptuales metodológicas de la educación para la salud. Es un grupo que de alguna forma ha ejercido roles de apartheid, de la defensa disciplinar de nuestro campo. Y hay cantidad de perspectivas donde plantean en este caso, Peñaherrera, Cardaci y Sanabria, que esto es todo un marco referencial que se mantiene en construcción, que hay que seguir revisándolo, y que es un marco referencial para pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos.

Hay otros abordajes también de la educación para la salud que apuntan a elevar la educación para la salud como propuesta de política social; y unas definiciones un poco más actualizadas de la educación para la salud focalizan en otros componentes intervencionistas. Aunque se reconoce el elemento de la responsabilidad individual en los asuntos de salud, nos planteamos el problema de la alianza o los efectos adversos que tiene todo este mundo digital de acceso a fuentes de información, donde se plantea la necesidad de afrontar el problema del análisis crítico de la información. ¿Cómo logramos llegar a la población para que la gente pueda discernir entre información buena y la que no es buena? ¿Cómo es exponernos a ese mundo tan complicado que no controlamos y que necesariamente afecta a todo el trabajo que se hace en educación para la salud?

El otro tema es el de los entendimientos de los determinantes sociales de la salud que, aun cuando en el discurso reconocemos su importancia, en las acciones programáticas tiene que cuidarse la incorporación del análisis crítico de los determinantes sociales de la salud en el quehacer. No podemos seguir hablando de enfermedad, de signos, síntomas, medidas preventivas y dónde acudir para recibir servicios de salud. Paralelamente a eso, tenemos que trabajar con otras dos orientaciones: las relativas a que la gente, junto a nosotros como proveedores de servicio o como auxiliares en el trabajo educativo, pueda entender la verdadera raíz de los problemas que les afectan, número uno, y segundo, el componente de habilidades para la vida o destrezas para la vida. Es decir, que la educación para la salud moderna de alguna manera tiene que tomar en consideración las destrezas para que la gente se active y participe en los asuntos de salud, y de la misma manera, reclamar un compromiso social y político, no solamente del ente externo, sino también a nivel de los grupos y los individuos. La educación para la salud, hoy por hoy, de la mano con la promoción de la salud, plantea una serie de respuestas y desafíos para su actuar que son diferentes e incorporan las cinco líneas estratégicas de la promoción de la salud, como las conocemos hoy, pero se suman otro conjunto de acciones.

Hay unos enfoques de salud transversal que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, todo lo que tiene que ver con la interculturalidad y la diversidad cultural, y los derechos humanos. Hay también unas metas que se persiguen.

Esta es la definición de la doctora Chapela, donde ella habla de la capacidad humana corporeizada, individual y colectiva, para construir un futuro viable y avanzar hacia ello. Lo que sí es cierto es que durante estos dos días que llevamos, hemos elevado a rango de importancia a todos estos rostros y voces de la educación para la salud. Plantearnos que el abanico de aplicación práctica del campo de la educación para la salud asume todos estos entornos, todos estos contextos, todas estas perspectivas, prácticamente la mayoría de ellas han tenido instancias de presentación directa de los fundamentos de todas estas áreas. Las organizaciones internacionales vinculadas a la salud, y concretamente a una de ellas, en la que nosotros hemos estado vinculados por años, que es la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, siempre han puesto esta relación de la transición paradigmática entre educación para la salud y promoción de la salud. Han planteado los vacíos, la brecha que la educación para la salud

tradicional ha planteado durante las décadas del 40, 50 y 60. Entonces, fíjense que la propia organización mundial que nos representa dio ese salto paradigmático y cambia incluso su nombre a partir de 1993, donde se convierte en la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Tienen toda una corriente programática en ese sentido.

Hay muchas más miradas que podemos darle a la educación para la salud, si establecemos unos momentos históricos. Yo hablo de la educación para la salud tradicional ubicándola del 40 hasta el 70, y hablo de una educación para la salud matizada por la promoción de la salud a partir de los 80 y el 2020, y unas nuevas miradas a la educación para la salud desde el 2020 hasta el 2023. Ven en ese cuadro un conjunto, solo una muestra, de corrientes paradigmáticas, de modelos, de enfoques teórico-conceptuales que han estado visitando el campo disciplinar de la educación para la salud y que habría que estudiar más toda esa relación de complementariedad conceptual y de abordaje sobre cada uno de estos campos.

Lo otro son los enfoques y perspectivas de la salud pública en general que también han permeado todo este desarrollo histórico de la salud pública y que han tenido efectos en las miradas también hacia la educación para la salud. Ahí ven algunos de esos enfoques. Fíjense que son enfoques sacados de las propias definiciones dominantes de educación para la salud que se han manifestado durante esa década y que han mantenido unas variaciones en los campos interpretativos de la educación para la salud. Son áreas que hay que seguir mirando. En los 80, el enfoque conductual y de estilo de vida, el biomédico. Fíjense que son mutuamente excluyentes, son ámbitos teóricos, paradigmáticos, conceptuales que cobran una fuerza y un matiz especial en unas miradas conceptuales del movimiento de educación para la salud a través de las décadas. Fíjense que todas estas perspectivas de salud y desarrollo humano, salud holística, el modelo de salutogénesis, habilidades para la vida. Muchas de esas propuestas se ubican como parte del discurso institucional y tienen las influencias en el entendimiento y en la práctica de la educación para la salud. Ahí las miradas del 2000; y las miradas más cercanas con el One Health, con el buen vivir. En estos últimos meses y años la salud planetaria y así sucesivamente, quiere decir que estamos hablando de que es una educación para la saludazonada con muchísimas perspectivas conceptuales y metodológicas críticas a la educación en salud, miles, miles que se recrean en la mayoría de los documentos teóricos conceptuales que nosotros trabajamos. Y nos exponemos a ellos.

Hay dilemas vinculados a la teoría y la práctica, hay planteamientos. En la mayoría de las presentaciones de estos días han aflorado todos estos elementos críticos. Hay un dominio de la concepción positivista y biomédica, énfasis en la prevención y tratamiento de enfermedades, todavía con muchísima fuerza prima la responsabilidad individual en los asuntos de salud, “blame the victim”, seguir culpando a la víctima por lo que hacen. El énfasis en el cambio de un comportamiento en salud, la debilidad en las miradas humanísticas, sociopolíticas, liberadoras, éticas, emancipadoras, todo lo que tiene que ver con la educación bancaria, lineal, socrática, y todo lo que tiene que ver con la falta de evidencia de la efectividad de las acciones en educación para la salud es asunto en esta línea.

Las premisas de la educación para la salud son inmensas, pero las que predominan son algunas que aparecen en pantalla: responsabilidad individual en los asuntos de salud, educación para la salud basada en el ciclo de vida desde el nacimiento hasta la muerte. Obviamente, hay otras perspectivas que afloran, no solo los elementos de naturaleza biológica o de comportamiento, sino que toma en consideración otros elementos que responden más a cuestiones con las cuales nosotros más compartimos y más defendemos, que son todos los relativos a la acción social, al apoderamiento, a todo lo que tiene que ver con la abogacía en salud.



También hay unos supuestos de la planificación en educación para la salud. La educación para la salud dominante ha estado bajo la estructura de modelos racionales de planificación donde históricamente se ha hablado de los famosos diagnósticos de salud de la comunidad. Ese concepto, el propio Lawrence Green, lo abandonó y él habla ahora de análisis situacional con un interés en que podamos empezar a abolir las conceptualizaciones biomédicas, epidemiológicas y positivistas. En ese sentido hay una agenda de planificación, unos supuestos de la planificación en educación para la salud que los tienen en pantalla, que ahora no podemos ponernos a discutir cada uno de ellos, pero plantean unos elementos de principios fundamentales que son de naturaleza gerencial y política, y otros que son enteramente de principios de cómo hacer las cosas de la mano de la gente.

La promoción de la salud llegó y debería haber un maridaje perfecto entre educación para la salud y promoción de la salud. Ese movimiento de promoción de la salud que se ubica institucionalmente en la década del 80, viene precedido por unos eventos de contexto entre ellos el informe Lalonde de los canadienses. El otro documento, del que prácticamente todos los documentos técnicos hablan como precursor es la Conferencia de Alma Ata. Nosotros nos hemos adherido a esa gestión política programática de la educación para la salud de la promoción de la salud desde los 80.

Ahora bien, hay cantidad de abordajes sobre la promoción de la salud. La promoción de la salud ha construido también un marco teórico conceptual, como a muchos académicos les gusta, donde hay unas orientaciones teóricas conceptuales que rezan los documentos y tratados técnicos. Algunas de esas teorías es un marco operacional de las cinco líneas estratégicas donde la educación para la salud figura como una de ellas. Donde algunos interpretaron que era una subestimación de nuestro trabajo, pero obviamente, a este nivel ya hay que plantearlo como cinco líneas estratégicas de naturaleza complementaria. Se han mantenido de manera vigente desde la década del 80 hasta el presente. Lo que ha ocurrido es un cambio de nomenclatura o áreas de énfasis a través de estos 37 años de recorrido de la promoción de la salud.

En los inicios, la definición de educación para la salud en el documento de la Carta de Ottawa apuntaba a muchos de estos elementos que tienen en pantalla, verdad. El reconocimiento del enfoque de los entornos saludables y donde la educación para la salud tiene que primar en todos esos entornos; todo lo relativo a la puesta en marcha de acciones programáticas de educación para la salud; y la entrada a los enfoques de la comunicación y el mercadeo social aplicado a la salud. Todo lo relativo al trabajo con líderes, con comunidades, el enfoque de apoderamiento elevado al más alto nivel. La OMS de manera paralela y en el contexto de la promoción de la salud escolar en 1993 presenta su propuesta o enfoque teórico conceptual de habilidades para la vida y las tienen en pantalla. El planteamiento ético que se hace es que las acciones de educación para la salud no únicamente deben estar estacionadas en la parte de signos, síntomas, medidas preventivas y a dónde acudir a recibir servicios de salud, sino que todas las acciones de educación para la salud tienen que proveer, a un mismo nivel de importancia, el desarrollo de capacidades en todas estas áreas. Instrumento realmente para que se dé el ejercicio del apoderamiento, se dé la participación. Lo otro, a nivel de enfoque, y en relación con la conferencia de ayer, una magnífica conferencia sobre alfabetización en salud. Estamos leyendo sobre sobre este enfoque en la literatura de educación en salud a partir del 2012. Toma fuerza en este documento de Simonds citado en la literatura norteamericano en este caso. Yo creo que aquí hay un planteamiento y lo hablaba con nuestra colega que presentó el tema de alfabetización en salud, que nos corresponde en América Latina hacer un detente y trabajar en una propuesta conceptual y de aplicación práctica sobre lo que es la alfabetización en salud. Esta es una propuesta sustitutiva de la educación para la salud como la conocemos. Es la educación para la

salud renovada, es la educación para la salud moderna. ¿Cuáles son los elementos característicos de la alfabetización de la salud en nuestra región de América Latina? ¿Coexisten estas? Son las definiciones más típicas. El modelo de Don Nutbean, a mí me gusta citarlo porque en el nivel funcional, que es el primer nivel, es el biomédico, es el de la educación para la salud tradicional. Pero en el segundo y tercer nivel se proponen unas cuestiones que sí nos interesan, el marco de la salud interactiva, en términos de la defensa clara de que el marco metodológico y de aplicación práctica de la educación para la salud debe elevarse a rango dialógico en encuentros y análisis crítico con la gente, de la mano de la gente, la gente de la mano de nosotros; y profundizar sobre los temas y los determinantes sociales de la salud. Entonces, la educación para la salud o la alfabetización de la salud crítica que conlleva unas acciones más de respuesta por parte de todos los sectores sociales, comunitarios, individuales, donde se dan esos ejercicios de la abogacía en salud, la militancia en salud. Es un revivir de muchos de los principios de Paulo Freire que prácticamente todos los colegas facilitadores de los diferentes temas en este congreso han estado citando.

De eso se trata, de cómo los políticos en el contexto de la pandemia estuvieron hablando permanentemente de la resiliencia. Lo que pasa es que lo operacionalizaban en términos de la responsabilidad individual de la gente en los asuntos de salud y eso nos creaba malestar. Así que el enfoque de resiliencia bien entendido es la capacidad que tiene la gente, los grupos y los colectivos para levantarse de su condición y utilizar ese conjunto de activos en salud y transformar nuestras vidas.

Lo otro que hemos hecho es que le dimos una mirada al concepto de educación para la salud y estuvimos revisando un conjunto de definiciones. Cien definiciones de educación para la salud y tienen las referencias de los años de publicación. Esto fue un ejercicio que se hizo al interior del curso de fundamentos de educación para la salud de mi escuela con mis estudiantes. Calificativos de la educación para la salud que los tienen en pantalla. Las frecuencias mayores están en frecuencias absolutas, o sea, en 24 definiciones la educación para la salud se eleva a proceso y así sucesivamente. La frecuencia absoluta que tienen en pantalla es esa frecuencia, pero ven todos los otros elementos de calificativos a la educación para la salud. Si contáramos con tiempo, pudiésemos hacer más análisis sobre eso.

En términos de las características dominantes de la educación para la salud: actividad planificada, combinación de experiencias, intervenciones, oportunidades, adaptaciones y cambios voluntarios basados en teoría, proceso participativo conjunto, el carácter emancipador de plantear la libertad personal, y así sucesivamente.

Todo el conjunto de observaciones y caracterización de la educación para la salud en términos de la finalidad genera conocimiento. Todo lo que hemos estado hablando promueve el cambio de comportamiento en salud. Doce de las definiciones apuntaban a los estilos de vida saludable, salud como objetivo, calidad de vida, prevención, bienestar, factores de comportamiento, salud positiva, salud integral, habilidades para la vida, desarrollo humano: todo ese conjunto de asuntos dominantes.

Respecto al alcance de la educación para la salud a nivel individual, comunitario, grupal y colectivo vemos el concepto de los entornos al interior de las definiciones y aflora esa relación de educación para la salud y promoción de la salud. Ven que es una estrategia, herramienta, instrumento de la promoción de la salud, movilización y participación comunitaria. Es decir, empiezan a plantearse de manera clara ese marco estratégico de la promoción de la salud. Entonces, hay una relación de educación para la salud y los determinantes sociales de la salud en algunas de las definiciones.

Lo otro, planteado para el grupo que no ha participado en las reuniones del Consorcio Interamericano de Universidades, decir que en nuestra América Latina se ha dado una experiencia expansionista de ofertas académicas a nivel de pregrado y posgrado, con especialidad en educación para la salud y promoción de la salud. Mucho de esto ya se presentó en una de las primeras sesiones concurrentes. Más críticas de la educación para la salud.

¿Cuáles son los retos? Rreposicionar a la educación para la salud en el ámbito de la salud pública en general, eso es una tarea presente y pendiente. Otorgar mayor visibilidad al quehacer y al alcance de la educación para la salud. Revisar el marco conceptual y metodológico a la luz de la experiencia de la pandemia. Posicionar un marco teórico conceptual decolonial de la educación para la salud. Afinar los elementos de articulación y diferenciación teórico conceptual entre educación para la salud y promoción de la salud. Seguir abogando por el refuerzo de las políticas y las estructuras de educación para la salud y promoción de la salud a nivel de nuestros países e incrementar las acciones de desarrollo.

Bueno, hay una dimensión crítica de la educación para la salud. También fue el tema anterior, más estacionado en la salud escolar, pero es un llamado a la utilización abierta y decidida de los enfoques de abogacía en salud, el activismo en salud, la acción social y la militancia. Nos referimos al desarrollo de una conciencia crítica ciudadana, al desarrollo de las habilidades para la vida, el fomento del liderazgo, de las competencias políticas ciudadanas, a la organización y movilización comunitaria, la vinculación de todos los medios y sectores.

No puedo terminar la presentación sin hacer un reconocimiento a una cantidad de colegas profesionales que nos han acompañado en este quehacer de la educación para la salud a través de las décadas, y esto es una muestra de colegas que han figurado al interior de nuestras redes. Es solo una muestra en reconocimiento a todo este conjunto de colegas que han estado con nosotros en esta gesta regional latinoamericana. Muchas gracias.

**Puede consultar los videos de las conferencias centrales en:**  
**<https://bit.ly/3TfG26Q>**



# Conferencias por ejes temáticos

Este evento promovió la discusión y el debate sobre sus diferentes corrientes y perspectivas teóricas, pedagógicas y políticas. Asimismo, la necesidad de superar posiciones instrumentalistas para abordarla como un derecho que interviene de múltiples formas en la determinación social de la salud y en la transformación humana, social y planetaria, y por lo tanto, en el avance de la justicia social y ambiental. Por esta razón se requiere una acción intersectorial con una especial participación del sector educativo, lo cual demanda una aproximación transdisciplinar que vincule a las disciplinas del área de la salud y de las ciencias sociales. En consecuencia, siguiendo los objetivos del congreso y su estructura orientada desde los cuatro ejes temáticos, se establecieron ocho conferencias -dos por cada uno de ellos-, así:

- **Eje 1: pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud**
  - o La educación en el campo de la salud pública: una mirada pedagógica. Fernando Peñaranda, docente e investigador, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín.
  - o Evaluación en educación para la salud: necesidades, oportunidades y retos. Diego Lucumí, coordinador de la Red Colombiana de Educación para la Salud y director de investigaciones de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes, Bogotá.
- **Eje 2: educación en el campo de la salud y políticas públicas**
  - o Educación en el campo de la salud en las políticas de salud pública en la región de las Américas. Pilar Campos, asesora regional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud - Organización Panamericana de la Salud, Washington.
  - o Educación en el campo de la salud en las políticas de salud pública en el ámbito nacional. Gina Rosa Rojas, directora de Promoción y Prevención - Ministerio de Salud y la Protección Social, Colombia.
- **Eje 3: el educador y el contexto**
  - o Quién escucha y desde dónde: narraciones que tejen un país. Patricia Molano, Dirección de Cobertura y Equidad - Ministerio de Educación Nacional, Colombia.
  - o Emociones en la educación para la salud. El rol del talento humano en salud como educador en contextos institucionales y sociales de incertidumbre y esperanza. Jaider Otálvaro, Departamento de Sociología, Universidad de Antioquia, Medellín.

- **Eje 4: intersectorialidad, transdisciplinariedad e interseccionalidad**
  - o Educación como un derecho en el campo de la salud. Desafíos de la acción intersectorial en la atención integral a la primera infancia. Ana María Peñuela, directora de Primera Infancia - Ministerio de Educación Nacional, Colombia.
  - o La educación en el campo de la salud desde una perspectiva interseccional. Yenifer Hinestroza, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín.

**Puede consultar los videos de las conferencias por ejes temáticos en:  
<https://bit.ly/3TfG26Q>**



# La educación en el campo de la salud pública: una mirada pedagógica

## Ponente conferencia central:

Fernando Peñaranda Correa

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia

24 de agosto

**Objetivos:** Analizar la práctica educativa en el campo de la salud pública como praxis, es decir, como una relación dialéctica y necesaria entre teoría y práctica de la pedagogía y la salud pública.

Sustentar la propuesta conceptual de la educación en el campo de la salud pública como una perspectiva teórica más amplia e integradora que pretender destacar la relación entre teoría y práctica, su carácter transdisciplinar, así como sus connotaciones políticas y éticas.

Discutir la necesidad de fundamentar pedagógicamente la educación en el campo de la salud pública como un requisito para el ejercicio de una práctica educativa consciente, crítica y responsable.

La educación en el campo de la salud pública como praxis.

La voz de los educandos

Quiero empezar esta conferencia, partiendo de la realidad concreta, en este caso, de la práctica educativa. Comparto con ustedes los testimonios de educandos y educadores, correspondientes a un estudio realizado en la ciudad de Medellín para comprender el proceso educativo del programa de crecimiento y desarrollo en menores de cinco años, realizado por nuestro grupo de investigación.

Empiezo con la voz de las educandas en la cual expresan la experiencia educativa vivida:

Estamos satisfechas, no solo por lo bien atendidas, sino que aprendimos mucho, sobre todo cómo alimentarlo bien; lo encontraron muy aliviado (...) sale uno muy tranquilo.

(...) pero a veces no le llena a uno las expectativas (...) uno se va de aquí, hace los ejercicios, la comidita y todo eso, pero uno llega con ciertas expectativas aquí y resulta que se va con ellas (...)

Aquí la voz de las educadoras:

Uno ve cómo mejoran los niños en su desarrollo, cómo las condiciones de salud, que en un momento dado podían estar deterioradas, implementando algún cambio en el manejo, han mejorado.

Uno a veces dice: aquí perdimos el tiempo (...) desde el mes de vida le están dando cosas de tomar, por una correlación cultural, entonces uno dice: 'qué pesar, no cerramos lo que hicimos, aunque sabemos que se sembró algo, pero ni siquiera saben más cosas'.

¿Qué nos dicen estos testimonios? 1/2.

Se puede identificar una contradicción entre el conocimiento biomédico y las demandas de orden sociocultural que evidencian barreras de comunicación generadas por las contradicciones entre la racionalidad del educador o educadora sustentada en el conocimiento biomédico científico y la racionalidad del educando o educanda situada en el conocimiento popular de la vida cotidiana y la cultura. De esta manera se encuentra una limitación para comprender las condiciones socioculturales del estos.

Se observa el propósito del educador o educadora por proveer el conocimiento científico con la esperanza de cambiar los comportamientos de los educandos o educandas.

Se configura así un ambiente, mediado por relaciones de poder, en el cual prima la imposición de los contenidos de orden biomédicos, definidos por el educador o educadora amparados en la legitimidad que le da la ciencia biomédica y su posición de educador o educadora.

¿Qué nos dicen estos testimonios? 2/2.

Asimismo, nos habla de un educando pasivo, receptivo y obediente.

Pero también evidencian diferencias en los educandos o educandas y en los educadores o educadoras. De esta manera, en estos testimonios emerge el sujeto particular que entra en conflicto con una propuesta educativa homogenizaste y útil para todos los públicos.

También nos muestra cómo la educación puede ser satisfactoria y/o frustrante para educandos o educandas y educadoras o educadores, teniendo en cuenta las diferencias individuales y las experiencias vividas.

La práctica educativa es una expresión de la teoría que le subyace.

En efecto, la práctica educativa es una expresión de la teoría que le subyace, aunque muchas veces no sea explícita. Todos realizamos nuestra práctica desde unos supuestos teóricos con los cuales comprender la realidad y nuestras acciones. En este orden de ideas, Paulo Freire, el educador popular y pedagogo brasilero, expresa:

No hay palabra verdadera que no sea una unión inquebrantable entre acción y reflexión [teórica] y, por ende, que no sea praxis. De ahí que decir la palabra verdadera sea transformar el mundo.

La práctica educativa: producto de la teoría.

La salud pública se configura como un campo compuesto de una pluralidad de discursos en tensión, en respuesta a diversas formas de comprender la realidad, la sociedad, la salud, la justicia, la ciencia y la racionalidad. Por lo tanto, se encuentran diferencias de orden teórico, político y ético que entran en conflicto y luchan por la legitimidad.

Por razones expositivas, he decidido agrupar las distintas vertientes y corrientes de la salud pública en dos grandes polos. Uno lo denomino “clásico” y en éste sitúo la salud pública dominante basada en el discurso biomédico de riesgo. El otro, lo denomino crítico en el cual sitúo propuestas alternativas como las latinoamericanas etno-social y de determinación social de la salud, como también la anglosajona eco-social. Las planteo como polos para indicar tensiones entre ellas, pero también vertientes y posiciones que recogen influencias de los dos polos.

Sin embargo, al reconocer que las corrientes de la salud pública se sustentan en posiciones teóricas, políticas y éticas diferentes, las prácticas correspondientes deberían expresar estas diferencias, como una exigencia a la coherencia. Pero esto no siempre se da, como lo veremos a continuación.

Entonces, una propuesta crítica de la salud pública debería verse reflejada en una propuesta teórico-práctica crítica de la educación en el campo de la salud pública.

Veamos este relacionamiento.

El discurso de riesgo.

Iniciemos identificando algunos rasgos básicos del discurso de riesgo para entender cómo este discurso demanda una educación que podemos denominar como tradicional.

Según Jaime Breilh el discurso de riesgo está sustentado en una concepción causalista, fraccionada y funcionalista de la realidad social. Desde esta óptica teórica y política, el riesgo se concibe como una eventualidad, lo cual soslaya los procesos históricos de génesis y utopía de la realidad social y humana, por lo cual se presentan como eventos desconectados de la totalidad dinámica y contradictoria que los reproduce y los explica.

Así, al individualizar el riesgo, se responsabiliza al sujeto de su situación de salud, construyéndose un relato que soporta la lógica eficientista neoliberal.

De otro lado, el discurso de riesgo facilita la gubernamentalidad, esto es, el control del sujeto que hace el Estado, por medio de subjetividades moldeadas, para nuestro caso, desde el discurso de la salud pública. Así, los sujetos, libremente y de manera voluntaria, se adhieren a las disposiciones y orientaciones emanadas de los sistemas de salud sustentadas en este discurso.

Educación y el discurso de riesgo.

Si observamos las prácticas educativas orientadas desde el discurso de riesgo, podemos encontrar que la educación se concibe como una estrategia para lograr el cambio de comportamientos, considerados como



factores de riesgo, por medio de la transmisión del conocimiento biomédico científico. Los contenidos son definidos por los agentes de los sistemas de salud y se estructuran con base en dicho conocimiento. Entonces, esta es una educación transmisionista que utiliza métodos pedagógicos, coactivos y persuasivos.

Estas prácticas educativas están soportadas en las teorías del comportamiento, el mercadeo social y la comunicación persuasiva motivacional.

Desde el punto de vista pedagógico, esta educación se inscribe en la corriente pedagógica tradicional, que Paulo Freire denominó como bancaria, porque el conocimiento va de un sujeto que tiene el conocimiento, el educador o educadora, hacia otro carente de este, que es el educando o educanda. También ha sido denominada como “educación al mínimo coste” por Bourdieu y Passeron, porque enseñamos como hemos aprendido en nuestro tránsito por la educación formal, que corresponde a una educación tradicional.

El discurso de la determinación social de la salud.

Desde el discurso de la determinación social de la salud, se concibe una realidad dialéctica en devenir, y una sociedad como un producto histórico y social. Una sociedad, en cambio, constante, mediada por fuerzas de poder y luchas por la garantía de los derechos y la justicia.

La salud se asume como una creación histórica y cultural del sujeto y la sociedad en una relación dialéctica. De esta manera se rescata el sujeto para la salud pública.

Asimismo, la salud se comprende como el resultado de contradicciones políticas, económicas y sociales que establecen condiciones de vida injustas, lo cual genera diferencias inaceptables en las oportunidades que tienen las personas para vivir la vida que valoran. En este sentido, se le da una especial relevancia a la justicia social.

Epistemológicamente, se promueve una ciencia plural con influencia de los discursos críticos de las ciencias y movimientos sociales. Rescata los saberes ancestrales de los buenos vivires.

Educación y el discurso de la salud pública crítica.

Una salud pública crítica demanda una educación en este campo reconocida como derecho, con el cual avanzar hacia la garantía de las oportunidades para vivir la vida que se valora. En este orden de ideas, su propósito se dirige a la expansión de las capacidades para la formación de un sujeto autónomo, político, ético y agente de su vida, para lo cual es fundamental fortalecer su conciencia crítica. Una educación que le permita generar las condiciones y oportunidades para transformarse y transformar la realidad.

Por esta razón, su método es problematizador y participativo. El diálogo de saberes y la negociación cultural constituyen su fundamentación didáctica.

Los contenidos se construyen de manera participativa entre el educador o educadora y el educando o educanda. Por esto, el diálogo comienza con la construcción de los temas, en el marco de un proceso de investigación temática, en la cual educandos y educandas y educadores y educadoras comprenden la realidad y la situación de salud de manera más estructural y amplia para una acción política más coherente y comprometida.

Ahora bien, las teorías que sustentan las prácticas educativas de una educación en el campo de la salud pública crítica son muy variadas, evidenciando su carácter transdisciplinar y plural. Entre estas, pueden mencionarse la sociología crítica de la reproducción y la resistencia, las teorías de la justicia social, los estudios culturales, el marxismo y neomarxismo, el pos-estructuralismo, posmodernismo y el pensamiento complejo, el feminismo y propuestas decoloniales.

En cuanto a sus fundamentos pedagógicos, recibe una fuerte influencia de las pedagogías críticas, en particular de la educación popular latinoamericana.

El carácter político y ético de la educación en el campo de la salud pública.

Un principio que tiene enormes repercusiones sobre la teoría y la práctica de educación en el campo de la salud pública consiste en reconocer su carácter político y ético, que sitúa al educador o educadora como sujeto moral y político en su acción educativa.

La relación entre teoría y práctica: un asunto complejo.

¿Educación para la salud y no educación en salud?

Algunos teóricos de la promoción de la salud han propuesto que nos encontramos en un tránsito de una educación “en” salud basada en el modelo biomédico y la educación tradicional hacia una educación “para” la salud sustentada en una perspectiva positiva y amplia de la salud, que trascendería una visión restringida centrada en la enfermedad. Subyace, en esta propuesta, una concepción evolucionista.

Los resultados: En el año 2006, el comité consultivo de la OMS / OPS hizo un balance de los avances y resultados de la educación en salud y encontraron pocos cambios en las prácticas educativas. Así, expresan que “a pesar del desarrollo de nuevas estrategias de educación en salud, el avance en este tema no es evidente (...) En parte, esto se debe a la persistencia de enfoques verticales y lineales, con poca participación y enfocados a un solo factor. El modelo medicalista continúa influenciando en forma desmedida un enfoque por enfermedad y riesgo”.

¿Qué se propone cambiar?

Esta condición de la educación en el campo de la salud pública se muestra persistente, evidenciando la dificultad de ser transformada. En este orden de ideas, la propuesta pedagógica de educación para la salud desarrollada por el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, en el año 2018, propone cambiar el modelo educativo transmisionista, homogeneizador, que impone el conocimiento biomédico sin consultar los saberes previos de las personas y sin tenerlos en cuenta en el diseño de los currículos de salud.

¿Y qué nos dicen las prácticas educativas?

Comparto el siguiente diálogo entre dos educadoras al reflexionar sobre sus intenciones de transformar sus prácticas pedagógicas hacia el diálogo de saberes, correspondiente al estudio antes mencionado:

Educadora 1: Hay una discusión de fondo: ¿Es un diálogo de saberes donde quien expone los temas somos nosotros y no ellos?

Educadora 2: De todas formas, uno ve que son temas que, aunque inducidos por el grupo (el equipo), se ajustan a lo que realmente son las necesidades y a las situaciones que se están viendo.

Educadora 1: Es bueno y a mí me gusta, pero filosóficamente no es un diálogo de saberes.

Educadora 2: Sí, eso es cierto, porque es un diálogo inducido. Pero ha cumplido. Con este diálogo uno tiene un objetivo que se ha cumplido: abarcar la mayoría de las dificultades que se pueden tener a determinada edad.

¿Por qué no cambian las prácticas educativas?

Existen fuerzas sociales y económicas poderosas que reproducen y mantienen la educación tradicional, pues, por un lado, esta es funcional a la imposición del discurso de riesgo biomédico y por otro, funcional a la lógica de mercado que sustenta los sistemas de salud.

Contribuye a esta condición, la formación recibida por los educadores y las educadoras en su educación básica y profesional, que es en la mayoría de los casos una educación tradicional. Además, la formación en pedagogía y educación en el campo de la salud pública es débil.

En este sentido, es necesario reconocer que los procesos de transformación teórico-práctica son también procesos políticos y éticos complejos. Estos requieren una voluntad y un esfuerzo decidido desde el sistema, lo cual se concreta en las políticas y en la disponibilidad de los recursos necesarios.

Asimismo, es preciso impulsar una formación continuada que promueva la reflexión crítica sobre las prácticas educativas, en el marco de una perspectiva de evaluación centrada en los procesos, que articule la teoría y la práctica, esto es, una evaluación formativa.

¿Por qué educación en el campo de la salud pública?

Pertinencia del concepto de campo: Un concepto valioso para entender el cambio en las prácticas pedagógicas y como promoverlo es el de campo. El sociólogo francés Pierre Bourdieu planteó que un campo lo configuran una serie de agentes, instituciones, discursos y prácticas que entran en relación y se encuentran situados según posiciones jerárquicas que ocupan según su capital simbólico, esto es, el reconocimiento que tienen entre los actores sociales y el poder que éste le otorga. Los campos están cruzados por luchas de poder respecto a la legitimación y hegemonía de los discursos y las prácticas.

Los campos se relacionan entre sí y en esta relación ocurren intersecciones que generan espacios para la resignificación de los conceptos y emergencia de nuevos. De esta manera, los campos se transforman en sus teorías y prácticas. Esto supone una mirada transdisciplinar, pues desde esta teoría se concibe la inexistencia de objetos propios de una disciplina.

¿Damos por sentado que el discurso de la promoción de la salud es progresista? Centrarlo en las prácticas.

Si miramos el campo de la salud pública, y dentro de este, el discurso de la promoción de la salud, podemos observar la existencia de varias tendencias o perspectivas que entran en tensión y contradicción. Según el salubrista brasileño Sergio Carvalho, no todas las tendencias de la promoción de la salud estarían orientadas hacia la libertad y la justicia social.

De otro lado, algunas voces críticas de la salud colectiva latinoamericana y la salud pública anglosajona indican que el discurso de la promoción de la salud no ha logrado desprenderse de los presupuestos centrales de la salud pública que critica: el discurso de riesgo.

Pero una contradicción más clara puede verse a la hora de observar cómo se mantienen las prácticas pedagógicas tradicionales a pesar de los supuestos teóricos de la promoción de la salud, como se ha expuesto aquí y reiterado por el edu-comunicador boliviano Alfonso Gumucio.

En el año 2009 se realizó la Cuarta Conferencia Iberoamericana de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud en Medellín y allí, la profesora Dora Cardaci, coordinadora de la oficina regional latinoamericana, nodo Centroamérica, de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, presentó una conferencia en la cual expuso como tesis central la preocupante invisibilización de la educación para la salud debido al auge de otros discursos, en particular el de la promoción de la salud.

Diez años más tarde, representantes del movimiento crítico de la educación en salud identifican la continuidad de esta condición. Ellos identifican el frecuente marginamiento de la educación en salud, y en particular, de las propuestas críticas, en las conferencias y congresos de promoción de la salud.

Las corrientes teóricas se influyen.

Los discursos al interior de la salud pública, en intersección con otros de diferentes disciplinas y prácticas, conforman corrientes teóricas como productos históricos, sociales y culturales. Según el educador popular y pedagogo colombiano Marcos Raúl Mejía, estas orientan propósitos, métodos, contenidos, relaciones educador – educando y concepciones de evaluación diferentes, como resultado de distintas formas de entender la realidad, la humanidad (el sujeto), la sociedad, el conocimiento, la ciencia y la razón. Las corrientes concretan el sentido político de la educación. Así, pueden tener afinidades, pero también contradicciones entre ellas.

Siguiendo los supuestos expuestos anteriormente, considero la existencia de dos grandes corrientes de la educación en el campo de la salud pública a manera de polos con múltiples intersecciones y contradicciones: un polo tradicional y otro crítico. En la tensión entre estos polos quiero destacar cuatro tendencias o vertientes, representadas en este congreso por unos de sus más reconocidos exponentes:

- La educación para la salud, cuya influencia principal es el discurso de la promoción de la salud.
- La alfabetización en salud influenciada principalmente por la tradición anglosajona de la salud pública, con diversos aportes teóricos.
- La educación en salud crítica con una fuerte influencia de los discursos críticos de las ciencias sociales.
- La educación popular en salud, cuya principal influencia es la educación popular, y en particular, los aportes de Paulo Freire.

Entonces, estas vertientes se intersectan de manera diferente, generando resignificaciones y nuevos conceptos al interior de cada una de ellas.

Inconveniencia de restringir el análisis de la educación en el campo de la salud pública al discurso de la promoción de la salud.

Así que la concepción evolucionista del tránsito de una educación en salud centrada en la enfermedad y en la educación tradicional hacia una educación orientada desde el discurso de la promoción de la salud parece no ser coherente con la realidad social y cultural de la educación como práctica social. Más, sí reconocemos cómo la educación tradicional se ha mantenido vigente y hegemónica desde la universidad medieval, a pesar de todos los desarrollos pedagógicos, como bien lo sustenta el sociólogo y pedagogo francés Emile Durkheim.

Además, esta visión evolucionista, por un lado, encubre la realidad plural y conflictiva de la educación, por lo que es necesario reconocer que la educación en el campo de la salud pública no es un discurso homogéneo. De otro lado, mantiene una concepción reduccionista e instrumental de esta.

Esta es la razón por la cual se ha propuesto un concepto más amplio e integrador, que busca destacar la relación entre teoría y práctica, el carácter transdisciplinar, así como las connotaciones políticas y éticas de la educación en el campo de la salud pública.

Diapositiva de la educación crítica.

Esta propuesta de campo es compartida por otros educadores, entre ellos los promotores del movimiento de la educación en salud crítica anglosajona.

Ellas y ellos conciben este campo en la intersección de la sociología crítica, el deporte y la educación física, los estudios de los medios de comunicación, los estudios del cuerpo y la investigación crítica de la obesidad. Por eso sugieren un cambio teórico y ontológico en el campo que permita la conversación con campos más amplios entre ellos los de la educación, los estudios culturales y la sociología, de tal manera que se logre superar los enfoques exclusivamente intervencionistas y basados en el discurso de riesgo.

Educación en el campo de la salud pública: la necesidad de una mirada pedagógica.

Así, abordar la educación en el campo de la salud pública de una manera consciente y responsable nos exige hacernos cuatro preguntas básicas que atañen a la reflexión pedagógica:

- ¿Cuál educación?
- ¿Cuál salud?
- ¿Cuál salud pública?
- ¿Cuál educación en el campo de la salud pública?

Las preguntas pedagógicas y curriculares.

Entonces, las preguntas que debe hacerse el talento humano en salud y los maestros para orientar sus prácticas educativas son las siguientes:

- ¿Cuál es el propósito de la educación? ¿Para qué enseñar?
- ¿Por qué enseñar? ¿Cuál es el fin político y ético?
- ¿Qué enseñar?
- ¿Cuál es el ideal de sujeto y sociedad que se busca?
- ¿Cómo hacer la enseñanza? ¿Cuál es el método en respuesta a una concepción de educación y de salud pública (corriente, modelo o vertiente)?

## Evaluación y educación en el campo de la salud

### Ponente conferencia central:

Diego Iván Lucumí Cuesta

Coordinador de la Red Colombiana de Educación para la Salud y director de investigaciones de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes

24 de agosto

Bueno, nuevamente les damos la bienvenida a este espacio, a este conversatorio, con el profesor Diego Iván Lucumí. El profesor es médico cirujano de la Universidad del Bosque, magíster en salud pública de la Universidad del Valle, doctorado en Health Behavior and Health Education University of Michigan en Estados Unidos. Profesor asociado de salud pública de la escuela de gobierno Universidad de los Andes. Desde su formación e interés en educación para la salud, por más de 15 años, ha trabajado en intervenciones en salud pública, incluyendo políticas, planes, programas, proyectos a nivel nacional, territorial y comunitario.

Los comportamientos en salud y la educación para la salud son su área de desempeño y contribución en salud pública. Su trabajo está centrado en la comprensión e intervención de los factores sociales y del comportamiento que influyen en la salud de las personas, los grupos, las comunidades y la sociedad. En particular, su investigación se orienta al diseño, implementación y evaluación de intervenciones en salud pública, al igual que en el análisis de inequidades en salud. Su principal campo de investigación está relacionado con la salud y enfermedad cardiovascular. Esto incluye el estudio e intervención en factores de riesgo y protectores, las condiciones de vida y factores estructurales, incluyendo las políticas públicas. También ha trabajado en el estudio de factores sociales y del comportamiento relacionados con otras condiciones crónicas como la diabetes, el cáncer de próstata y de cuello uterino. Otra de sus áreas de interés es el estudio de los desafíos que para la salud y la calidad de vida tienen la urbanización y los contextos urbanos, especialmente en ciudades intermedias, y el desarrollo de iniciativas para afrontar dichos desafíos. Su trabajo está basado principalmente en el uso de enfoques mixtos y participativos de investigación.

¡Bienvenido, profesor!

Muchas gracias. Muy buenos días. Qué bueno poder estar en este espacio. Agradecer a la Facultad por haber organizado esta, este encuentro, que creo que ha sido hasta ahora muy valioso. Yo, al menos, he tenido la oportunidad de aprender mucho en lo que llevamos en estos días y creo que me ha permitido, además, tener unas reflexiones posteriores a la preparación de esta presentación. Entonces, voy a tratar de jugar con lo que tenía preparado. Pero con lo que he aprendido en estos días, desde ayer hasta hoy. Entonces, pues, arranquemos primero, decir que no tengo ningún conflicto de interés para declarar con relación a esta presentación y quisiera que esta conversación o estas ideas que quiero que podamos compartir lo hagamos desde cuatro aspectos, quizás unas necesidades, pensar unas necesidades, unas oportunidades, unos retos y cerrar con unas conclusiones a la luz de esos tres primeros aspectos. Entonces, arranquemos pensando, ¿cuáles pueden ser esas necesidades o por qué hay una necesidad de pensar la evaluación en

educación para la salud? Y aquí tendría para proponerles cuatro ideas alrededor de esa pregunta de, ¿por qué evaluar en educación para la salud? Una, y voy a desarrollarlas, pero solamente aquí anunciarlas de entrada, es la razón misma de la educación para la salud. Debería ser, digamos, una respuesta clara y concreta de, ¿por qué tenemos que hacer evaluación? La otra es por el tipo de intervenciones que hacemos en educación para la salud. Una tercera que tiene ya más sentido en lo que digamos, en la definición de lo que es evaluación, y es porque necesitamos generar evidencia. Y otra que incluye varias consideraciones. Lo primero es la razón misma de la educación para la salud, y esto tiene que ver, tendríamos que remontarnos, digamos, a una discusión que sigue presente, y es que lo que denominamos Educación para la salud y Educación para la salud, como muchas otras áreas, campos o disciplinas, que incluso es una discusión que todavía no hemos zanjado, pero sobre todo hay una perspectiva. Y es que uno de los intereses que tiene la educación para la salud es la modificación de comportamientos. Y esa modificación de comportamientos como centro, o sea, digamos, hay una apuesta alrededor de eso, ha implicado entender que hemos tenido que pasar, de una mirada de los comportamientos como un fenómeno netamente individual a los comportamientos desde una perspectiva más multinivel, entonces de pensar los comportamientos no solamente a nivel de los individuos y pensarlos también en los grupos, en las comunidades e incluso en la sociedad como un todo.

Entonces, ahí ha habido una transformación en la idea de lo que son los comportamientos, pero también tenemos una realidad, y es que cuando miramos el perfil epidemiológico de las poblaciones, nos encontramos que es muy difícil no relacionar un comportamiento con esas causas en términos de morbilidad y mortalidad, o sea, están los comportamientos jugando un papel fundamental alrededor de eso, y no solamente un comportamiento. O sea, la mayoría de los fenómenos que nos interesan, por lo menos en salud pública, sino todos, para quizás no ser tan tajantes, tienen comportamientos involucrados. Entonces, si la educación para la salud le interesa los comportamientos, y les estoy mencionando que los fenómenos que nos interesan tienen comportamientos, la educación para la salud entonces tiene un papel fundamental que jugar para transformar esos perfiles de salud y enfermedad de las poblaciones. Entonces, ¿por qué tendríamos que evaluar? Porque, obviamente, si la razón de ser es modificar esas condiciones, pues yo tendría que saber cuáles son los efectos de esas intervenciones que estoy proponiendo.

Pero además insisto en que no es, digamos una circunstancia menor. Porque si logramos intervenciones que sean efectivas para abordar esos comportamientos, vamos a lograr tener un impacto importante en términos de los perfiles de salud y enfermedad. Entonces, ahí hay, toda, una discusión alrededor de la naturaleza misma de la educación para la salud. Si la educación para la salud se interesa por eso, entonces debería tener evidencia de cómo está haciendo eso. Por lo cual se interesa. Lo otro es que para dar respuesta a ese qué hacer de la educación para la salud, pues nos encontramos con otra perspectiva. Y es que decía, ahora es un campo, disciplina o estrategia, y puede ser las tres al mismo tiempo o en algún momento, pero en esencia el ejercicio de la educación para la salud nos plantea la necesidad de tener una perspectiva o tener, digamos, unos elementos teóricos, unos elementos de la investigación y unos elementos prácticos. O sea, confluye como la necesidad de tener esos tres aspectos al mismo tiempo, y entonces, cuando recuerden que estamos hablando de evaluación, entonces implica que la evaluación debe recoger esos tres elementos. Sí, y ahora voy a hablar un poco más de la teoría, más específicamente, de la teoría en la evaluación y de la parte de investigación, pero lo que quiero decir con esto es que la educación para la salud en sí misma incluye esos tres elementos. Entonces, la evaluación que hacemos en la educación para la salud tendrá que reconocerlos y acogerlos de la misma manera.



Pero me devuelvo aquí, quizá con el punto anterior. Al menos en el contexto anglosajón en la década de los 80 hubo un enfrentamiento muy importante entre los educadores para la salud. Porque una de las discusiones que tenían era si la educación para la salud debería, por ejemplo, quedarse como rama de la medicina o como rama de la salud pública. Al final optaron porque lo mejor, al menos en el contexto anglosajón, era irse a la salud pública porque tenía más sentido. Pero eso generó bastantes conflictos, pero en la discusión también surgió este asunto de que no solamente debería interesarse por los comportamientos, sino también por las condiciones sociales. Dado que los comportamientos, si bien tienen una naturaleza de una explicación importante en términos de salud poblacional, no son suficientes para poder dar cuenta de todo lo que pasa con la salud de una población. Y lo traigo aquí porque entonces lo que estamos diciendo es que la razón misma de la educación para la salud. Entonces, ya no solamente es un asunto de los comportamientos, sino que se extiende a entender o abordar unas condiciones sociales que puedan tener una implicación en la salud de las poblaciones. Entonces, volvemos al punto, necesitamos generar evidencia sobre si lo que hacemos en términos de comportamientos o en términos de acciones sociales vinculadas con salud, tiene o no un efecto o el efecto que esperamos.

Ahora, ¿por qué necesitamos evaluar por el tipo de intervenciones que hacemos? Y es difícil y realmente no hay necesariamente como una nomenclatura que nos permita clasificar las intervenciones. Ahí, digamos, escuchamos a veces las intervenciones estructurales. Entonces, uno diría ahí estructurales, debe haber unas que no son tan estructurales. Pero uno no encuentra una que diga, no estructural. Entonces, es raro. Pero también hemos escuchado que las intervenciones son complejas. Entonces, uno diría, pues entonces hay unas que no son complejas, pero realmente no hay unas que no sean complejas. Hemos tenido unos desarrollos en términos de intervenciones o en la manera de nombrarlas, pero una que se ha cogido mucha fuerza. Porque creo, pensaría yo, que aglutina la mayoría de las cosas que hacemos en educación para la salud, es esta idea de las intervenciones complejas, así como también hay algunas propuestas de dividir los comportamientos en simples y complejos, pero ahí también nos enredamos porque no es tan fácil usar esa distinción. Pero voy a quedarme con el tema de las intervenciones. Pero antes de ir a hablar de intervenciones complejas y la necesidad de evaluarlas, es importante que reconozcamos que lo que estamos llamando intervención, y aquí tenemos la educación para la salud, se ha alimentado y tiene disputas porque ha permitido la entrada de diversas disciplinas.

Entonces, por ejemplo, para la antropología le suena muy mal que hablemos de intervenciones. Sí, porque digamos, hay toda una perspectiva ahí colonial, etcétera, etcétera. Pero aun a pesar de eso, me voy a permitir usar el concepto de intervención. Entonces, ¿qué es lo que hacemos en educación para la salud? Si uno quisiera simplificarlo, lo que hacemos es básicamente desarrollar una serie de procesos de forma intencional o planeada que se orientan a generar cambios, ya sea en las personas, en los grupos o en estructuras mayores, comunidades o sociedad. O sea, ese es el sentido, digamos, de lo que hacemos y de lo que podemos llamar de manera muy simple una intervención.

Entonces, lo que he venido diciendo, parte del reto en términos de evaluación es que la idea central de una intervención es producir cambios. Entonces, necesitamos la evaluación para poder valorar si esos cambios en realidad se producen. O sea, el centro mismo de la educación para la salud es intervenir para modificar. Sí, para modificar a esos diferentes niveles, y eso nos plantea, en términos de la manera en la cual pensamos las intervenciones, dos discusiones importantes, y es, ¿dónde hacemos las intervenciones? Lo que algunos autores han llamado unidades de intervención. Y ¿dónde valoramos el efecto?, lo que se ha denominado unidades de análisis. Entonces, yo les puedo poner un ejemplo, yo puedo querer hacer

cambios a nivel de los niños en una institución educativa, pero esa sería la unidad de análisis de ese cambio que yo quiero generar, pero yo puedo trabajar con los profesores, que serían la unidad de intervención. Sí, no siempre coinciden. Además, plantea unos retos en términos de evaluación. Entonces quedémonos con esta idea de intervención y la necesidad de reconocer estas dos unidades, la de análisis donde se hace y la unidad de análisis donde evalúa si el cambio se produce.

Les decía de las intervenciones complejas que son la mayoría de las intervenciones que hacemos. Hay unos elementos que caracterizan una intervención compleja que están acá, y es que básicamente hay una multiplicidad de componentes que interactúan. O sea, yo tengo que hacer uso de múltiples herramientas, estrategias, que hacen y que constituyen, digamos, esa intervención que yo quiero desarrollar. Hay un grado alto de dificultad en los comportamientos, o hay un número de varios comportamientos. Y eso casi que sucede en todos los fenómenos que queremos abordar, si no es un solo comportamiento. Si yo quiero, por ejemplo, abordar un fenómeno complejo como la obesidad, pues al menos necesito dos comportamientos involucrados que tienen que ver con los alimentarios, que serán varios, y la actividad física, que incluso son varios tipos de actividad física, y cada una constituye quizás un tipo particular de comportamiento. El número de grupos o niveles, o sea, es cada vez más difícil pensar en intervenciones netamente individuales. Necesitamos seguramente intervenciones que son las que llamamos intervenciones ecológicas, que al menos incluyen dos niveles dentro de un nivel socio ecológico: individual, interpersonal, organizacional, comunitario, político, si usáramos ese modelo socio ecológico como guía.

El número y variabilidad de los efectos, si bien tenemos una apuesta fundamental, por ejemplo, en decir "vamos a reducir los niveles de obesidad"... Usualmente, ese no es el único efecto que se produce con la intervención. Ese puede ser, digamos, el efecto que nos lleva o la intención que nos lleva a producir la intervención, pero no necesariamente es el único. Entonces, esa intervención será compleja también porque seguramente va a derivar en una multiplicidad de efectos. Cuando entran entonces en términos de la evaluación, yo tengo que ser capaz de reconocer esa multiplicidad de efectos.

Ahora vamos a hablar incluso de los efectos no intencionados que usualmente no los tenemos en la cabeza, pero que son fundamentales cuando estamos en una perspectiva de pensarnos la evaluación en educación para la salud. Y el grado de flexibilidad de la intervención, eso, qué tan flexible es una intervención, la hace una intervención compleja también. Y eso tiene implicaciones porque cuando yo voy a evaluar, tengo que reconocer esas variabilidades en la manera en la que se implementa la misma intervención en diferentes contextos. Sí, entonces van dos razones por las cuales tenemos que evaluar en educación para la salud: por la razón misma de la educación para la salud, por el tipo de intervenciones, y ahora nos vamos a meter más a lo que hace la evaluación en general.

Evaluamos porque necesitamos hacer un juicio. O sea, no hay ninguna evaluación que no tenga la connotación de hacer un juicio, y hacer un juicio sobre si eso funciona o no funciona, si se implementó o no se implementó, como se había propuesto, si estaba obteniendo los efectos que propusimos o no, o si incluso está apareciendo unos efectos positivos o negativos que no habíamos intencionado. Entonces, esa es una razón fundamental, necesitamos hacer un juicio sobre lo que hacemos en educación para la salud, y por eso que tenemos que evaluar. Ahora, otras consideraciones, una que es fundamental: los recursos son finitos. Entonces, no tiene sentido que yo mantenga intervenciones que no están logrando su propósito. Sí, porque podría haber otras que fueran mucho más adecuadas para el logro de los propósitos

y para alcanzar los mismos fines que yo estoy proponiendo. Entonces, yo tengo que hacer un uso adecuado de los recursos, y en salud pública sabemos que los recursos son finitos, como en otras áreas, pero aquí particularmente tenemos a veces preocupaciones por cuánta plata tenemos para poder cumplir con los objetivos que tenemos en salud pública. Entonces, yo debería evaluar para saber con qué me quedo de las posibilidades de intervenciones que tenga para abordar un mismo problema.

La otra son implicaciones éticas, incluso tiene que ver con el tema de los recursos, pero parte de la necesidad de evaluar es que yo no debería exponer, por ejemplo, a las personas a intervenciones que no son necesarias y que no cumplen su propósito. Sí, eso tiene mucho que ver con esto último que está acá, y es que usualmente pensamos que las intervenciones en salud pública no producen daño. O sea, tenemos esa idea de que no producen daño. Loren y Oliver, por ejemplo, propusieron este marco y dicen que cuando hacemos intervenciones en salud pública, tenemos que considerar cinco potenciales tipos de daños: los daños directos, sí. O sea, yo puedo con una intervención en salud pública producir un daño directo. O sea, no es ni siquiera un daño indirecto a las personas o a los grupos que están involucrados, puedo producir daños psicológicos, que también pueden ser directos. Cuando habla de aquí de daño directo, tiene una dimensión más física, por ejemplo, pero un daño directo aquí en este marco ellos hacen la distinción como daño psicológico. Que obviamente también tiene la naturaleza directa. Pero ellos lo separan de lo del otro daño, un daño en términos de equidad, porque entonces las intervenciones lo que pueden hacer es incrementar las brechas entre los grupos, y esto es muy usual por ejemplo en muchas intervenciones donde yo apelo a los recursos de las personas para poder lograr el cambio, por ejemplo, ahora estábamos hablando de alfabetización en Salud. Si yo no reconozco los niveles de alfabetización de dos grupos, lo que puedo hacer claramente, es que desarrollo la intervención igual para todos, pero como no reconozco esas diferencias, lo que voy a hacer al final es que estoy ampliando las brechas. Niveles de inequidad, daños grupales y daños en oportunidades que tiene que ver con lo que también decía de los recursos, porque yo dejo de hacer una intervención que es efectiva y que puede ser incluso menos costosa, a otra que no está produciendo ningún efecto. Sí, entonces por eso también necesito evaluar porque necesito reconocer que estas cosas no están pasando en las intervenciones que estamos haciendo.

Ahora. ¿Qué retos tenemos? Un reto, como en muchos campos de la salud pública, es que no nos ponemos de acuerdo en las definiciones, qué llamamos qué, y en evaluación es un enredo. Sí, porque hay muchas maneras de llamar cosas que cuando uno las ve son en esencia lo mismo. Este es solamente una forma, quizás, de pensarlas que nos pueda ayudar, y es que podemos pensar en que hay como tres grandes tipos de evaluación que nos interesan.

Una que estaría muy vinculada al momento en el cual yo estoy planeando la intervención. Sí, ¿qué es lo que vamos a llamar evaluación formativa que le me va a dar insumos, particularmente frente al contexto, las características de la población donde esa intervención va a tener lugar? Entonces, es fundamental porque me va a orientar la planeación de lo que yo estoy pensando en términos de evaluación en educación para la salud.

La otra evaluación es la evaluación de procesos. Yo ya estoy implementando mi intervención. Entonces, quisiera saber cómo va esa implementación. Y cada una de estas, obviamente, ya voy a la última, tiene sus preguntas, cierto. O sea, en la evaluación formativa, en todos los tipos de evaluación hay un estándar. Yo tengo un estándar sobre el cual voy a comparar. En la evaluación formativa, yo tengo un estándar en función de las características de ese grupo, ¿qué condiciones esperarías yo?, y voy a ver si esas condiciones

se dan o no se dan. En la evaluación de proceso, yo tengo que valorar si hay una diferencia entre lo que yo pensé en el momento del diseño y lo que estoy implementando. Sí, pero recuerden que habíamos hablado de la flexibilidad, por ejemplo, tengo que ser capaz de reconocer qué tan flexible estoy dispuesto a hacer en esa intervención.

Ahora vamos a hablar de un elemento que es central en intervenciones, y es lo que llamamos los ingredientes activos. Yo puedo tener una intervención que funcione en la Guajira y funcione en el Amazonas. La manera en la cual se entrega o se ofrece la intervención puede ser diferente. Pero los ingredientes activos son exactamente los mismos. Sí. Entonces, la evaluación de proceso lo que busca identificar es si estamos haciendo lo que no propusimos en el diseño y qué tanto, por ejemplo, estamos siendo flexibles, qué tanto, por ejemplo, estamos dando la adecuada de la intervención. Sí, ¿qué es lo que hace que esa intervención al final pueda lograr su propósito?

Y el último grupo es ya los efectos que eso está teniendo, inmediatos o a más largo plazo. Aquí, por ejemplo, tenemos diferencias porque en salud pública usualmente hablamos del impacto como lo más inmediato y el resultado como lo más largo plazo, pero en otras áreas se invierten los conceptos. Entonces, si ven, a veces estamos hablando de lo mismo, pero cada uno lo está denominando desde donde tiene su experiencia o de la disciplina en la cual trabaja, pero en esencia es lo que buscamos con las intervenciones: tener una perspectiva antes, durante y después.

Sin embargo, tenemos un problema. Y es que las intervenciones, cuando las estamos pensando, no estamos pensando la evaluación, y la primera decisión que yo tomo en la intervención ya tiene que ver con la evaluación en sí misma. O sea, cuando yo estoy definiendo el objetivo de mi intervención, yo ya estoy diseñando la evaluación, porque es sobre el criterio sobre el que voy a medir, por ejemplo, el efecto. Sí, desde esa intervención, pero como que hacemos una disociación. Entonces, yo ahorita, solo me concentro en planear y en el diseño, y después me voy a concentrar en la implementación. Y el último día de la implementación digo, "Ah, tengo que evaluar". Sí, eso es lo que suele pasar. El problema con eso es que cuando pensamos en los diseños de la evaluación, muchas veces hemos cometido el error de que, como no anticipamos la evaluación, o sea, no la incluimos como parte del diseño, pues hay diseños que no podemos hacer. Entonces, a veces, uno discute, "No es que queremos hacer un antes y un después, pero falta un día para acabar la implementación". Pues si iba a ser un antes y un después, pues habría tenido que recoger los datos antes de empezar la implementación. Entonces, es un error. Aquí lo podemos ver cómo, "Oiga, qué bobo eso, no", pero vayan y miren los problemas que hay para adecuar ciertas metodologías porque no tenemos claro ese mensaje. Sí.

Entonces, digamos, ahí yo quisiera insistir mucho. La evaluación de cualquier intervención en educación para la salud arranca con el diseño. Las decisiones que yo tomé en el diseño son fundamentales para orientar luego la evaluación. Sí. Entonces, ese gráfico que está aquí, básicamente, lo que recoge, es como esa idea. Esto es, digamos, un gráfico tomado del documento, del diseño y evaluación de intervenciones complejas, pero lo que dice, venga, uno puede tener cuando vamos a pensar en abordar un problema. Yo puedo desarrollar una intervención o puedo adecuar una intervención ya existente. Cierto, que son estas dos estas. Dos primeros cuadros, acá yo tengo que valorar la factibilidad de esa intervención. Tengo que implementarla y hay al final está la evaluación, pero la evaluación, mire, está conectada con los otros momentos, sí. Entonces, el mensaje fundamental es que necesitamos, necesitamos ligar la evaluación al

diseño y a la implementación, o sea, pensarlo y verlo de esa forma, porque si no, la evaluación va a seguir postergada y no solamente en términos conceptuales, como yo lo estoy mencionando, incluso desde la misma naturaleza de recursos cuando vamos a cerrarle el, la intervención que estamos haciendo, lo que uno suele ver es que ya no hay plata, sí. Y entonces ya no se hace, y por eso tenemos un montón de intervenciones que no sabemos si son buenas o malas, creemos que incluso que pueden ser buenas. Sí, yo siempre le pongo a mis estudiantes el punto de las intervenciones de hipertensión con adultos mayores y entonces uno ve como anecdóticamente que todos los adultos mayores tienen la presión arterial no controlada, todos van al programa, pero la presión arterial sigue sin control, pero están contentos, sí, nadie quita ese programa porque están contentos. Pero cuál era el objetivo del programa, la presión arterial, sí. Entonces, si queremos que estén contentos, pues entonces cambiémosle la denominación y hagamos un programa de felicidad, sí, pero no hagamos un programa de control de la presión arterial. Sí, pero no sabemos eso porque al final no, no hemos evaluado, sí, no hemos evaluado. Entonces, clave es la evaluación, es parte intrínseca de los otros dos momentos, el diseño y de la implementación.

Este es el otro problema que tenemos para hacer evaluaciones en educación para la salud, y es algo así similar a lo que está ahí en la caricatura: arrancamos con un diseño, después pasa un milagro, y hay un resultado, sí. Y eso tiene que ver con: No hemos hecho algo que es fundamental. Si queremos hacer buenas evaluaciones, y es la teoría de cambio, sí, que es la manera en la cual nosotros anticipamos, se va a producir el cambio que queremos. Recuerde que el objetivo es el cambio, sí, pero el cambio pasa porque se hacen unas modificaciones, se afectan unos mecanismos que es lo que la intervención está buscando. Entonces, yo tengo que ser capaz de reconocer si eso que pasa, si eso que pasa en el intermedio está produciendo va a producir o no el cambio, porque puede haber cosas que producen el cambio y yo puedo hacer mucho más simple la intervención. Sí, yo puedo simplificarla, hay cosas que yo pueda que no necesito, sí, entonces en esa perspectiva, yo tengo que ser capaz de elaborar una teoría de cambio que me permita reconocer qué es lo que está realmente funcionando en esa intervención, pero la mayoría de las intervenciones no tienen teoría de cambio y lo que suele suceder es que cuando se van a evaluar, hay que reconstruir esa teoría del cambio, sí, en algunos casos es posible, en otros no están, no es tan fácil, entonces segundo mensaje importante: necesitamos, si queremos buenas evaluaciones, necesitamos construir teorías de cambio y tenemos que ser capaces de adoptar teorías que ayuden, por ejemplo, a la evaluación. Aquí tenemos un reto, por ejemplo, en el contexto nuestro en América Latina, porque no hemos hecho muchos ejercicios teóricos para orientar evaluaciones aquí, por ejemplo. Hay una que sé que han usado que es muy famosa que es el que básicamente orienta a responder cinco preguntas en términos de evaluación: el alcance, la efectividad, la adopción, la implementación y mantenimiento, entonces lo que busca es que uno responda a esas cinco preguntas con relación a una intervención, hay unos retos, digamos más específicos que tienen que ver con metodología, los metodológicos, ya lo mencioné lo de la articulación diseño implementación, la temporalidad y es el, las intervenciones.

Los cambios no se dan de un momento para otro, entonces necesitamos formas de evaluación, metodologías que nos permitan hacer seguimiento. Seguramente esto nos da la idea de ejercicios más longitudinales, por ejemplo, para poder hacer un seguimiento al cambio y al mantenimiento. Sí, porque no solamente el cambio puntual es que el cambio se sostenga en el tiempo. Entonces, necesitamos los diseños transversales no son necesariamente muchas veces los más adecuados para valorar eso, la multiplicidad de niveles ya lo vimos, o sea, una perspectiva más multinivel, la integración de métodos. Hay mucha preponderancia de lo cuantitativo, pero aquí necesitamos una perspectiva también muy cualitativa para poder entender, eh,

realmente en muchos casos por qué una intervención funciona o no funciona y tener en cuenta elementos como la estabilidad, por ejemplo, cuando tenemos culturas diferentes, una diversidad tan grande como la que hemos visto en este congreso en términos de intervenciones. Tenemos que reconocer que tenemos que proponer formas de evaluación que reconozcan también esa diversidad y esa multiplicidad de formas de entender estos procesos y otros elementos que tienen que son retadores, por ejemplo, el que la gente participe en la intervención, que se mantenga en una intervención, como elementos clave para esto. Hay unos desafíos también importantes en términos de la formación que hay. Esta es una crítica para quienes formamos, por ejemplo, en salud pública, y es que nuestros estudiantes usualmente reciben muy pocos elementos para hacer evaluación, sí. Entonces les enseñamos quizás hacer intervenciones, pero no les enseñamos a evaluarlas. Sí, entonces ahí hay una crítica. Si uno mirara los currículos de nuestros programas de salud pública, por ejemplo, ahí tenemos un problema, muy pocos tienen un curso o algún momento del programa en el cual los estudiantes se formen en evaluación. Entonces, eso luego van a salir a ser intervenciones y no tienen las herramientas para poder hacerla.

Ahora, hay unas oportunidades, desarrollos teóricos, los tenemos, hay que hacer otros adicionales. Pero creo que es fundamental avanzar en esta parte teórica. Tenemos también unas oportunidades analíticas que nos permiten, por ejemplo, hacer buenas evaluaciones, pero el problema es que no necesariamente hay la apropiación suficiente en conocimiento por la razón que estoy diciendo en términos de formación que nos lo permitan hacer. Tenemos oportunidades tecnológicas que hay que abordar con mucho cuidado, pero que pueden darnos, digamos, la posibilidad de mejorar las evaluaciones que hacemos hasta este momento.

## Educación en el campo de la salud en políticas de salud pública en la región de las Américas

### Ponente conferencia central:

María Pilar Campos Esteban  
Asesora regional de promoción de la salud  
Organización Panamericana de la Salud – Washington  
25 de agosto

Agradecemos mucho desde la Organización Panamericana de la Salud la invitación a participar, y con esta propuesta de título, de hablar de la educación en el campo de la salud en las políticas de salud pública en la región de las Américas. Bueno, pues empezaré hablando como asesora de promoción de la salud, de cuál es el concepto desde la Organización Panamericana que tenemos de promoción de la salud, que engloba ya esta idea de la educación en el campo de la salud, porque lo definimos como un proceso político y social global que abarca, por un lado, las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y comunidades. Aquí es donde estaría ya intrínseco este concepto clave, de la educación en el campo de la salud y que ya se recogía en la Carta de Ottawa y, por otro lado, y también aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de favorecer el impacto positivo en la salud individual y colectiva.

Bien, la promoción de la salud, como saben, tiene distintas definiciones, pero fundamentalmente quería señalar la importancia del enfoque positivo de la salud. No de la salud autogénesis, la capacidad que la población tiene de ganar salud, y como este enfoque todavía no se ha hecho muy predominante porque seguimos pensando cuando hablamos de salud en enfermedad, el componente social, como es clave como los determinantes sociales de la salud van a tener una incidencia en la salud de las personas, como las condiciones de vida, como las políticas y los factores más estructurales, están influenciando la salud y el bienestar de las personas, y esto es algo que todavía, tampoco. Aunque cada vez va cobrando más relevancia, todavía el enfoque biomédico sigue siendo muy imperante en nuestra sociedad. Y bueno, también la visión integradora de la promoción de la salud. No, de cómo en el territorio confluyen los actores, distintos sectores. Y esto es muy relevante a la hora de enfocar también los elementos en la educación.

Les quería comentar sobre los últimos años en la región, que ha habido un proceso de renovación del movimiento de promoción de la salud, y en 2017 se inició un proceso con distintos actores: academia, ministerios de salud, gobiernos locales y muchos otros, muchos otros profesionales de distintos campos para renovar este movimiento de promoción de la salud y construir sobre la salud, como decíamos, no es la reparación de la enfermedad, con un enfoque de derechos, equidad y justicia, teniendo muy en cuenta la intersectorialidad y la acción sobre los determinantes de salud, entendiendo la promoción como un proceso político y global, y que todo esto requería profundos cambios. Y este movimiento, basándose

en los marcos internacionales de promoción de la salud, la agenda 2030, salud en todas las políticas, el acceso universal a la salud y cobertura universal, o la declaración de Astana, y tomando en cuenta las experiencias de mucho tiempo, de mucho trabajo que existen en la Región sobre promoción de la salud, como son los entornos saludables, las capacitaciones técnicas, la promoción de la salud en la atención primaria, las comunidades saludables, el trabajo en red o municipios, se construyó de forma colectiva una estrategia regional que se aprobó en 2019.

Esta estrategia tiene un marco temporal hasta 2030. La estrategia y plan de acción de promoción de la salud, y tiene cuatro líneas de acción estratégicas. El fin de esta estrategia: renovar la promoción de la salud por medio de acciones sociales, políticas y técnicas para abordar los determinantes sociales de la salud, para mejorar la salud y reducir las inequidades. Y en estas cuatro líneas estratégicas, que son: fortalecer los entornos saludables clave; facilitar la participación, el empoderamiento de la población; fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial; y establecer los sistemas de salud, con el enfoque de promoción de la salud, es donde se inserta también todo este trabajo que desde las políticas públicas y desde las políticas de promoción de la salud es necesario hacer para impulsar la educación en el campo de la salud, en concreto, en la línea estratégica de acción 2, la de facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad y el compromiso de la sociedad civil, se reconoce sobre la importancia de trabajar una educación para la salud con enfoque integral, una educación integral para la salud. Sabemos que hay distintos nombres, se habla de Educación en el campo de la Salud, Educación para la Salud, Educación en salud, otros términos como health literacy, alfabetización en salud, health education. Pero al final, lo importante es lo que entendemos. Y cuando estuve conversando con el profesor Fernando Peñaranda, lo que entendemos por el contenido de la educación en el campo de la salud, y compartimos que es un proceso educativo que lo que busca es que la población se empodere en la defensa de su salud propia, y de la salud colectiva, siendo un instrumento de la promoción de la salud.

La educación para la salud es una función clave. No solo de los profesionales de salud, sino también de los profesionales de la educación, de lo social y de otras disciplinas. Es importante señalar que mucho tiempo, o la parte más visible de este iceberg, ha ubicado la educación para la salud en esta punta, en la que se ha enfocado en el autocuidado o en la promoción de estilos de vida saludable, pero es muy relevante que la educación en el campo de la salud aborde las condiciones de vida, los cambios más estructurales y todos los elementos que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud. Sabemos desde hace mucho tiempo el informe Lalonde en el 74, pero, posteriormente, se han ido repitiendo en 2002, en 2012 y otros estudios de distintos, de distintas instituciones, cómo los determinantes sociales de la salud, juegan un papel muy relevante en el impacto en el estado de salud de la población, y que el sistema de salud solo tiene un 25% de este peso. Mientras que el entorno social y económico y el ambiente físico suman más del 60%. Por eso, es muy relevante tener en cuenta cómo los factores socioeconómicos, el ambiente físico o un poco, en menor grado, de los comportamientos y el cuidado de la salud deben ser abordados desde esta disciplina de la educación en el campo de la salud, y no focalizarnos solo en la parte más relacionada con la atención de la salud, o con los estilos de vida saludables, sino tratar de concienciar a la población, generar conocimiento, habilidades, herramientas para abogar por cambios en el entorno físico y en los factores socioeconómicos y en las políticas que hacen que estos sean de una determinada manera. Todos conocen este diagrama de los determinantes sociales de la salud, este marco de Dahlgren y Whitehead del 91, en capas de cebolla, mostrando cómo, al final, las condiciones socioeconómicas y culturales y ambientales, son las que impactan en las condiciones de vida y de trabajo, que eso hace que se conformen



de una determinada forma las redes sociales y comunitarias, y que esto influye en los estilos de vida que tienen las personas.

Hay marcos más evolucionados como el de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, más dinámico, en el que se muestra cómo los factores más estructurales que tienen que ver con las inequidades en salud, como el contexto socioeconómico y político, y la posición socioeconómica, tienen un peso en otros determinantes sociales, como son las circunstancias materiales, factores psicosociales, el sistema de salud y cómo esto impacta en la equidad y la salud y el bienestar. ¿En qué se traduce todo?, todos estos marcos, en la práctica, bueno, señalar que no somos nosotros quienes decidimos nuestros estilos de vida, sino que están determinados socialmente, y aquí está el ejemplo de una mujer de 55 años que se llama Jennifer y que acude a una consulta del centro de salud, donde le explican la importancia de hacer actividad física y de cumplir las recomendaciones de 150 minutos a la semana o 30 minutos cada día. No es suficiente con que ella conozca estas recomendaciones, porque si sus condiciones de trabajo no le permiten tener el tiempo para alcanzar las recomendaciones, porque tiene una doble jornada o no cuenta con el apoyo familiar suficiente para poner en práctica estas recomendaciones, o vive en un entorno que no favorece la actividad física porque no es un entorno seguro o está rodeado de carreteras o no tiene los espacios donde hacerlo, por mucho que tenga la información, no va a poder ponerla en práctica. Por eso es importante tener en cuenta los entornos, los contextos, las condiciones de vida de las personas y poner en marcha políticas que, de salud pública, políticas de otros sectores que hagan que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir, evitando poner la responsabilidad en las personas cuando la responsabilidad debe estar en las políticas públicas.

¿Qué necesitamos dentro de la educación en el campo de la salud?, igual que en el propio, la propia concepción de la salud, un cambio de paradigma. Es clave que las personas entiendan que es el abordaje poblacional, y pasar de ese desenfoque individual a un abordaje más poblacional, saber explicar a las personas de qué se trata la salud pública, porque muchas veces está mucho más claro para las personas, qué es el sistema de salud, qué son los centros de salud, es donde acuden a la atención sanitaria, que las políticas de salud pública. Es clave pasar de la enfermedad a la salud, de las causas, a las causas de las causas, como señalábamos con los determinantes sociales de la salud, pasar de un único sector responsable que sería el sector salud a la intersectorialidad, porque el sector salud no tiene solo las respuestas para mejorar la salud y el bienestar, y para facilitar esa educación en el campo de la salud, del enfoque biomédico preponderante a la interculturalidad, es esencial la participación de la población, de esa población diversa, y aceptar esa interculturalidad y promoverla. Y, finalmente, que haya un componente clave de equidad, para que todas las personas puedan acceder, puesto que sabemos que las oportunidades y la capacidad de aprendizaje están muy relacionadas con los elementos de equidad.

¿Cómo debería ser esa educación en el campo de la salud? Bueno, ya se habrá mencionado que, es clave, que esto se dé a lo largo de toda la vida, son, es elemental el trabajo en parentalidad positivo, generar un buen vínculo del apego en la infancia, la crianza en positivo, la corresponsabilidad; todo esto tiene que ver, también, con el enfoque de equidad y de género, como lo que se hace en los primeros años de vida, y esa generación del vínculo del apego desde el inicio, van a tener que ver en todos los aspectos futuros de la vida. Y en el propio proceso de aprendizaje, es clave el acceso a la educación, el tener la educación como un derecho, siendo la educación uno de los principales determinantes sociales de la salud. Nosotros estamos

trabajando y apoyando a los países de la Región, en los que ya hay muchísima experiencia en el trabajo en las escuelas promotoras de la salud; las escuelas, en sí, tienen un papel relevante, tanto promoviendo la salud en el currículo de manera transversal, como también siendo modelos en sus contextos y en el vínculo con el territorio y con las familias. Las universidades promotoras de la salud, también están participando en el congreso personas que pertenecen a esta Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud, también las propias redes nacionales que hay de universidades promotoras de salud en distintos países de la Región, entre ellos, Colombia. Hay un rol clave de estas universidades, en trabajar para que las disciplinas, fundamentalmente del ámbito de la salud, pero poco a poco se van ampliando, se incorporen estos aspectos de educación en el campo de la salud. En la vida adulta, también en las comunidades de aprendizaje, también favoreciendo un envejecimiento activo y autónomo y, en general, teniendo en cuenta que éstas, la salud y la educación en el campo de la salud, deben tenderse a todas las políticas. Porque si tenemos en cuenta que esta mirada de urbanismo, de transporte, tienen un efecto en la salud, también deberían incorporarse en estas disciplinas estos aspectos, de una forma importante para conseguir un mejor impacto.

Cuando hablamos de la educación en el campo de la salud, es importante pensar en las finalidades, ¿para qué?, para el autocuidado, para los estilos de vida, para empoderar a la población, para generar conciencia crítica, para fomentar la participación, que es un elemento clave y que genera salud en sí mismo, para una mayor ciencia política, para tratar de modificar los contextos, los entornos y las condiciones de vida, y que haya políticas que favorezcan, que sean salutogénicas y a favor del bienestar, para generar una mayor cohesión social, para la justicia social y la equidad, para los derechos; creo que todos son complementarios, pero que hay que reforzar estos últimos más estructurales, porque durante mucho tiempo se ha enfocado la educación para la salud más limitada a ese enfoque biomédico, a la atención sanitaria. Me consta que quienes están participando en este congreso tiene una mirada mucho más allá, pero bueno, la realidad es que durante mucho tiempo la inversión se ha hecho más desde la atención sanitaria y falta dar ese paso, ese cambio de paradigma para contar con una educación en el campo de la salud que se fundamente en estos procesos de pedagogía crítica, desarrollo de la autonomía y empoderamiento.

Otro ejemplo de cómo las acciones intersectoriales son claves sería esta carta de Adelaida, en la que vemos cómo, el valor que tiene la educación para la salud, es tan importante como el que tiene la salud para la educación, y cómo los problemas de salud de niños, niñas o familiares, dificultan el éxito educativo, reduciendo el potencial educativo, las capacidades para hacer frente a los retos de la vida y aprovechar las oportunidades, pero al contrario, también cómo el éxito educativo, contribuye directamente a la mejora de la salud y a la capacidad de participar plenamente en una sociedad productiva, y crea ciudadanos comprometidos.

El Binomio educación-salud es clave en la agenda 2030. Aparecen los objetivos de desarrollo sostenibles tres y cuatro, y hay que tratar de fortalecer aún más, este trabajo conjunto entre salud y educación. Por eso, igual que hablábamos de salud en todas las políticas, creo que educación en el campo de la salud tiene que ser también en todas las políticas. Se debe, desde su planificación, plantear de una forma multidisciplinaria e intersectorial, y es clave porque si nos basamos en el enfoque de determinantes sociales de la salud, no pueden no estar juntos, en esto, todos los sectores que sus políticas tienen un impacto en la salud y el bienestar, y esto tiene que ocurrir en las distintas disciplinas, los distintos grados, posgrados, pero, también, en la educación continua y la formación al servicio de los profesionales de la salud.

Vinculado con esta educación en el campo de la salud, también se ha señalado la importancia de la investigación, y cómo la investigación debe ser orientada a la acción y estar muy vinculada al territorio, para tener en cuenta las necesidades y los contextos sociales. Ahí también nos parece muy relevante esta labor que se está haciendo desde la academia, desde las universidades o desde las propias escuelas, para insertarse en el territorio en el que se ubican, y como se están fortaleciendo los trabajos con los distintos gobiernos locales, con los municipios, para que la investigación sea aplicada y sea un beneficio para el territorio.

Una mención especial a la participación, la participación social es clave, y es clave en el proceso de la educación en el campo de la salud, ustedes lo saben bien, es clave que la pobre propia población se implique en cómo tienen que hacerse estos procesos de educación para la salud, y es clave plantear, cómo debería ser la participación, qué métodos se muestran más efectivos para incorporarlas en la práctica, cómo formalizarla y cómo lograr que la población participe en el diseño, puesta en marcha y evaluación, en este caso de la educación en el campo de la salud.

Otra mención específica a la equidad la hemos comentado antes, es clave no dejar a nadie atrás, muchas veces los programas de educación llegan a las personas que tienen más recursos, y es relevante saber atender a las necesidades de las personas, y ofrecer recursos en función de estas necesidades, no nos sirve a todos dar lo mismo como en la parte de arriba, sino que cada uno tiene que adaptar y tener una bicicleta de un tamaño diferente, que pueda facilitarle mejorar sus oportunidades para la salud y el bienestar.

Algunos retos serían, en este sentido, el cambiar de un enfoque curativo de la salud hacia un enfoque que aborde estos determinantes sociales de la salud; fomentar la verdadera participación comunitaria; fortalecer al sector salud en la capacidad para trabajar de manera intersectorial con educación, con lo social, pero, también, con otros muchos sectores, para que realmente tengamos un impacto en la salud y el bienestar de la población; el poder implementar políticas sostenibles en el tiempo, políticas de largo plazo que puedan garantizar la salud y el bienestar, y que tengan en cuenta esta disciplina de la educación en el campo de la salud; y se invierta en ella, que se invierta en salud pública, que se invierta en políticas de promoción de la salud y en educación en el campo de la salud y, en relación con esta inversión en salud pública, como para finalizar, me gustaría traer este artículo que ya es antiguo, que es sobre: el porqué no se invierte suficiente en salud pública. Y este autor señala que hay cuatro motivos por lo que esto no ocurre, y es que la salud pública tiene beneficios en el futuro, no en el plano inmediato, y nuestros cerebros están estructurados de forma que, hay una parte central del córtex paralímpico que busca la gratificación inmediata, entonces, muchas veces nos cuesta invertir en las acciones que tienen beneficios en el futuro; otro de los motivos que da este autor, es que los beneficiarios de la salud pública son anónimos, entonces, muchas veces, las personas a las que llega la salud pública, no se les pone cara, como en el caso de la atención a la salud, en las que se identifican claramente las vidas salvadas. La salud pública salva vidas estadísticas, mejoras estadísticas, y eso también dificulta la capacidad de empatizar y de invertir en este campo.

Otro de los motivos que da el autor es el tema de los benefactores, que son anónimos. Muchos conocemos a las grandes figuras de la medicina, grandes cirujanos, por ejemplo, mucha gente conoce a la primera persona que hizo un trasplante de corazón, el doctor Christiaan Barnard, pero no siempre se conoce a aquellos profesionales, aquellas líderes que han tenido un papel tan relevante en la salud pública, como

aquellos que han descubierto vacunas o han trabajado en temas de saneamiento. Entonces, la gente no reconoce, no identifica que hay determinadas políticas que mejoran su salud y su bienestar, y no identifican ni son capaces de ver que hay políticas que consiguen que esto mejore, tampoco identifican quiénes son las personas que están detrás, y esa anonimidad, a veces, tampoco favorece.

Por último, el autor señala que trabajar en salud pública, invertir en salud pública, implica un cambio social y que están documentadas las resistencias al cambio que existen por parte de las poblaciones. Y más, si están en contra de determinados intereses, aquí entra que a favor de este cambio social no tenemos de nuestro lado a grandes corporaciones como son las del alcohol, el tabaco, los vehículos y, en cambio, la atención sanitaria, el enfoque más biomédico, sí que tiene otros intereses a favor, como las compañías de seguros, las grandes farmacéuticas, etcétera. A mí me gusta mucho este artículo, creo que es interesante, y que ahí también es donde tenemos que fortalecer la educación en el campo de la salud, para generar conciencia crítica en las personas, que sean capaces de entender esta mirada poblacional, cuál es el rol de la salud pública, cuál es el valor de la salud pública, y cómo, con los procesos participativos, las personas pueden generar incidencia, influir y mejorar, hacer que las políticas se enfoquen a la mejora de la salud y el bienestar, y a poner a las personas y las comunidades en el centro.

Este diagrama también lo conocen: “La salud en el río de la vida” de la salutogénesis, y creo que es muy relevante que la inversión, como decíamos antes, sea grande en salud pública, para que las personas no lleguen al final del río y tengamos que invertir todos los recursos en la atención curativa, sino que, más allá, se pueda favorecer la protección, la prevención, que sería dar estos flotadores, y en la educación en salud, que se enseñara a nadar, y la promoción, que también es conocer qué recursos hay disponibles para vadear mejor las corrientes del río.

Vuelvo a mencionar la estrategia y plan de acción de promoción de la salud. Creo que es una oportunidad que muestra toda la experiencia que hay en la Región, que se ha construido de esa manera colectiva y que, además, está contribuyendo a que, desde los países, se vaya avanzando en los compromisos que se adoptaron cuando se aprobó en el 57 consejo directivo de la Organización Panamericana de la salud. Ya son muchos los países que cuentan con políticas, estrategias o planes de promoción de la salud en los que se incluye de manera importante la educación para la salud, el trabajo con escuelas promotoras, con universidades promotoras de salud, y creemos que es una oportunidad y, bueno, nosotros estamos impulsando todo este trabajo en conjunto con los países, con la Región, con todos los expertos, con ustedes, y estamos a disposición para avanzar en estos temas. Sin más, muchas gracias, quedo a disposición para cualquier aclaración.

## Educación en el campo de la salud en las políticas de salud pública en el ámbito nacional

### Ponente conferencia central:

Gina Rosa Rojas- Colombia

Directora de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

25 de agosto

Como primera medida, vamos a hablar hoy acerca de la educación en el campo de la salud, y todo el tema de Educación en el campo de la salud es supremamente importante, ya que marca un granito y una diferencia entre el hacer, el quehacer, de no solamente los profesionales de la salud, del talento humano en salud, sino de la población en general.

El desarrollo de la política pública en Colombia con relación a la educación en el campo de la salud, se puede consolidar en dos grandes vertientes que son: La educación como proceso de formación en salud, y la educación para la salud como atención en salud. Con respecto a la educación como proceso de formación en salud, reconocemos la ley de talento humano en salud, profesiones y ocupaciones. Actualmente, está en proceso de actualización; la línea de base es del año 2018. Y entendiendo la necesidad, a partir del talento humano propio para garantizar las condiciones para su ejercicio, este ministerio tiene una dirección de talento humano en salud que, dirige la doctora Edilma Suárez, y quien ha venido trabajando incansablemente por la actualización de la ley de talento humano, así como la política de talento humano en salud.

Con respecto a la educación para la salud como atención en salud, la pensamos como la línea desde donde se comprende la educación para la salud como una atención dirigida a las personas, a las familias y a las comunidades, como un proceso dialógico, que busca potenciar las capacidades en los sujetos. Más adelante vamos a desarrollarlo un poco más. Entonces, trajimos también la siguiente diapositiva, los hitos normativos que han sido, se trata básicamente de los avances del país. Bueno, aquí tenemos la política nacional de talento humano en salud que tiene los siguientes retos: El Talento humano resolutivo, frente a las necesidades de salud del país. Estamos viendo muchos médicos que salen graduados de las universidades, pero que se convierten en “remitólogos”. Todo se está remitiendo, vemos también en todas las áreas del talento humano en salud que se remiten a laboratorios, que se remiten procesos. Entonces, tenemos que empezar a desarrollar un talento humano capaz de solucionar en el territorio cosas básicas, cosas que muchas veces no requieren remisiones.

Otro reto que tiene la política nacional de talento humano en salud es la formación acorde con las necesidades de la población, el desarrollo y los objetivos del sistema de salud. Como ministerio, estamos buscando migrar hacia un sistema de salud que sea realmente basado en la promoción, basado en la

atención primaria en salud, basado en la predicción y en la resolución de problemas. El modelo de salud predictivo, preventivo y, sobre todo, resolutivo.

Por tanto, un tercer reto es la distribución más equitativa y equilibrada del personal sanitario en los ámbitos regional, urbano, rural y por niveles de atención. Por lo que muchos de nuestros profesionales, prefieren quedarse en las grandes ciudades y no migrar hasta la ruralidad. Eso genera dificultades para el acceso en salud, las personas tienen que aumentar el gasto de bolsillo para poder acceder a un servicio de salud. Lo vemos en La Guajira, que acaba de ser declarada la emergencia social, económica y ecológica por parte de la presidencia de la República a través de un decreto reglamentario 1270. Y que en lo que respecta a la salud, hemos podido encontrar que muchas veces un niño fallece allá, porque cuando requiere una atención intrahospitalaria, el familiar al pensar que ese traslado a la ciudad representa un gasto para su economía familiar muy grande, prefieren no viajar y esconden los niños, por eso los niños terminan falleciendo. Eso tiene que cambiar dentro de ese modelo.

La Política Nacional del Talento Humano en Salud, también promueve la mayor integración de los procesos institucionales de formación con los servicios de salud, pero sobre todo con las comunidades. Mejorar las condiciones para el ejercicio profesional y el desarrollo integral del talento humano en salud, dentro de un ejercicio ético, responsable, autorregulado de las profesiones y ocupaciones de la salud. Y así como la integración progresiva de las culturas médicas tradicionales y las medicinas y terapias alternativas y complementarias al sistema de salud.

Con respecto a la normativa vigente, con la que nos basamos nosotros para todo este tema de la educación para la salud en Colombia, partimos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que marcó un gran hito, porque por fin en Colombia se regula la salud como un derecho fundamental por primera vez en la historia de nuestro país. Y no solamente nuestro país, sino de la región. En Colombia, la salud es un derecho fundamental y muchos países del mundo no cuentan con esa garantía. El reto para los gobiernos a partir de la sanción de esta ley ha sido la implementación de la misma, y cómo de qué manera le garantizamos a todos los ciudadanos y ciudadanas, independientemente de su nivel cultural, de sus ingresos, de su religión, del sitio o de la ubicación en donde residen, esa garantía del derecho fundamental.

Por supuesto, la resolución 3280 del 2018 también ha sido un hito normativo porque, adoptó lineamientos técnicos y operativos de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, y también la ruta materno perinatal. Además, provee un marco conceptual y metodológico para la educación para la salud, en dichas rutas. Estos avances del país en el marco de la educación en el campo de la salud han sido resultado de hitos que marcan el camino para generar procesos de transformación, como en este momento el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, "Colombia Potencia Mundial de la Vida", que básicamente habla de un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo basado fundamentalmente en la atención primaria en salud, en potenciar la atención primaria en salud.

Desafortunadamente, el sistema de salud que tenemos actualmente, que no es malo, que ha logrado muchos avances, que ha permitido mejorar muchos procesos, requiere en este momento de una actualización, de una mejora, sobre todo en lo concerniente a la promoción y a la prevención. Porque desafortunadamente tenemos un sistema de salud enfocado en la enfermedad, pero necesitamos reorientarlo para que esté enfocado en el sano, para que haya gestión del sano adecuada y permita que

no se enferme, gracias a las acciones de autocuidado, y de las que el mismo sistema le pueda brindar para evitar enfermedad y muerte. Y por supuesto, la participación efectiva, inclusiva y diferencial, así como el enfoque territorial. La siguiente, por favor.

Tenemos los enfoques orientadores, que orientan el proceso de educación para la salud en marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, la atención integral en salud, dentro de la educación para la salud es importante que precisemos estos enfoques como un marco de referencia que orienta las apuestas para la atención integral en salud y, en ese sentido, atraviesan el diseño, la planeación y la evaluación de los procesos de Educación para la salud, para lograr la construcción de procesos participativos que incidan en la transformación de las realidades y, con ellos, resultados en salud desde una perspectiva de integralidad que tiene como premisa el bienestar del sujeto y la salud. Por tanto, tenemos un enfoque de derechos fundamentado en la garantía de la dignidad humana, del ser, de la libertad, de la igualdad, de la no discriminación, orientado a promover, proteger y hacer efectivos todos los Derechos Humanos. El enfoque diferencial que implica visibilizar, reconocer y valorar la enorme diversidad que tenemos en nuestro país, por lo que se fundamenta en los principios de igualdad, de diversidad, de interculturalidad, de integralidad, de adecuación cultural, de participación e inclusión. Que esto va muy ligado al respeto que podemos tener por las diferencias. El reconocer que hay diferencias, no solamente en la visión, sino en los hábitos, en la forma de vida. Y cuando entendemos y aprendemos a respetar esas diferencias, pues crecemos como sociedad.

El enfoque de género, desde el cual se comprende como los lugares diferenciales que la sociedad dispuso para hombres y mujeres, y cómo esto ha incidido en los procesos de salud de las personas, produciendo inequidades. En este momento, nuestro sistema de salud no reconoce la diversidad de género, porque no reconoce la diversidad de género, por lo tanto, no hay una guía, no hay una ruta para las personas con esta condición para que puedan ser atendidas. El enfoque de desarrollo humano, orientado al desarrollo de los derechos, como libertades humanas, reconociendo las capacidades para elegir libremente la vida, que cada persona valora y quiere vivir, para avanzar en sus metas de desarrollo y en el ejercicio de sus derechos. El enfoque de curso de vida, desde el cual se reconoce el continuo de la vida y que el desarrollo humano depende de la interacción de diferentes factores a lo largo del trayecto vital, de experiencias acumulativas y la interacción con los diferentes contextos.

Y, por supuesto, el enfoque de salud familiar y comunitaria, que reconoce la familia y la comunidad como sujetos colectivos de derechos, por tanto, sujetos de atención en salud. Por lo que la salud es el resultado de las interacciones y construcciones propias, ya que estas se encuentran en constante transformación. La siguiente, por favor. Todo esto requiere de una comunicación asertiva entre todos y todas, pero sobre todo en que la educación para la salud tenga este enfoque es vital, para poder alcanzar esos niveles ideales de que, como sociedad, nos van a llevar al bienestar. Porque vale la pena recordar que el concepto de salud a nivel mundial cambió. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud define la salud no solamente como la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional del ser humano, que lo lleva al pleno desarrollo de sus derechos humanos.

Y para poder alcanzar ese completo bienestar, entran en juego los derechos, perdón, los determinantes sociales de la salud. Y resulta que para que un individuo, una comunidad puedan tener salud, requieren tener, por ejemplo, calidad del aire. De lo contrario, estarán condenados a enfermar en todo el curso de su

vida. Requieren de disponibilidad de agua potable, de saneamiento básico. Requieren, por ejemplo, de una vivienda digna que no sea transmisora de vectores. Requieren de una seguridad y soberanía alimentarias que no les permitan trastornos de malnutrición, como desnutrición o, en su defecto, la obesidad. Entonces, con ese enfoque en la educación para la salud, resulta vital, para poder avanzar como sociedad a ese completo bienestar.

Otro de los ítems necesarios para lograr esta educación para la salud adecuada, son los modelos pedagógicos. Entonces, de hecho, la educación para la salud se define como un proceso pedagógico, dialógico e intencionado de construcción de conocimiento y de aprendizaje. Qué implica reconocer diversos enfoques pedagógicos para comprender el marco de la actuación hoy, desde qué modelo se ha construido y conceptualizado las acciones de Educación para la salud. Tenemos el modelo tradicional, modelo pedagógico tradicional que está centrado en el propósito unidireccional de enseñar conocimientos a otras personas que son receptores pasivos. Y en este predomina la memorización, la repetición, en el marco de una relación vertical de autoridad. El conductista que se marca en que el aprendizaje da el resultado de los cambios de conducta, por tanto, puede ser modificado por las condiciones del medio ambiente. La meta es el modelamiento de conductas que se consideran adecuadas, de acuerdo con parámetros sociales establecidos. Está también el modelo pedagógico progresista, que es respuesta a los modelos tradicionales y da más valor a la experiencia, que al aprendizaje formal. Equipara la educación con los procesos de desarrollo del individuo. Y en donde cada experiencia es esencialmente educativa. Y el modelo pedagógico crítico, se interesa por el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico reflexivo, que permite la potenciación personal y social con el fin de transformar la sociedad.

Entonces, ¿cuáles son los resultados en salud esperados? ¿Cuáles son esos aportes desde los procesos de Educación para la salud que esperamos? Entonces, aquí están los diez resultados que podemos perfectamente ver: personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas, con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia; personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos; personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud; persona que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos; personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de tu salud, etcétera.

¿Qué podemos decir? Si bien la resolución 3280 sugiere contenidos por momentos de curso de vida, para alcanzar los resultados en salud bajo los principios de la educación para la salud, como principio, como proceso crítico y como proceso reflexivo. También es importante reconocer la caracterización poblacional, las diferentes tensiones identificadas en el territorio, las consultas de necesidades o situaciones que atraviesan la realidad de las personas, para el proceso de planeación, de tal forma que sean potenciales para movilizar las capacidades a desarrollar. Y es que, en salud, nosotros no podemos tener solamente un enfoque clínico, que es muy importante, la evidencia científica, la clínica, las guías de manejo, hacen parte de nuestra formación, pero es que además necesitamos tener una visión más holística del ser humano y entender que el ser humano, los individuos, tienen características propias de acuerdo a la forma como fueron criados, a sus hábitos, a la región de donde se crecieron, al mismo ambiente dentro del cual crecieron. O sea, reconocer todas esas diferencias nos ayuda a tener mejores resultados. Y estos resultados se comparten y ayudan a una adecuada planeación, una adecuada implementación y a una adecuada evaluación de los procesos de Educación para la salud, que son estratégicos para aportar a su alcance desde escenarios participativos.



En el marco de estos resultados en salud, las personas, las familias y las comunidades, vistos como sujetos de derecho, sujetos de atención en los procesos de Educación para la salud, son fundamentales. ¿Por qué? Porque en la medida en que veamos a las personas, las familias, las comunidades como conectados entre sí, dialogando entre sí y también con el mismo sistema, con el mismo talento humano, es que podemos llevar finalmente al empoderamiento y a la movilización social, pasando por la capacidad de cuidado, la capacidad de agencia, de transformación, el fortalecimiento de las redes, los vínculos, las relaciones, la capacidad de resiliencia en adaptación y afrontando las crisis, las dificultades, las comprensiones y prácticas de salud y cuidado.

Por eso es que, nosotros hacemos especial énfasis en que los sujetos, las familias y las comunidades, tengan estas capacidades desarrolladas, porque estas comprensiones implican partir de recursos propios de afrontamiento y adaptación que se constituyen desde las experiencias, vivencias, condiciones y contextos particulares, y que son un saber más que se dispone para los procesos de construcción. Este país es supremamente diverso, cada región tiene unos hábitos alimenticios específicos, unos hábitos de convivencia diferentes, un clima distinto. El solo clima ya nos lleva a cambiar totalmente la perspectiva, el escenario de las enfermedades que se pueden producir, por ejemplo, el dengue. El dengue es más común en las ciudades en donde, por ejemplo, tenemos el determinante social más importante para el dengue. Sin lugar a dudas, es carecer de un adecuado alcantarillado y acueducto, ya que esto lleva a que las personas acumulen agua y en esos tanques donde acumulan agua, es donde la alarma del mosquito crece. Pero más allá de eso, ¿cómo nosotros fortalecemos con base a esas particularidades la educación? y cómo le damos las herramientas de fortalecimiento y de empoderamiento a las familias, a las comunidades y a las personas para lograr avanzar en los procesos de salud y en la movilización social.

Las transformaciones institucionales, requeridas y la garantía de procesos de Educación para la salud como atención. Para nosotros lograr seguir avanzando en este camino es importante indicar que se requieren transformaciones para la garantía de los procesos de educación para la salud. Aquí tenemos algunas institucionales: dada la pertinencia de este espacio, incorporación de los procesos y finalidades de la educación para la salud en el centro de acción, como una política institucional y parte de la cultura organizacional, formación y acompañamiento continuo del talento humano como dinamizadores de los procesos de educación para la salud a través de sus conocimientos, sus capacidades y sus competencias, y la disponibilidad de talento humano que sea permanente, que esté apropiado y que haga un gran aprovechamiento de los aprendizajes, así como la disposición de materiales didácticos pertinentes y suficientes, disposición de espacios adecuados para la práctica educativa y recursos tecnológicos que faciliten estos procesos educocomunicativos.

Y allí es clave, la planeación del talento humano, el diálogo intercultural de saberes en salud, la gestión de intervenciones colectivas integrales e integradas que permitan promover capacidades individuales y colectivas, articulando el fortalecimiento de redes, nos lleve a estas transformaciones que tanto requerimos. Un ejemplo, nosotros en este momento... Bueno, voy a seguir con el tema del dengue, me iba a meter con tuberculosis, pero sigamos en dengue. El dengue es una patología cuya mortalidad es 100% prevenible. Y Colombia, semana epidemiológica treinta, lleva treinta casos de fallecidos por dengue, muchos de ellos niños, y duele desde este escenario ver cómo muere gente por dengue en pleno Siglo XXI en un país como Colombia, siendo una enfermedad 100% prevenible. Y cuando entramos a revisar esos casos individualmente, nos damos cuenta de que hay acciones dentro del marco de la atención en salud que se

omiten, que no se hacen, y muchas veces por desconocimiento del manejo adecuado para estos pacientes. Por ejemplo, en algunos casos se desconocen los predictores de complicación. Con un simple hematocrito, usted puede predecir si un paciente con dengue va a avanzar, si tiene signos de agravamiento de la enfermedad. Y usted puede predecir de esa manera la muerte de esa persona. Entonces, como sociedad, como gobierno, como institucionalidad, como prestadores de servicios de salud, como empresas de aseguramiento, definitivamente nos falta articular mucho, nos falta ejercer más procesos de educación para la salud que logren esas transformaciones y que eviten todas las complejidades, todas las muertes que muchas veces son necesarias.

Por último, la siguiente diapositiva, son los retos que nos quedan. Desde esta dirección de promoción y prevención, estamos 100% dispuestos. Desde el grupo curso de vida, en cabeza la doctora Mónica Castro y todo su maravilloso equipo técnico que hace parte de este ministerio. Estamos 100% abiertos a apoyar, a las iniciativas que universidades como la de Antioquia tienen alrededor de la educación en el campo de la salud. Por eso, para nosotros fue vital poder participar y poder apoyar la construcción de este evento, y ojalá muchas más universidades, todas las universidades, se vincularan y tuvieran esa visión, porque sí necesitamos compactarnos más, si necesitamos el apoyo interdisciplinario de muchas áreas, y la educación es fundamental, el sector educativo es fundamental para poder realizar las transformaciones. Por eso, incorporar procesos de formación continua del talento humano como dinamizadores de la planeación, de la implementación y de la evaluación de procesos de educación para la salud, con elementos pedagógicos y didácticos que respondan a características, necesidades e intereses de las personas, familias y comunidades, es clave. Así como promover la salud como un recurso para el desarrollo a partir de las capacidades, habilidades, reconocimiento de prácticas y saberes de las personas, familias y comunidades, con capacidades para la transformación de los entornos.

Muchas veces se critica, el que seamos respetuosos de los saberes ancestrales, pero desde la práctica médica, nosotros hemos podido, yo en particular he podido, evidenciar muchos casos de pacientes que ya estaban, por ejemplo, para una amputación por un pie diabético, y que había pasado por cirugía vascular, por cirugía general, por ortopedia, por todas las diferentes áreas, y todos habían decidido, no, toca amputar. Y ver cómo ese paciente de una comunidad de un pueblo étnico Emberá Chamí, dice: "Mi Jaibana me dijo que no me dejara amputar," y se va para el territorio y regresa a los veinticinco días con el pie sano. Esas son las cosas que la evidencia científica aún no ha logrado, quizás porque, no hemos tenido la capacidad de estudiar esos eventos, esas prácticas ancestrales. Porque estos estudios cuestan mucho, pero que definitivamente sí tienen un resultado en salud y tienen un resultado que es realmente ostensible, valioso y digno de ser puesto en práctica. Por eso, es tan importante el tema de los saberes ancestrales, así como fortalecer con participación de otros sectores la incidencia sobre todos estos determinantes sociales de la salud de los que hablábamos, de manera tal que se logre un abordaje integral de las condiciones de salud de la población, de acuerdo a las características de su territorio y de su entorno.

Implementar verdaderos procesos educativos con fundamento pedagógico, para incidir en el cuidado de salud de las personas, familias y comunidades y para el logro de transformaciones psicológicas, sociales y culturales que se reflejen en los resultados en salud. Incorporar procesos de formación continua de talento humano para la planeación, implementación y evaluación de procesos, y promover procesos de planeación intersectorial para la garantía de la atención integral, incorporando los aprendizajes derivados de procesos de educación para la salud como escenarios de movilización social, entre otros.

Entonces, si bien, se cuentan con avances en las comprensiones de la educación para la salud como proceso reflexivo, así como en el reconocimiento de elementos para orientar la potencialización de capacidades, reconociendo el saber de los otros, es aún un proceso en tránsito, tanto para los equipos de salud como para las personas, las familias y las comunidades.  
Muchísimas gracias.

## ¿Quién escucha y desde dónde? Narrativas que tejen un País

### Ponente conferencia central:

Patricia Eugenia Molano Builes  
Dirección de Cobertura y Equidad, Ministerio de Educación Nacional  
24 de agosto

Esta presentación es un ejercicio reflexivo de mi experiencia en mi formación doctoral en esta facultad [Facultad Nacional de Salud Pública] con mi tesis doctoral en la que trato de comprender un poco las prácticas pedagógicas al interior del movimiento por la salud en el país. Un poco más de la experiencia que fue transitar por el Ministerio de Salud en la formulación del Plan Decenal de Salud Pública y lo que he podido aprender en el tránsito actual como parte del Ministerio de Educación Nacional, trabajando en la dirección de cobertura y equidad. Se trata de una disertación más bien reflexiva de lo que he podido acumular en este tránsito.

Mi presentación se denomina "¿Quién escucha y desde dónde? Narrativas que tejen un país." Está conformada por tres bloques: ¿quién escucha?, ¿desde dónde?, y las narrativas que se van tejiendo. Primero les quiero compartir esta frase del libro La pedagogía latinoamericana de Enrique Dussel que dice: "El saber escuchar la voz del otro le hemos llamado la conciencia moral. El escuchar la voz del niño discípulo, el otro en la indigencia, es el deber primero del maestro. Saber escuchar al discípulo es poder ser maestro, es saber inclinarse ante lo nuevo, es tener el tema mismo del discurso propiamente pedagógico. Quien no escucha no tiene el tema. El auténtico maestro primero escuchará la palabra objetante, provocante, interpelante, a un insolente del que quiere ser otro. Solo el que escucha, en la paciencia, en el amor de justicia, en la esperanza del otro como liberado, en la fe de su palabra, solo él podrá ser maestro."

Para hablar del lugar del educador, quiero hablar desde dos lugares. Primero, ¿cuál es el rol?, y segundo, ¿cuál es el tipo de relación pedagógica que teje un educador con un educando? Con relación al educador y a las relaciones pedagógicas que se tejen, quiero traer esta frase de Dussel para reflexionarla un poco frente a lo que él considera es una relación pedagógica, dice: "La pedagogía no es solo la relación maestro-discípulo, como hoy la entendemos; la relación médico-enfermero, abogado-cliente, ingeniero-población, psiquiatra/analista-anormal, así la define Dussel, periodista-lector, artista-espectador, político por profesión-correligionario, sacerdote-comunidad, filósofo-no filósofo, etc., son relaciones pedagógicas.

Cuando uno indaga en el campo de la educación, digamos en la educación, en el campo de la salud pública, lo primero que nos tenemos que preguntar es qué es ese ejercicio de lo pedagógico al interior del campo, porque tradicionalmente, digamos, en los distintos sectores, cuando se habla de lo pedagógico, en el mejor de los casos, la gente está haciendo referencia a cómo nos comunicamos mejor o cómo comunicamos un mensaje, pero difícilmente cuando nosotros hacemos este ejercicio, nos estamos haciendo una reflexión de ese proceso educativo. Entonces, si bien existe relación y todo el relacionamiento pedagógico está enmarcado en unas relaciones de poder, donde de manera intuitiva, quizás y jerarquizada la mayoría de

las veces por las posiciones que han estado instituidas en jerarquías maestro-alumno, si bien hablamos de lo pedagógico, la pregunta real sería: ¿qué es eso de lo pedagógico cuando estamos en la educación en el campo de la salud pública? En ese sentido, es importante entender que nosotros no somos un solo sujeto pedagógico. Nosotros, en tanto sujetos multidimensionales, pues somos sujetos epistémicos, somos sujetos políticos, somos sujetos morales, somos sujetos espirituales.

En ese orden de ideas, lo primero que debemos hacer cuando estamos hablando del tipo de relación que nosotros queremos instituir con el otro o con lo otro es preguntarnos y develar cuál es esa intencionalidad que subyace, ¿qué es lo que hay detrás? Entonces, en ese marco, nosotros podemos encontrar, por ejemplo, intencionalidades epistémicas, que se están preguntando por cómo se produce o cómo se reproduce un tipo de conocimiento. Nos podemos encontrar, por ejemplo, en el campo del sujeto político, algunas tendencias más hacia construir lo común y otras tendencias más hacia construir desde lo propio, o podemos encontrarnos en un sujeto moral. Recordemos que Enrique Dussel invita a pensar la conciencia moral, y más adelante vamos a hablar un poco de la capacidad moral cuando hablemos de la pedagogía desde una visión dialógica; nos toca cuestionarnos, entonces, por ¿cuál es ese sistema moral? ¿Cuáles son esos principios que orientan el actuar moral, eso, cómo se relaciona en el terreno de la praxis humana, y sobre todo, cuál es nuestro actuar moral en situación.

El filósofo español Joan-Carles Mèlich, habla de las éticas en situación. Todos decimos lo que debe ser, pero falta ver si cuando estamos en una situación agobiante de premura injusta, vamos a actuar coherente a unos fines; finalmente está el sujeto espiritual, y lo traigo porque, a mi modo de ver, hay una sorprendente evasión del tema de lo espiritual en el campo de la salud y en el campo de la Educación para la Salud, cuando es absolutamente constitutivo de la condición humana. No hablo en términos de religiosidad, sino en términos de una relación de interconexión, ya sea con nosotros mismos, ya sea con lo otro o con los otros y las otras o con la naturaleza, entendida, por ejemplo, desde las comunidades indígenas ancestrales como una naturaleza animada o también con la relación con una divinidad, se trata, entonces, de cómo nosotros en las relaciones pedagógicas evidenciamos cuál es la intencionalidad para definir de qué sujeto estamos hablando y entenderlo, esto pues, como una categoría analítica porque realmente los sujetos estamos hechos de contradicciones y muchas veces cada una de estas dimensiones, digamos, entran en contradicción con otras.

En esos términos, quiero traer uno de los aportes de la experiencia que les contaba que es el Plan Decenal de Salud Pública. Yo creo que el Plan Decenal de Salud Pública nos hace invitaciones interesantes en la reflexión de lo pedagógico desde la educación en salud pública, cuando nos propone primero pensarnos un aprendizaje como un proceso de construcción conjunta colaborativa, no como el proceso de adquirir conocimientos, adoptar conocimientos o no solo conocimientos, sino también comportamientos. Lo segundo que nos dice es que hay que desmarcar la educación de un modelo tradicional hegemónico y no hablo de un modelo biomédico hegemónico, como lo plantea el Plan Decenal de Salud Pública, porque en mi tránsito también por esta experiencia por el Ministerio de Educación, me sorprende cómo tampoco en este sector se tienen análisis reflexivos de lo que implica lo pedagógico en el proceso educativo.

Se trata, por tanto, de ver cómo nosotros también vamos desaprendiendo y vamos desmontando estos modelos tradicionales en educación. Y la última invitación que nos hace el Plan Decenal de Salud

Pública, es a apropiar, desarrollar y fortalecer capacidades dialógicas. En ese orden de ideas, nos dice que para poder institucionalizar una cultura para el cuidado de la vida y la salud, deberíamos estar en capacidad de desarrollar, valga la redundancia, capacidades para problematizar la realidad, abordar el conflicto, reconocer la diferencia, proponer, negarnos, disentir, negociar y llegar a acuerdos. Retomo esta propuesta para pensarnos desde dónde el educador que hace posible esa educación en la concreción de una práctica, debería estarse pensando en una reflexión pedagógica de su quehacer y también por cómo, desde una perspectiva, desde donde yo me sitúo, que es una perspectiva dialógica y crítica, poder desarrollar capacidades dialógicas.

En ese orden de ideas, en el desarrollo de las capacidades dialógicas en este ejercicio que les comento, que tuve la oportunidad de hacer en mi formación doctoral, aparecen dentro del perfil del educador unas características que les quiero compartir. Lo primero es que nos estamos pensando ese educador, siguiendo a Campos o Granda, como un intérprete y mediador de las diversas propuestas para la construcción de vida en los territorios. Cuando hablo de vida, estoy hablando de vida y salud y es por eso por lo que no los quiero separar. En ese sentido, esta investigación propone, en sus resultados, que los educadores, o mejor, quien escucha en el proceso educativo, debería estar preparado para entender, y ese entender es importante identificarlo no solo como un tipo de racionalidad, que se evidencia en el entendimiento en tanto yo quiero discernir para comprender la realidad social, sino que tomo distancia para poder juzgar a la luz de unos criterios definidos, no definidos por otros, sino definidos por mi construcción con otros.

Pero además es entender también como un concordar o compaginar con otros. Cuando yo le digo al otro 'te entiendo', es porque estoy acogiendo sus valores, sus pensamientos, sus sentimientos, y concuerdo con él de cara a algo. Entonces, este tipo de entendimiento como una de las capacidades del perfil del educador, que es quien escucha, debería permitirme no solo comprender la realidad social, que es lo que finalmente construyo con los otros, en este caso, los estudiantes o los aprendices, o como lo denominemos, sino también cómo compagino, cómo concuerdo, cómo acerco al otro al corazón en términos de sus sentimientos, sus pensamientos y sus valores de cara a una acción en el terreno de la praxis humana. La posibilidad de permitir ser, este permitir ser es suspender un poco el protagonismo del educador, es darle lugar al otro para que aparezca. Este permitir ser implica un ejercicio del silencio, de pausar la prepotencia que a veces tenemos para tener una respuesta para todo; es saber escuchar, que el otro sea en el marco de la diferencia, distender. Distender como la posibilidad de saber identificar cuándo hay tensión, develar la tensión, pero tener el tacto suficiente para poder, a partir de esa tensión, generar un proceso creativo.

*Anécdota: en días pasados estuve en un recorrido por Arauca. Estamos posicionando una declaratoria que el país firmó en noviembre del año pasado, que es la declaratoria de Escuela Segura, que busca mantener los entornos escolares libres de militarización, no solo de los actores ilegales, sino también de los actores legales. Es decir, hacer entender al Ministerio de Defensa y, de ahí para abajo, a todas las fuerzas, que el entorno educativo no es un entorno para que las fuerzas militares hagan pedagogía ni hagan campañas cíclicas. Lo que no significa que no puedan trabajar alrededor, pero no en el entorno educativo, por el grado de vulnerabilidad en que se ponen los entornos cuando esto sucede. A pesar de que en Colombia lo hemos normalizado por años, cuando llego a un territorio como Arauca, los rectores molestos, me dijeron que era una irresponsabilidad. Cómo el Ministerio de Educación nos viene a decir eso, cuándo firmaron eso, a mí no me consultaron. ¿Por qué? Porque el*

*nivel de conflictividad al interior de las instituciones educativas en una zona que es de frontera en el municipio de Arauca, particularmente, pues la forma que han tenido de imponer la autoridad al interior de los espacios educativos es con la policía de infancia, adolescencia.*

*Antes situaciones tan complejas, un rector casi se retira en el momento de la discusión, pues finalmente, tratar de devolver esto una oportunidad y, a pesar de que en todos los otros territorios, Arauca, Tame, Arauquita, que son territorios tan difíciles, de tanta conflictividad, donde hay mayor dispersión y más instituciones educativas en la ruralidad, finalmente utilizamos esto como la posibilidad de que esta tensión, esta dificultad con el otro que no ha encontrado otra ruta de actuar, con un abordaje más integral, se convirtiera en una potencia cuando dijimos 'listo, pongámoslo en un mapa de amenazas y vamos a mirar cómo trabajamos en ello en conjunto con el ICBF, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las rutas establecidas desde la policía de infancia y adolescencia para que podamos hacer lo que la declaración dice. Pero tratar de resolver las situaciones conflictivas y complejas que se tiene', es una capacidad para saber atender a esa dificultad, pero manejarla con tacto.*

Autorizarnos a no saber, creo que esto es de uno de los retos más grandes que tenemos en el ejercicio de la educación, porque pensamos que debemos tener una respuesta siempre, porque nos cuesta, además, decir 'de esto no sé', porque no encontramos la riqueza de la posibilidad de cuando yo sé decir que de esto no sé, pues la respuesta se construye de manera plural. La respuesta, en tanto, se construye con otros, tiene formas más creativas para resolverse, y finalmente, la posibilidad de desaprender, de tener esa disposición para pausar todas nuestras certezas y entender que, en el terreno de la complejidad y la incertidumbre, siempre habrá que darle cabida a ese espacio de lo otro que desconozco o que todavía no está instituido. Este sería uno de esos aportes que salen de este ejercicio de investigación.

¿Desde dónde?

No voy a hablar del contexto conflictivo de este país; no voy a hablar de los determinantes sociales ni de la determinación social; yo creo que lo conocemos, voy a hablar del método que tenemos. A mí me gusta mucho una definición que tiene Freire frente al método, no como un conjunto procedimental de pasos, sino que él habla de unos principios educativos que se recrean en contexto. Ese es el método: usted, cómo a la luz de una realidad concreta, va recreando unos principios educativos que ha preestablecido porque ha hecho una reflexión pedagógica. En ese sentido, traigo, por ejemplo, los principios pedagógicos de los pueblos Murui Muina. Los pueblos Murui Muina son los mal llamados huitotos, "huitotos" es un nombre de Colonia, y que para la enseñanza de la lengua Meneca, que es su lengua, utilizan estos principios: el primer principio pedagógico de los Murui Muina es la escucha; el segundo principio pedagógico de los Murui muina es el silencio, el silencio, y aquí quiero hacer un acápite occidental, pero vale: hay un sociólogo antropólogo de nombre David le Breton, que tiene un texto muy bello que se llama "Aproximaciones al silencio", y ahí él hace una revisión etimológica de la palabra y dice que "silencio" viene de dos raíces en el latín, una es "silere" y otra es "tasere", "tasere" después se constituye en "callar" porque "tasere" es silencio entendido.

Esa etimología me habla de una interrupción; es un verbo activo que implica callar o callarse, en tanto que "silere" es un verbo que es intransitivo y que me está hablando. Es de una suerte de presencia apacible que no es propia solo de lo humano, sino que también se encuentra en la naturaleza, también en los animales, y esa es la invocación que hacen, por ejemplo, los pueblos y comunidades Murui Muina, esa presencia apacible para poder escuchar, para poder tejer, para poder observar. Otro de sus principios pedagógicos es el tejido, el mambé, es decir cómo nosotros a través de esa construcción colectiva que hacemos de la palabra en lo que otras comunidades llaman los círculos de palabra y que considero deberíamos promover más, son los círculos de escucha porque realmente es lo que tenemos que aprender en primer lugar, para después tener una palabra dulce que pueda invocar el pensamiento, pero también el corazón. Así pues, estos principios son un ejemplo de cómo nosotros, desde donde hablamos, utilizamos un método que conversa con una realidad y un contexto específico.

Retomando de nuevo el ejercicio de la investigación, de la que les he hablado, hablo entonces de ese método que tradicionalmente lo hemos escuchado en la educación popular como construcción colectiva de conocimientos o como diálogo de saberes. Y en este ejercicio de investigación, esto se transforma en dos principios que son diferentes, uno el hacer común y otro, el proceder dialógico. Ahorita vamos a especificar un poco más: la construcción colectiva de conocimiento se transforma en un hacer común que no es necesariamente exclusiva de conocimientos y cómo el proceder dialógico, también se deslinda de ese lugar del saber y le da lugar también al hacer, al sentir, al compartir.

Con respecto al hacer común, el hacer común como principio que vale la pena tomar desde una perspectiva crítica biológica en la educación en el campo de la salud, se presenta como un tipo de relación. Esa es, también, otra manera de entender el método como una forma de relacionarnos con el mundo y este tipo de relación ya les comentaba es una relación que, en principio, excede el conocimiento, es una relación que implica hacerse cargo de tres cosas: primero, de sí mismo, a pesar de los propios límites que tenemos; segundo, del otro, a pesar de su infinita diferencia; y tercero, del mundo, a pesar de la incertidumbre. Es un principio que implica mucho de la responsabilidad, consigo, con otros y con el mundo. El hacer común tampoco es una identidad preestablecida. Yo no me junto con el otro porque los dos somos afro y tenemos una identidad cultural; yo no me junto con el otro porque los dos somos obreros y tenemos una identidad popular. No, ese hacer común me implica juntarme con el otro para instituir algo nuevo, una nueva identidad, una nueva posibilidad de ser, una nueva posibilidad de hacer. Y, por tanto, se constituye en una construcción entre diferentes que deviene común. No se preestablece, deviene común en la acción.

El otro principio que tiene que ver con el diálogo, por qué no el diálogo de saberes, porque el diálogo tiene muchos caminos, es el encuentro. Buber, un filósofo del diálogo, habla de esa posibilidad de disponernos para darle al otro un sí como persona. Sin esa disposición al encuentro, a la acogida existencial con la diferencia, el diálogo se ve truncar. El segundo es el diálogo como entendimiento, que ya les decía tiene una doble connotación: primero entender y discernir la realidad, y segundo que tiene que ver con concordar con el otro, entenderme con el otro, que implica más esa mediación de sentimientos, voluntades, pensamientos, valores y, finalmente, otro de los caminos del diálogo que tiene que ver con el debate de las ideas, con el debate argumentativo, que es en el que estamos más entrenados, por decirlo de alguna manera, pero que finalmente ese tipo de diálogo muchas veces, dadas las relaciones de poder jerarquizadas termina posicionando determinados argumentos, no necesariamente porque están mejor



fundamentados o porque sean más sólidos, sino por la relación en sí misma jerárquica, pero es un tipo de diálogo que se necesita para poder posicionarnos ante el mundo una vez definida la intencionalidad ética, política, espiritual, epistémica para conocer el mundo y transformarlo. Entonces uno toma posición para poder, de alguna manera, debatir o para poder robarle al mundo ese pedacito de posibilidad de transformación.

Estos caminos del diálogo se fundamentan, digamos, ahí sí, en algo que podríamos llamar competencia moral o capacidad moral en términos de Anne Marie Piper, que es, por un lado, el reconocimiento de la diferencia, si yo no reconozco la diferencia, no hay posibilidad del diálogo, y por el otro, y de ahí mi intencionalidad develada de fortalecer la escucha, es la experiencia de la escucha. En esa escucha que de alguna manera nos permite recuperar la visión, ese proceder dialógico, se constituye nuevamente en un tipo de relación que implica una disposición para escuchar, para aproximar, para acoger al otro; qué implica suspender el yo, suspender el ego y que encuentra distintos caminos: el camino de acercar la diferencia a través del encuentro existencial; el camino de discernir esa realidad o de concordar con el otro en el entendimiento; y el acuerdo y la necesidad de posicionarme ante el mundo como un sujeto intencional. Quién escucha, en tanto el rol del educador y el tipo de relación que se establece se entiende como el método que usted tiene para concretar unos principios específicos en una realidad concreta que implica un hacer común y que implica un proceder dialógico. Finalmente, las posibilidades que tenemos desde la narración, narrar para tejer un país, como dice Octavio Paz en "El arco y la lira" definiendo la poesía en un ejercicio de pensarse la poesía en contraste con el lenguaje. Pero el lenguaje entendido más como lo discursivo, la poesía es todo lo existente y lo oculto: confesión, conjuro, revolución, ejercicio de liberación espiritual, máscara que oculta lo sabido y lo olvidado y caracol, caracol, en tanto el caracol me permite la reverberancia de otras cosas.

Ahora bien, cuál es la intención que tengo de hablar desde la narración. Digamos que la narración entra a tensionarse un poco con el ejercicio de lo discursivo conceptual, por qué?, porque la narración, sea esta, a través de la poesía, las distintas artes, de la mística, de la magia, de los cuentos que contamos, que además históricamente hemos sido formados a través de una oralidad, me permite sentidos plurales para que el otro que escucha se identifique no solo desde un lugar epistémico, sino también desde un lugar moral, también desde un lugar espiritual, también desde un lugar político. Por tanto, este tipo de imágenes exceden la palabra en tanto el discurso, en tanto el concepto y como distingue, categoriza, pues tiene un sentido unívoco y a veces hablar desde el discurso o desde el concepto, sobre todo cuando estamos con otros "chiquitos" en formación, se hace más difícil que cuando aprendemos a hablar en cuento, en canto. Y las experiencias son múltiples en este país que los maestros y las maestras, que son héroes de la construcción social a través del canto, de la danza, del juego, logran captar esos sentidos, llamar la atención, discernir la realidad.

Trataré de ejemplificar lo que quiero decirles: todo lo que podamos decir de la realidad que, entre otras cosas, es una descripción posible, porque si le preguntamos a un físico cuántico, cómo entiende la realidad, yo creo que en el marco de la complejidad se nos desbaratan todos nuestros principios aristotélicos. Pero es esto todo lo que podamos decir de la realidad, es solo un mapa, y un mapa no es el territorio. Cuando hablamos en narración, permitimos que otros abarquen la totalidad del territorio. En ese sentido, la narración es plural, y por tanto, las narraciones, porque son plurales y para poder hacer parte de esa

narración se requiere de un lenguaje conocido. Por eso la historia, nuestra historia, opera tan bien que nos permita llevar a los otros dentro, que permita generar esa inquietud para que ese otro se identifique con algo así, no sea el concepto, y que para ingresar a ese círculo, quién escucha encuentra algo, un tipo de correspondencia que no está preestablecida, pero que permite un reconocimiento de sí mismo en el otro, la otra o el otro.

Para finalizar, desde mi ejercicio de investigación, la intencionalidad es construir narrativas que nos permitan abordar esa multidimensionalidad de los sujetos en una idea de tender que recoge los aspectos éticos. Y en ese sentido, sería una tendencia de, desde una postura crítico-dialógica, avanzar hacia ese hacer común, hacerse cargo de sí, a pesar del límite, del otro, a pesar de la diferencia, y del mundo, a pesar de la incertidumbre, y saber orientarse ante la adversidad, que es lo que viven en la cotidianidad las personas de este país, tanto desde el talento humano en salud pública, como del sector educativo, para saber orientarse en esa adversidad con sagacidad y, sobre todo, con esperanza; entender que es en otra dimensión donde estaría lo crítico-dialógico, entendido, entonces, como discernimiento de la realidad y concordar, concordancia de sentimientos, ideas y voluntades, extender, entendido como lo político, como esa posibilidad no solo de quedarnos en el marco de lo propio, del ejercicio de derechos y de la construcción de ciudadanía, sino que lo popular instituye muchas y múltiples posibilidades de eso otro transformativo que queremos para nosotros y para los otros, y el trascender como una dimensión de la cual hay que hablar, que es parte constitutiva de la condición humana. Más allá de la religiosidad y sobre todo, en este país, que ha implicado la posibilidad de ritualizar la vida para poder afrontar lo indecible con palabras y poder sanar el corazón. Y para cerrar, esta frase que les comparto: "Finalmente, el educador ve la realidad, porque la escucha a través del otro, ideal que el educador pudiera hablar, no solo en palabras, discursos, conceptos, sino en cuento, en imagen, en canción, en pájaro y en nube, un educador que nos enseñe el arte de ser cartomantes de la realidad.

Gracias."

## Emociones en la educación para la salud. El rol del Talento Humano en Salud como educador, en contextos institucionales y sociales de incertidumbre y esperanza

### Ponente conferencia central:

Jaider Camilo Otálvaro  
Departamento de Sociología Universidad de Antioquia  
24 de agosto

**Resumen:** Se presenta el resultado de un conjunto de investigaciones en el campo de la educación para la salud, de donde se observa una tendencia común en los procesos de educación en la configuración de la relación educando-educador, desde el compromiso y la indiferencia. Al situar esta configuración en el contexto social actual, se plantea la necesidad de que el Talento Humano en Salud, realice una educación que posibilite el diálogo de emociones y la transferencia de experiencias y significativos sobre la forma de afrontar las situaciones en salud y de transformar las formas de adaptarse a las necesidades de cuidado de salud por parte del educando.

**Palabras clave:** Educación para la salud, Contexto social, Relaciones sociales, Emociones.

**Introducción:** En el campo de la salud ha hecho carrera la idea de que la decisión moral del individuo sobre el cuidado de su salud es indispensable para resolver la crisis epidemiológica que enfrentan las sociedades industriales y postindustriales (Lalonde, 1974; Krieger, 2001). Este criterio reconoce que la decisión del cuidado es una acción moral, un proceso reflexivo y volitivo que produce una acción de cuidado que se define por una necesidad en su contexto.

A partir de este planteamiento, en el campo de la salud pública se han desarrollado una numerosa cantidad de esfuerzos por lograr una educación para la salud que brinde herramientas (conocimientos, información), a los usuarios de servicios de salud, en ambientes intra y extramurales de educación. Este tipo de educación, si bien tiene propósitos admirables, suele desarrollarse con enfoques pedagógicos que han sido cuestionados, por su carácter transmisionista, por la relación vertical que plantea entre el profesional que agencia la práctica educativa y el educando, y por su carácter morbo-céntrico y persuasivo que centra el proceso educativo en el proceso salud-enfermedad, desconociendo la interconexión de este fenómeno con procesos sociales más amplios (Peñaranda, 2011).

Si bien, la salud pública en las últimas décadas ha reconocido que estos modelos educativos deben garantizar el desarrollo de la autonomía y la capacidad de ejercer poder por parte de los educandos para decidir por su salud (Breilh, 2003), los esfuerzos en el campo de la educación siguen siendo insuficientes, pues por un lado los objetivos de aprendizaje se ven truncados por el tipo de relación que se crea entre el educando y el educador, pero también, por el tipo de circunstancias contextuales, ambientales,

biológicas, socioculturales y psicológicas que influyen la posibilidad de lograr tal organización del cuidado (Breilh, 2003).

Es por esto que a continuación reflexionaremos sobre esta relación entendiéndola como una construcción social, esto es: el resultado de la interacción de dos sujetos sociales con capacidad de incidir uno en el otro. Esta relación también será analizada por el tipo de interacciones que produce, y por la manera en que plantea una relación con los medios, y los fines de los sujetos para ejercer poder y autonomía sobre el cuidado de su salud.

Se abordarán a continuación los elementos característicos de la relación educador-educando en el campo de la educación para la salud, evidenciando que en esta relación ha prevalecido el marco conceptual de un paradigma de la medicina clásica que se ha usado de manera residual en salud pública, el cual es: el control de la transferencia. Indicaremos al finalizar que el control de la transferencia como se ha realizado hasta ahora en la clínica occidental moderna, traído al campo de la educación para la salud, es una barrera para lograr confianza con el educando, y que por tanto trunca los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Para entender la necesidad de romper el paradigma de la transferencia en educación para la salud, requerimos entender cuáles son los principios intuitivos que lo sostienen en medicina y en salud pública (Jung, 1944, 1983). Por otro lado, será indispensable también indicar por qué es importante modificar la manera en que se ha entendido la relación enseñanza-aprendizaje desde esta perspectiva, y para ello, nos situaremos en el contexto social e insitucional desde el que se realiza, y en los retos que este contexto impone al proceso educativo.

Este contexto se presentará indicando que en la actualidad, la crisis de los cuidados y del envejecimiento poblacional (Batthyány y Genta, 2018), la individualización que produce la diferenciación funcional (Elías, 2000, 2006), la especialización del trabajo en la división del trabajo social, y la densificación poblacional, ubican al individuo moderno como un sujeto desgajado de sus relaciones primarias, tribales, de clan, o familiares, vulnerable, aislado de las relaciones que otrora le posibilitaban la construcción de confianza básica, y por tanto, más expuesto a la incertidumbre (Guiddens, 2011). Mostraremos que la Sociología ha documentado al menos cinco formas de adaptación del sujeto a la incertidumbre (Merton, 1964), y que estos tipos de adaptación responden a dos pasiones básicas: el miedo y la esperanza (Jaspers, 2013).

Así es que, si una forma de adaptación del educando a una situación del contexto está basada en el miedo, la transferencia será el proceso a través del cual el educador en el campo de la salud, llegará con el educando a la base del problema, contribuirá a la producción de conciencia sobre las características de esa emoción, y acompañará al educando en la adopción de una nueva forma de adaptarse al contexto, esto es: en la decisión de cuidar de la salud.

Finalizaremos el texto indicando que este reto no sólo responde a una necesidad del talento humano en salud en su rol como educador, y que si bien se trata de un argumento que defendemos desde los límites de la salud pública, trasciende incluso las problemáticas que esta disciplina suele abordar. La necesidad de reconfigurar el tipo de relaciones que se dan en el marco de procesos institucionales o de procesos sociales con amplios intereses humanistas (como lo es la educación para la salud), es realmente una necesidad de reconocimiento (Fraser, 2008, Honneth, 1997).

En este sentido, planteamos que cuando la educación para la salud da paso a la transferencia y al diálogo de las emociones, se realiza una acción afirmativa que enmarca el proceso educativo en el campo de la justicia social (Peñaranda y otros, 2019). La educación que produce un vínculo entre educando y educador, es un tipo de acción afirmativa de la dignidad humana que ecualiza la fórmula del reconocimiento en las teorías de la justicia, donde el problema de la dignidad ya no se sitúa exclusivamente en la redistribución de riquezas y en la superación de desigualdades vitales, sino también y de manera muy central, en la gestión de la ruptura de las brechas sociales y culturales que producen desigualdades existenciales (Therborn, 2015).

Nota metodológica: En este documento me propongo recoger mis aprendizajes integrando el equipo de educación para la salud en una unidad de Salud Pública en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la ciudad de Medellín, en el marco de la implementación de las Rutas Integradas de Salud, a lo largo de tres años.

También parto de mi experiencia como integrante del equipo de educación para la salud en el campo de la crianza de la Facultad Nacional de Salud pública, que lleva varios años trabajando en la organización comunitaria y cotidiana del cuidado de niños y niñas y cuidadoras, desde el campo de la educación para la salud, con la comunidad de Granizal en el municipio de Bello/Antioquia (Villa y otros, 2021).

Tomo elementos que he aprendido como profesional e investigador en el campo de la educación social y la IAP con adolescentes y jóvenes en la ciudadela Nuevo Occidente (Gómez, Otálvaro y Cárdenas, 2023). Y como etnógrafo-investigador en espacios de educación inicial y de protección integral y especial de niños y niñas, como los hogares FAMI del ICBF (Otálvaro y otros, 2016), los hogares infantiles y de cuidado inicial de la Corporación PAN en la ciudad de Medellín, y en el Componente de Acompañamiento Familiar del programa Unidad de Familia Medellín, dirigido a familias que experimentan privación de satisfactores básicos o situaciones de extrema pobreza.[1]

Las reflexiones que se hacen sobre la caracterización del contexto social en esta ponencia, no pretenden abarcar una visión total del diagnóstico social de nuestra época, una tarea imposible y que humildemente, debo reconocer que no lograría. Lo que se indica en términos del contexto social, es el resultado de una “sociografía”, un esfuerzo por tomar de algunos diagnósticos de sociólogos clásicos una visión sobre lo que ocurre con la sociedad moderna, entre los que se incorporan muy especialmente los trabajos de Anthony Giddens (2011), Norbert Elías (2006, 2000), Agnes Heller (1977), Talcot Parsons (1967), Robert Merton (1964), Erich Fromm (1971, 1991), y Emile Durkheim (2006, 2003, 2012). Esta sociografía ha venido integrándose a un diagnóstico de interés para la Salud pública, desde trabajos como los de la Dra. Nancy Krieger (2011), el Dr. Jaime Breilh (2003), y el Dr. Hector Habad Gómez. He venido reconstruyendo esta sociografía en el marco del proyecto sobre las formas elementales del cuidado infantil, en la prensa sobre el cuidado de la infancia en Colombia, entre 1970 y 2020.

Finalmente, es importante señalar que si bien este trabajo reflexiona el campo de la educación para la salud, no es un discurso elaborado desde la pedagogía, sino desde la sociología de la educación. Las implicaciones que este planteamiento tiene en el campo de la pedagogía son amplias, pero se escapan

[1] En el marco de mi tesis doctoral sobre los conceptos elementales del cuidado infantil, la cual fue financiada por Colciencias, mediante la convocatoria de apoyo a programas de doctorado nacionales

del objetivo que me propongo. Al final, se esbozarán algunas líneas que muestran cómo se sustenta el argumento central, en corrientes y enfoques de la pedagogía en donde resalto a la pedagogía crítica y social, la práctica del diálogo de saberes, las apuestas de la educación sociocrítica por la emancipación, y la crítica a la educación bancaria.

Desarrollo: La educación para la salud en el contexto del sistema de salud colombiano actual.

En la actualidad, existe un interés por transformar los sistemas de salud pública de diferentes países de América Latina y del mundo, enfocando su acción en la implementación de procesos educativos que amplíen los propósitos de la Atención Primaria en Salud. Esta iniciativa, que en Colombia toma formas como las Resoluciones 3280 y 3202 de L. 2018 y 2016 respectivamente, son instrumentos valiosos que favorecen la transformación de los sistemas de salud hacia procesos institucionales que impacten la salud pública desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Para entender el contexto social del proceso que se realiza hoy en el campo de la educación para la salud, partiremos definiendo a lo social como un proceso solidario (Durkheim, 2012); esto es: como un proceso en el que se distribuyen las funciones y actividades que realizan una vida común para todos los individuos (Miller, 2010), lo social también se puede definir como la sociedad (Elías, 2006).

De acuerdo con los diagnósticos más aceptados en el ámbito de la sociología, la solidaridad que reproduce la sociedad moderna se puede definir desde los principios del utilitarismo y el atomismo filosófico (Parsons, 1967). Se basa en la idea de que el sujeto actúa buscando un beneficio, y de que el beneficio de la acción del cuidado de la salud es el bienestar, por tanto, esta es la justificación moral universal de la educación para la salud (Lalonde, 1974). Por otro lado, se ha leído desde una perspectiva atomista, pues se considera al educando aislado de sus relaciones interpersonales, por tanto, no se concibe la posibilidad de una autonomía relacional sino individual, un esfuerzo del individuo que no considera la necesidad del esfuerzo de su grupo, de su clan.

Esta concepción atomista del sujeto también prevalece en las relaciones que se tejen con él como usuario de los servicios de salud. Por ejemplo, en las instituciones donde se ha iniciado la implementación de los componentes educativos grupales de las Rutas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad en el marco de la implementación de la política de RIAS en Colombia, la principal preocupación de los prestadores y de los profesionales de los servicios, es la inasistencia de los usuarios, su nivel cultural en el que no se valora la educación, su cultura morbo-céntrica.

El siguiente es un listado de preocupaciones de 80 prestadores de servicios de salud, potenciales agentes educativos, sobre la posibilidad de realizar acciones en salud en el marco del sistema de salud actual:

- Falta de capacitación en EPS.
- Dificultades de comunicación.
- Falta de enfoque territorial y diferencial.
- Falta de tiempo.
- Infraestructura física y humana para hacer Educación para la salud.
- Falta de espacios apropiados.
- Poco compromiso personal directivo.

- Sistema morbicéntrico.
- Desinterés de los usuarios.
- Falta de incentivos al personal para la educación para la salud.

El usuario concibe al sistema como una estructura que garantiza unos servicios paliativos o curativos, no de prevención. Por su parte, si bien concibe al profesional como un sujeto con poder, capacidad para educar y orientar una decisión sobre el cuidado de la salud, tampoco valora el ejercicio educativo en el campo de la salud, porque otras responsabilidades, como las del trabajo, superan las posibilidades de participar en un proceso educativo al usuario, porque no construyen confianza con el profesional para tramitar en el proceso educativo sus preocupaciones o necesidades personales, o porque simplemente, no le dan valor a la educación. Esta manera en que se desarrolla este vínculo entre el prestador del servicio y el usuario, parece una de las principales dificultades del objetivo del proceso educativo, al menos cuando se hace una mirada panorámica del problema.

Dentro del sistema también hay estructuras que hacen difícil la implementación de estos procesos, desde la definición de la facturación de procesos educativos grupales, y la concurrencia a ellas de diferentes profesionales de distintos ámbitos, hasta la destinación del tiempo del personal que se requiere para la implementación de un proceso educativo acorde a las necesidades de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Se trata de barreras que se presentan en el contexto institucional, y que si bien tienen solución administrativa simple, no son tan fáciles cuando los tomadores de decisiones, a pesar de que conciben el valor de la educación para la salud, desconfían de su capacidad, pues desconocen sus posibles impactos, y se enfocan en los problemas iniciales mencionados antes, planteándolos como barreras inquebrantables, fenómenos culturales o económicos, que no son de gobierno del sistema de salud.

La crisis de los cuidados y el envejecimiento poblacional.

En el contexto en que se implementan las RIAS en Colombia hay otros fenómenos de carácter social que interesan mucho cuando se reflexiona sobre la educación para la salud. Partiendo que el objetivo de esta educación es la decisión de cuidado en el educando, se tiene que no todos los sujetos cuidan o son cuidados de la misma forma.

La Sociología del género y del cuidado ha mostrado, a través de múltiples encuestas nacionales e internacionales y de análisis ecológicos diversos, que las mujeres destinan casi el doble de tiempo que los hombres al cuidado personal o de otros individuos en el hogar, o en su comunidad (Batthyány y Genta, 2018). Así mismo, que este tipo de actividades, que son principalmente agenciadas por mujeres, reciben poco o nulo reconocimiento monetario, por lo cual, se convierten en una responsabilidad social del sujeto cuidador, que se realiza incluso a costa de su patrimonio, de sus intereses, y de su satisfacción en el ejercicio del cuidado (Durán, 2018).

Este fenómeno se alinea a otro de carácter demográfico. Las sociedades industriales, basadas en modelos de solidaridad orgánica, han definido una relación entre Trabajo-Familia-Estado, en la que se entiende a la familia como principal proveedor de soluciones del cuidado, al Trabajo como la actividad que genera

valor y riquezas que favorecen el cuidado de las necesidades básicas, la subsistencia y la movilidad social, y al Estado como el actor que regula o interviene en las necesidades del cuidado (Hernández, 2022, Rasavi, 2007). Así mismo, en estas familias industriales la mujer asume la carga de responsabilidades domésticas, las cuales se nuclean alrededor de actividades del cuidado.

Son estas actividades de cuidado, el tipo de acciones sociales que no se valoran, que no se reconocen, que implican una renuncia del cuidador a sus intereses personales, o sociales, al fortalecimiento de su patrimonio, entre otros (Tronto, 2013). La siguiente tabla, por ejemplo, muestra el conjunto de representaciones sociales sobre la función de la mujer como cuidadora en la sociedad, en la prensa sobre el cuidado infantil en Medellín/Colombia entre 1970 y 1920.

Las mujeres como protagonistas del cuidado en la prensa sobre la organización sociopolítica del cuidado de la infancia en Medellín-Colombia 1970-2020.

Las damas ofrecen respaldo al proyecto sobre servicio social	6/01/70	La representante a la cámara, contesta con una carta a una anterior nota de la sección editorial sobre el servicio social obligatorio para jóvenes. En ella, doña Lucy Jaramillo de M. Apoyan dicha idea, y como se tiene en proyecto como ley, y a través de él salir el ICBF, y ayudar al proceso de desarrollo del país. Y preparación de un informe para las Naciones Unidas sobre la condición de la mujer.	El Colombiano. 1970. Las damas ofrecen respaldo al proyecto sobre Servicio social. Pág. 2, Año. LVIII, N. 18.804. Medellín, martes 6 de enero de 1970.
Bienestar familiar.	9/03/70	Se clausura la primera conferencia sobre familia, infancia y juventud, la primera dama Cecilia indica que para resolver los problemas de la Infancia desprotegida se desplegará todos los recursos del bienestar familiar	Bienestar familiar. (9 de marzo de 1970) El colombiano
78 damas voluntarias hay en la Luz Castro	3/08/71	En clínica de maternidad de Medellín "Luz Castro" prestan servicios hospitalarios un grupo de damas que voluntariamente cooperan en todos los campos	78 damas voluntarias hay en la Luz Castro. (03 de agosto de 1971) El Colombiano
Inauguran Centro infantil rotatorio	26/08/71	Se inaugura centro infantil en envigado con el fin de brindar cuidados integrales a los niños mientras sus madres trabajan	Inauguran Centro infantil rotatorio (26 de agosto de 1971) El Colombiano
El kinder popular es una necesidad del pueblo	2/02/72	El kinder creado en 1970 estuvo a punto de cerrar por disminución en los auxilios, sin embargo este se ha sostenido gracias a las madres de familia que se han sacrificado para sostenerlo	El kinder popular es una necesidad del pueblo (2 de febrero de 1972) El Colombiano



Primera dama inaugura parque infantil en Ibagué	3/11/79	Nuevo parque infantil servirá para dar educación al menor entre cuatro y doce años	El mundo. (3 de noviembre de 1979). Primera dama inaugura parque infantil en Ibagué. El Mundo, p.10.
Primera dama visita hogar infantil	20/11/79	Visita de la primera dama y el instituto de bienestar familiar para el suministro de leche de la población infantil	El Mundo. (20 de noviembre de 1979). Primera Dama visitó hogar infantil. El Mundo, p. 20.
En Medellín vive un niño encadenado	10/12/79	Solicitud de ayuda a la primera dama de la nación para casa de cuidado de niño en Medellín	Cervantes, R. (10 de diciembre de 1979). En Medellín vive un niño encadenado. El mundo, p. 7.
Reconozca un buen programa de pre-escolar.	17/03/81	Buscar alternativas para el cuidado ya que las familias son más pequeñas y no cuentan con las tías, abuelas a quines de les referia este cuidado	Soto, M. (17 de marzo de 1981). Reconozco un buen programa de pre-escolar. El Mundo, p. 7B.
Muerto un niño recién nacido.	22/04/81	"La desnaturalizada mujer lo dejó abandonado"	El Mundo. (22 de abril de 1981). Muerto niño recién nacido. El Mundo, p. 3B.
Dacores: servicio de cuidado para niñas y niños de a ciudad de Medellín	3/05/82	Dacores: Mujeres y damas de compañía para el cuidado y para acompañar a los niños al cine a una fiesta etc.	El Mundo. (3 de Mayo de 1982). "Los niños ricos tambien se quedan solos". El Mundo, p. 6B.
Madres comunitarias reclaman pensión.	3/10/15	Las madres comunitarias del departamento protestan ante el ICBF durante varios días expresando el inconformismo por su sueldo, la falta de atención igualitaria con las prestaciones ( principalmente sobresale el hecho de la pensión), y los escasos recursos que les son dados en su labor y trabajo con niños.	Gutierrez, A. (3 de octubre de 2015). Madres comunitarias reclaman pensión. EL MUNDO. Recuperado en

Pero estas mujeres, madres de familias industriales, han venido asumiendo un papel cada vez más importante en el mercado de trabajo, asumiendo con ello una doble carga de responsabilidades, las de la producción de bienes y riquezas en la industria y el mercado, y las de cuidado en las familias (Durán, 2018); por otro lado, se observa que han aumentado las necesidades de cuidado, con la universalización de los sistemas de salud, el envejecimiento poblacional, y el aumento de la esperanza de vida, aumentan también las cargas de morbilidad en las poblaciones, y así también las necesidades del cuidado (Tronto, 2013, Hernández, 2022).

La doble carga laboral implica una reflexión profunda sobre la relación entre esfuerzo-recompensa, que reproduce un sistema desigual de división del cuidado que sigue este patrón sexual y patriarcal, pero también nos deja una pregunta a los salubristas: ¿Quién asume las responsabilidades del cuidado que la mujer no puede porque está dedicada al mercado del trabajo?

Esta situación paradójica, que denuncia la situación desigual entre la mujer y el varón en las responsabilidades del cuidado, por un lado, y una crisis referida a la capacidad que tienen las poblaciones y los grupos hoy de sostener sus necesidades de cuidado por el paso de la mujer al campo de la producción de riquezas y valores y por el envejecimiento poblacional, es una verdadera encrucijada, que tiene mucho que ver con las intenciones de la educación en el campo de la salud. La primera reflexión gruesa sería que no es igual hacer educación para la salud con hombres que con mujeres, que estas segundas tienen un interés superior sobre el cuidado, que los primeros.

Pero la reflexión importante aquí es que se hace cada vez más urgente contribuir a que los individuos, las familias, las comunidades y los grupos, establezcan nuevos patrones de división de responsabilidades del cuidado, se trata de pensar en los Sustitutos funcionales del rol de la mujer cuidadora en la sociedad industrial, lo que refiere a nuevas formas de organización social, individual, comunitaria e institucional del cuidado propio y de los demás, la creación de un capital social del cuidado, capaz de reproducir formas de acción individuales y grupales en los sujetos orientadas al cuidado propio y de los demás, un objetivo primordial de la educación para la salud.

La individualización del sujeto: la incertidumbre.

En la era moderna el sujeto en su cotidianidad se halla desgajado de los actores con los que antes construía estrechas relaciones sociales (Guiddens, 2011). La individualización es el resultado final de la diferenciación funcional en la modernidad (Elías, 2000). Los sujetos, cada vez con roles más especializados y tareas más específicas, se sienten más extrañados e individualizados respecto de los procesos amplios de los que hacen parte, se trata de una ausencia de la conciencia sobre lo personal enmarcado en lo colectivo, o más bien, de una conciencia de lo social opacada, oculta, extrañada, o enmudecida (Heller, 1977).

Esta opacidad de la conciencia sobre la situación genérica, refiere a una pérdida de la capacidad del sujeto de decidir por él y los demás, y a una identificación cada vez más amplia del Yo, sobre el Nosotros; una pérdida del capital social, una independiencia cada vez mayor de los grupos que hace más vulnerable al sujeto porque con ello su poder de decidir, se limita (Elías, 2000).

Este sujeto individualizado es un sujeto indiferente, un sujeto que no actúa ante la injusticia, que no valora

la prevención o no se define como un sujeto histórico, es incapaz de transformar el orden de situaciones históricas y externas que lo coercionan (Giddens, 2011). El sujeto indiferente es el sujeto que reacciona con miedo ante la incertidumbre retrayéndose, ritualizando una forma de comportarse, o conformándose (Merton, 1964).

El miedo, por su parte, refiere a una experiencia común del actor social en las sociedades avanzadas, o industrializadas, que es el resultado de una cierta forma de socializarse como un sujeto civilizado (Fromm, 1971). La civilización plantea cada vez un mayor distanciamiento entre los sujetos, un menor compromiso y una menor implicación con otros actores y elementos sociales del entorno (Elías, 2000), y una ruptura de la confianza básica, del cocoon protector que contribuye a que la experiencia social del sujeto sea el resultado de la certeza de su existencia y de la calidad de su experiencia de los sujetos y elementos sociales de su entorno que le producen seguridad, configurando en ausencia de este escudo protector a un sujeto indiferente (Giddens, 2011).

Las formas de adaptación de los sujetos ante las situaciones que despiertan en ellos algún tipo de emoción son cinco. El conformismo, el retraimiento, el ritualismo, la innovación y la rebeldía son formas de acción ante la anomia en un sistema social, según Merton (1964).

En el análisis de sistemas de cuidado de niños y niñas encontramos estas mismas formas de adaptarse, la anomia incluso resulta en este escenario, similar a cualquier situación en la que el sujeto requiere adaptarse, transformando la forma en que cotidianamente realiza sus acciones de cuidado personal. Estas adaptaciones dependen del grado de aceptación de los medios institucionales para alcanzar un fin, o del fin en sí mismo. Cuando el sujeto rechaza los medios o se tornan imposibles de sostener para él, o cuando el fin o la gratificación no son posibles, surgen combinaciones que reproducen estas cinco formas de adaptación, que se resumen en la siguiente tabla:

Mecanismos de adaptación a metas y medios en sistemas sociales. Fuente: Merton, 1964, pp: 149.

Modos de adaptación	Metas culturales	Medios institucionales
Conformidad	+	+
Innovación	+	-
Ritualismo	-	+
Retraimiento	-	-
Rebelión	+/-	+/-

Las decisiones sobre el cuidado de la salud, un propósito moral en el campo de la educación para la salud.

El sujeto indiferente es el sujeto utilitarista atomizado. Es el individuo que actúa por beneficio propio exclusivamente (Fromm, 1991). En el campo tradicional de la educación para la salud, se ha planteado que si se modifica la estructura moral del sujeto que actúa por beneficio, mostrando el valor del cuidado de la salud, se puede modificar esta relación. Sin embargo, así como en el caso de la cuidadora, que lo hace por obligación, alienación, o consciencia propia, en cualquier actitud frente al cuidado encontramos que muchos sujetos no deciden sobre su salud a pesar de su actitud moral frente al dilema ético del cuidado, tampoco lo hacen desde la razón. Los dilemas éticos que preocupan al salubrista en el proceso de educación para la salud, generalmente están asociados a la manera en que el sujeto se adapta al miedo, o bien a la esperanza, su contraparte.

Por esta razón, ante el utilitarismo filosófico que sustenta una mirada tradicional de la educación para la salud, se requiere de una actitud altruista, en donde el interés por la acción del cuidado no se sitúa sólo en el beneficio que produce, sino en la necesidad de cuidado en sí. Con este interés centrado en el altruismo se observa el capital social y emocional con que cuenta el sujeto para decidir a favor de su salud, y se plantea como meta la apropiación de un sujeto que durante el proceso educativo transita por su narrativa de vida desde el protagonismo del Yo, hacia el protagonismo del Nosotros. Esto es que: el proceso educativo en salud, produce formas de organización social que favorecen el cuidado de la salud de los individuos a través de la organización del grupo (Gómez, Otálvaro y Cárdenas, 2023).

El sujeto en muchas ocasiones no decide sobre su salud, sino que hace lo que considera que debe hacer, y este atributo determinista de la acción social, plantea el interrogante sobre ¿Cómo se produce este deber ser, si no corresponde al individuo, cómo se encarna en la acción del cuidado de la salud?

El sujeto ante el riesgo, o la incertidumbre no solo reacciona con miedo, también lo hace desde la esperanza, el miedo y la esperanza no son exclusivamente positivos o negativos. El miedo, por ejemplo, es positivo porque nos ayuda a protegernos, impulsa la ira y favorece la conquista de la dignidad, o, por otro lado, promueve la humildad hasta que paraliza, el coraje y moviliza al actor.

La esperanza, por su parte, reproduce el orgullo, fundamenta la valentía, pero también promueve la quietud, o el conformismo, el ritualismo donde se repite siempre lo que debe hacerse sin cuestionárselo o el sometimiento. En nuestras investigaciones con mujeres cuidadoras que atraviesan situaciones y exigencias de cuidado difíciles, como el cuidado de niños en el marco de un proceso de protección especial de derechos, donde es llevado a un hogar de tránsito o de paso, o del niño enfermo, o del hijo cuando aún se es mujer adolescente, o del niño desde la cárcel, hemos podido apreciar que las cuidadoras, las educadoras iniciales, y los profesionales de la salud como agentes educativos, transitan entre una forma excesiva racionalista ajustada a la norma, hacia formas de acción que podrían calificarse como irracionales, que dependen del grado de compromiso o distanciamiento que tienen respecto de la necesidad de cuidado, como se observa en la figura a continuación:

Tipos de emociones en el cuidado y la educación inicial de la infancia.

Emociones particularizadas, lógica de la crisis, exaltación de nociones reactivas	Emociones reflexivas
Compasión/enojo Desaprobación/juicio Exaltación de rechazo/denuncia ciudadana o activación de rutas Sospecha/actitud retadora Manifestación de cariño	Esperanza/desesperanza Satisfacción/frustración Empatía discreta/juicio Alegría/Melancolía Indignación/aceptación Incertidumbre/confianza Afecto/amor
Pulsiones emotivas- Emociones reflejas	Estados de ánimo-Lealtades-Orientaciones afectivas-Emociones morales
Ira reactiva/ofensas, gritos Rabia y enojo/juicio, culpa Ataques de cariño (besos o abrazos sostenidos por pequeños períodos de momento) Exaltación de tono e ímpetu de mensaje (regañó, castigo, sanción, indicación impetuosa de una norma)	Miedo/Enojo Rechazo/negación de emociones Baja autoestima/pocas manifestaciones de afecto Tristeza/Alegría Soledad/ búsqueda permanente de compañía Vulnerabilidad/ demanda de protección Altruismo/Egoísmo

El educador para la salud, el distanciamiento y la autocontención de emociones.

Una particular visión positivista de la transferencia, que es norma en la acción clínica, plantea la necesidad de asumir una actitud neutral del profesional frente al paciente (Jung, 1983); esto se traduce al campo de la educación para la salud, en que el conocimiento del profesional es la materia fundamental del proceso social educativo en el campo de la salud, y que este conocimiento se transmite de manera unidireccional, que la relación educador-educando es normativa, neutral, basada en juicios de verdad, he aquí pues, uno de los mayores escollos cuando se piensa en el rol del profesional de la salud en el campo de la educación para la salud, y es que éste enfoca su esfuerzo durante el proceso educativo a controlar la transferencia, en lugar de darle paso y facilitarla para lograr una educación más provechosa

El educador para la salud aparece como un profesional aséptico, no implicado en la situación de salud que convoca a educandos y educador, y como un sujeto con un poder y herramientas que el educando no posee, lo que convierte al educando en un “necesitado” de la información que no posee, un sujeto extrañado de ese conocimiento, al cual accede por su contacto con el profesional durante el proceso educativo.

Se trata de una relación de asimetría en el conocimiento y en el poder para decidir sobre la salud de forma autónoma, que lleva a la interacción la importancia de la asepsia del profesional. Al no estar implicado en

la situación sobre la que educa, el profesional se presenta neutro, sus juicios aparentemente no amplían al objeto del proceso educativo, sino que lo describen, y por tanto, pretende no realizar juicios de valor, sino de verdad.

No obstante, como se indicó arriba, la educación para la salud es un proceso fundamentalmente moral, pues plantea el propósito de que el educando tome una decisión moral, en ese sentido los juicios del educador siempre ampliarán al objeto, por ejemplo, presentándolo en su contexto y reflexionando sobre su carácter deseable o indeseable, perjudicial o beneficioso, moralmente apropiado o inapropiado.

La transferencia en el campo de la educación para la salud, no solo es insoslayable, sino necesaria. Se trata de la función en el proceso pedagógico que permite el aprendizaje significativo, y exige una implicación del sujeto educador, posicionándose como parte de la situación problemática sobre la que educa. El vínculo entre transferencia y el carácter moral del proceso educativo, tiene qué ver con que al ampliar al objeto, el educando en el proceso educativo tiene qué implicarse en él, plantear una posición personal (Heller, 2004).

Esta actitud sugiere una transferencia, y desde luego una contrareferencia (Jung, 1983) en la relación educando-educador, entre la que circulan códigos de información y conocimiento que producen una actitud moral del educando frente al objeto; esta actitud, sin embargo, no depende solo del significado del objeto, sino fundamentalmente de la experiencia del aprendizaje, la cual tiene dos formas: el agrado y el desagrado. Dado que el proceso educativo en el campo de la salud depende de la forma en que se aprende, lo que sigue es cuestionarse si para ello no hace falta una vinculación entre los actores del proceso educativo desde algo que los implica de manera común, desde un agrado mutuo o una influencia empática (Nussbaum, 2014).

Es por esto que se plantea en este texto que las emociones son la materia fundamental que se transforma en el proceso educativo, y que la educación para la salud basada en las emociones, debe realizar procesos de transferencia y contratransferencia de emociones durante los procesos educativos que favorezcan la creación de formas organizadas del grupo o, estructuras o redes del cuidado de la salud, formas concretas de capital emocional. En el contexto de la era industrial y postindustrial, esta función es fundamental para lograr el objetivo esencial de la salud pública en el campo de la educación para la salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pues se trata de una manera de afrontar las desigualdades injustas que produce la tendencia a la indiferencia civil.

La siguiente figura muestra un esquema que surge de analizar la dinámica de las emociones que refiere un grupo de mujeres cuidadoras sobre sus acciones de cuidado. Puede observarse un tránsito entre una actitud comprometida o indiferente, e irracional o normativa, que reproduce a su vez un posicionamiento de ciertas emociones en el cuidado de niños y niñas en el contexto de la educación inicial y la crianza. Con esta figura se pretende ilustrar el vínculo estrecho existente entre la dinámica de las emociones y los procesos educativos, aunque se refiera en este caso a procesos de educación inicial:

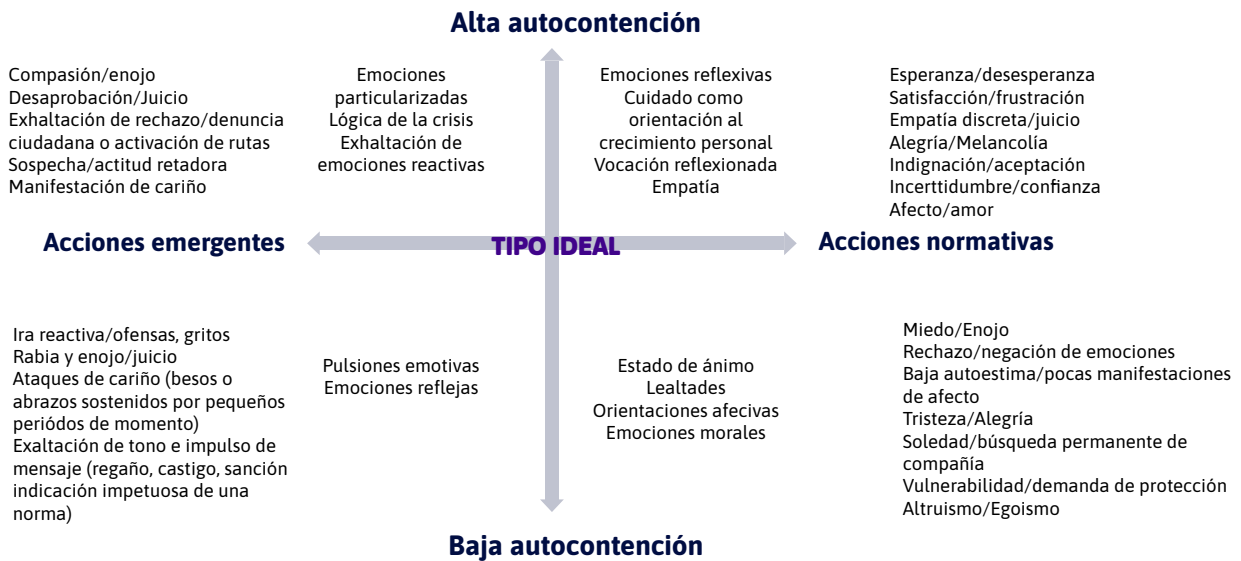


Ilustración 14. Dinámica de las emociones en el cuidado de la infancia.

El educando en el campo de la salud, compromiso e implicación.

Lo que se ha definido comúnmente en epidemiología o en salud pública tradicional como factor social o de riesgo, suele asociarse con el proceso salud-enfermedad a través de teorías del riesgo, o del contagio, o desde perspectivas racionalistas o moralistas de la conducta del sujeto. Esta tendencia en Salud pública conlleva a configurar un cierto tipo de relación social entre los actores del proceso educativo en el campo de la salud, que es de asimetría, de transferencia de códigos, de conocimiento e información, de imposición de ideas y valores sobre la educación, que a fin de cuentas producen resistencia en el individuo (Peñaranda, López y Molina, 2017).

En contraposición a ello, alternativas que se derivan de la pedagogía socio-crítica, la salud pública alternativa (Peñaranda, López y Molina, 2017), la IAP en sociología (Gómez, Otálvaro, y Cárdenas, 2023), entre otras, conllevan a la consolidación de lazos de confianza entre el educador y las personas de la comunidad, que se constatan en la emergencia de procesos de organización social (individual o comunitaria), que favorecen las necesidades del educando, entre las que se ubican las necesidades de cuidado propio y de los demás, pero no exclusivamente, porque las necesidades de subsistencia o de recursos, o incluso las necesidades vitales y orgánicas, se tornan como barreras para alcanzar el óptimo posible para un individuo sobre sus necesidades de cuidado y tienden a aparecer como una preocupación del proceso educativo, cuando se realiza desde estos marcos participativos (Villa y otros, 2021).

Cuando la educación en el campo de la salud se plantea el propósito de contribuir a la consolidación de procesos de organización individual y colectiva del cuidado de la salud, hallamos un tipo de educación para la salud, y de función de la salud pública, que definiremos en este trabajo desde un marco sociológico pragmático y crítico (Fals y Moncayo, 2009), como Salud pública comprometida. Cuando en lugar de ello se esfuerza por realizar procesos de transmisión de códigos de información y de conocimiento, en que se considera poco al sujeto y su contexto, estaremos frente a un tipo indiferente y distante de educación para la salud y de la Salud pública.

El tipo indiferente y el comprometido de educación para la salud, nos ayudan a entender la actitud del educador para la salud y del educando, al situarlos en sus contextos, se puede apreciar que la figuración educador-educando a través de los comportamientos comprometido-distante, son configuraciones de poder, establecen grupos que definen las formas Yo-Nosotros/Él-Ella-Tu-Ustedes-Ellos, donde unos poseen poder/conocimiento para decidir, y otros, no solo no lo poseen (Elías, 2000), sino que por su cultura, “no lo desean”.

En esta figura de la relación educador-educando, los sujetos suelen comprometerse o distanciarse, y esto ocurre según el nivel de implicación de los sujetos del proceso educativo con la materia, el contenido sustantivo de lo que se habla, así como con el proceso relacional, el vínculo de implicación educador-educando que surge del proceso educativo (Gómez, Otálvaro y Cárdenas, 2023).

Este vínculo al ser social, está compuesto por las representaciones que cada actor tiene de sí y del otro, y dichas representaciones sociales a su vez están integradas a representaciones sociales más amplias que producen una coerción en el sujeto, apareciéndose en su conciencia de forma muda, o ruidosa (Heller, 2004), latente o manifiesta (Merton, 1964).

Este contexto sociocultural e institucional de la educación para la salud, el conjunto de fuerzas sociales que circulan como elementos simbólicos o materiales, en el contexto sociocultural e histórico del sujeto, que ejercen coerción sobre él y se encarnan explicando el carácter social de su conducta más allá de su capacidad moral o racional de motivar la acción.

A continuación, se observa un currículo creado con un grupo de adolescentes y jóvenes en donde se motivó la consolidación de lazos y vínculos de grupo, así como las técnicas de investigación social que se usaron para comprender cada dimensión durante el proceso posterior. Este proceso inició con una experiencia de narración de historias de vida que duró aproximadamente 18 meses, en donde profesionales y jóvenes de la comunidad, narraron sus historias, una o dos por sesión. El resultado de esta experiencia fue la creación de un grupo con vínculos muy estrechos, que tuvo impactos en niveles diferentes para cada sujeto participante del proceso.

Temas generadores	Técnicas de investigación social
Amigos	Entrevista social
Amor	Taller
Familia	Mapa de actores
Territorio	Cartografía de sentidos, observación participante
Tristeza	Observación
Pasión	Grupo focal
Violencia	Revisión documental
Consumo	Grupo focal y un acercamiento general de todas las técnicas como círculo temático y taller de cierre



Como se puede apreciar, el conjunto de temas de interés para los y las adolescentes, trascienden el currículo común de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de cualquier programa de este tipo en Salud Pública, sin embargo, se trata de asuntos articulados a visiones y dimensiones de las problemáticas que no suelen ser tenidas en cuenta en los procesos de educación para la salud con esta población, ni aparecer en los diagnósticos rápidos donde el sujeto realmente no participa de la construcción de la lectura sobre lo que le preocupa.

Emociones, cuidado y educación para la salud, algunas pistas para su desarrollo.

La educación tradicional que se realiza en el campo de la educación para la salud tiene mucho que ver con el problema de la adaptación de los sujetos a las emociones. Esto no sólo tiene que ver con procesos educativos, la terapia médica, la práctica clínica están expuestas permanentemente a variables que definen situaciones emocionales en los pacientes, de las que dependen su adherencia a algún tratamiento, o conducta de cuidado esperada.

Sin embargo, al menos en el campo de la salud, el dilema de las emociones ha estado enfrentando un fuerte debate sobre el carácter fisiológico de las mismas. Los sentimientos o emociones se definen, en este ámbito, como significados de procesos endocrinos que explican la conducta del individuo. Y sin duda, debe reconocerse que todos los procesos sociales y culturales reposan sobre la base de un proceso filogenético y de desarrollo madurativo y orgánico del individuo, del metabolismo interno, de sus procesos endocrinos (Miller, 2010) Sin embargo, esto no desconoce la existencia de los fenómenos sociales (Miller, 2010).

Las emociones como hechos sociales son el conjunto de códigos culturales y sistemas de acción social que se reproducen alrededor de los sentimientos (Heller, 2004), son sistemas de ideas, un marco social semántico que otorga un significado y sentido a la experiencia fisiológica de la emoción (Elías, 1998). El sujeto que experimenta la emoción, la asocia con la idea y de esa forma otorga un significado a su sentimiento y a su acción, construyéndose así, una representación mental sobre la experiencia de la emoción, como un fenómeno ontológico que circula entre la experiencia del cuerpo, y la experiencia social.

Las emociones son características de poblaciones y grupos, circulan por los grupos como tendencias, o están anidadas entre las figuraciones que se crean entre ellos y al interior de ellos. Son hechos sociales que caracterizan y contribuyen a explicar un sistema de acción social. El cuidado es un sistema de acción social que está fuertemente influenciado por las emociones, por esa razón, se toma de este marco la idea de que el cuidado es una práctica social que se fundamenta en una emoción, de ahí que la educación para la salud, deba incluir la acción sobre las emociones del educando y de su contexto de emociones, como un objetivo central de la educación para la salud. La tabla a continuación, muestra una variedad de emociones que se llevan al ámbito de la educación inicial por parte de un grupo de cuidadoras y agentes educativas en la crianza o en contextos institucionales, las emociones, como se puede apreciar, son uno de los medios más usuales para la realización de educación para la salud.

## Variedades de emociones en el cuidado y la educación inicial de la infancia.

Fragmento	Actriz	Emoción
“porque me da miedo y ahorita con la situación de que están robando niños y tampoco soy de las que estén aquí así, usted ve niños de 6, 7 años groseros, y yo no quiero que me sigan ¿por qué ¿Si me entiende? Ellos tiene uno que otro amiguito y entran aquí, yo dejo que entren a jugar aquí pero no lo dejo salir”	Madre	Miedo
“Lidiar con los papás es muy complicado porque los niños son todo para ellos, y se aporrió y hacen el drama absoluto, y unos les dice: venga a una reunión, o venga le cuento, y nada, entonces sólo es cuando se sienten aludidos ahí sí llegan a hablar feo y uno se queda triste”	Agente educativo	Frustración
“eso me enseñó tanto que mire como crío a mis hijos, espero que con mi forma de ser con mis hijas no sea morisquetas porque hay gente que me dice que no estoy haciendo lo correcto, que estoy paranoica, que estoy perjudicando a la niña, que así no es, que ella tiene que vivir su vida y ser feliz... y yo no la estoy haciendo infeliz, yo la estoy cuidando, le estoy enseñando y estoy tan centrada en lo que es la vida en Medellín”	Madre	Obstinación
“llegaba y el niño desde que sentía que él tiraba la puerta, se me tiraba encima, en las piernas y empezaba a jalarme el cuello de la camisa y era como con miedo, y era por lo mismo, veía que el papá me maltrataba, el papá de Carlos también es consumidor, incluso él está en la cárcel porque lo cogieron, el es jíbaro...”	Madre	Desaprobación
“...y me decían ¡hay tan lindo el niño!, ¡hay tan gordito! ¡se toma la sopa! Pero no sabían lo que tenía mi niño, si me entiende, y yo era con él aquí; había un oncólogo, ya lo pensionaron cuando yo estaba allí porque él está muy viejito, siempre me decía, él me abrazaba y me felicitaba, me decía, yo la felicito porque usted es una guerrera, eso es signo de admiración...”	Madre	Vergüenza y esperanza
“El niño, pasa algo y está aburrido y es su culpa, o los niños están aburridos es su culpa, entonces se carga de toda esa energía emocional, y eso es muy maluco porque uno está motivado a hacer las cosas bien...”	Agente educativa	Culpa
me dice mande al niño que el tío le quiere regalar la ropita, los zapatos, está bien, yo se lo mando, entonces como el papá de Santiago vive allá, un día Santiago me contó a mi, me dijo ma yo fui con mi papá al cementerio y el estaba fumando cigarrillo y no es cigarrillo porque el consume ... ¿por qué se lleva al niño para hacer eso? Otro día me dijo que se lo había llevado a donde hay unas cruces, osea al centro de las cruces, allá se lo llevo en la noche, en la noche, el papá estaba fumando, si en un momento de esos llega la policía ¿a quien se llevan? Al niño porque es menor de edad	Madre	Rechazo a la irresponsabilidad en el cuidado

“Son muy pocos los papás que pasan y preguntan: profesora cómo le fue al niño, y no, entran, recogen al niño y se van, o uno les cuenta: “la niño le pegó a un niño” y salen y se van... yo quedo atónita, ellos tienen la corresponsabilidad...”	Agente educativo	Rechazo a la irresponsabilidad en el cuidado
” “Un día me dijo que no tenía nada que agradecerme, me dijo así, entonces yo le dije como ya eres mayor de edad, ya terminaste los estudios, ya estas trabajando, yo creo que mi obligación contigo ya se acabó, mi obligación ahora son ellos, los más pequeños” (Madre)	Madre	Vínculo de cuidado selectivo
“Son muy pocos los papás preocupados por los niños”	Agente educativo	Desconfianza
“Ese día yo estaba tranquila y todo, cuando yo ví que todo mundo corría: “ay que ya llegaron los del bienestar” y yo como: hey pero qué pasa... “que no que hay qué organizar todo que no se qué” y ellos piden un formato y yo me había equivocado ese día, y entonces yo colapsé. Ya venían, el estrés que ya venían, que me había equivocado, y ya luego decía: ay no, yo lloré de la presión... los niños ese día ese estaban más activos de lo normal”	Agente educativo	Angustia
“pero no, es que yo lo acepto, yo lo acepto porque la profesora también me ha dicho que yo soy muy, con él, ... no tampoco, tampoco quiero pues que no sea, no, que los antisociales, no nada, sino que yo no creo que se debe estar riendo, yo creo que aprenda un poquito que la vida no es sólo juegos y todo eso y que es no color de rosa, pues por decirlo así que uno también a veces se lleva sus aporreones y todo eso” (Madre)	Madre	Emoción imperativa
“Yo me quedaba mirando y yo les decía: hay yo nunca había visto eso, y esa emoción de ellos mostrándome, entonces esa capacidad de asombro con ellos se le contagia a uno y entonces uno juega con ellos así”	Agente educativo	Picardía, jugueteo

Las emociones en el campo de la educación para la salud una posibilidad desde el diálogo horizontal y problematizador de emociones, y la organización individual y grupal del cuidado

Para finalizar esta conferencia, quisiera plantear que la realización de una educación para la salud centrada en las emociones es difícil pero posible en el contexto actual. Desde el punto de vista del sistema de salud actual en Colombia se hace difícil este tipo de procesos porque aún no se concibe la posibilidad de una experiencia duradera en el tiempo con los usuarios, esto requiere tiempo y recursos. Sin embargo, la tendencia normativa es que el usuario del servicio educativo permanezca en el sistema a lo largo de toda su vida como educando; lo cual, sería mucho más eficiente y satisfactorio, si esta dinámica se integra a otra de grupo: grupos de interés temáticos por grupos poblacionales por ejemplo.

Es posible una educación que rompa las barreras del paradigma tradicional de la transferencia si el profesional se apropia del proceso educativo desde principios como el diálogo de saberes que plantea

la educación popular con enfoque latinoamericano, o la figura del Sociólogo comprometido, en la teoría sociológica sobre la IAP. En Colombia, también un médico salubrista planteó la figura de la Promotora Rural de Salud, el Dr Hector Abad Gómez, sugirió en la década de los 80 a un agente reproductor de la práctica de la Poliatria, capaz de organizar a su comunidad buscando soluciones a las necesidades de salud pública, haciendo lo que se conoce actualmente como la vigilancia epidemiológica de base comunitaria, y actuando colectivamente en el contexto de la comunidad.

Es difícil una educación para la salud comprometida si el profesional que agencia como educador en el campo de la salud no parte de que tiene la posibilidad de aprender en el proceso educativo, y que para eso, debe mostrarse primero como un sujeto con historia, con capacidad de producir emociones, y de afrontar adversidades, de tomar decisiones. No se trata de un profesional aséptico, pero sí de un agente que se presenta como alguien que usa su conocimiento para transformar su salud, pues ante el miedo y la esperanza, ambos sujetos, educador y educando, son iguales, por tanto, se trata de dos sujetos con tareas iguales durante el proceso educativo.

### Referencias Bibliográficas

- Batthyány K, Genta N. (2018) Sociología de género y cuidados en Uruguay: el camino recorrido. En: Rivera-Vargas J, Muñoz-Saavedra J, Morales Olivares R, Butendieck-Hijerra, S (editores). Políticas públicas para la equidad social. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile; 2018. pp. 127-136
- Breilh J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar. 41-92
- Durán M.A. (2018) La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de València
- Durkheim E. (2006) Sociología y filosofía. Granada: Editorial Comares.
- Durkheim, E. (2003). Lecciones de sociología. Editorial La Pleyade. Buenos Aires.
- Durkheim, E. (2012) Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémica en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento). México: Fondo de Cultura Económica.
- Elías, E. (1987-1998). Sobre los seres humanos y sus emociones: un ensayo sociológico procesual. En: Elías, E (1998). La civilización de los padres y otros ensayos. Pp: 291-329
- Elías, N (2000). La sociedad de los individuos. Península.
- Elías, N (2006) Sociología fundamental. Barcelona: Editorial Gedisa
- Fals-Borda, O., & Moncayo V. M. (2009). Una sociología sentipensante para América Latina. Siglo del Hombre.
- Fraser, N. (2008) Mapa de la imaginación feminista: de la redistribución al reconocimiento a la representación, Cap VI. En: Fraser, N. (2008) Escalas de justicia. Barcelona: Herder, pp. 185-210
- From, E. (1971) La crisis del psico-análisis. Barcelona: Paidós
- Fromm, E. (1991). El miedo a la libertad. Barcelona: Paidós Studio
- Giddens, A. (2011). Modernidad y autoidentidad. En: Las Consecuencias perversas de la modernidad. México: Anthropos editores
- Gómez-Ramírez, H. C., Otálvaro-Orrego, J. C. ., & Cárdenas-Ossa, A. M. . (2023). Una investigadora comunitaria en una IAP con jóvenes: análisis de caso. Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, 21(2), 1–21. <https://doi.org/10.11600/rclsnj.21.2.5745>
- Heller, A (1977). Sociología de la vida cotidiana. España: Península

- Heller, A. (1980-2004). Teoría de los sentimientos. Ediciones Coyoacán, S. A. de C. V, Editorial Fontamara, S. A., Barcelona, España
- Hernández, A. (2022) El cuidado de la salud en las familias en Colombia. Política sanitaria, trabajo de las mujeres y desigualdad. Editorial. Pontificia Universidad Javeriana.
- Honneth, A (1997), La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica
- Jaspers, J (2013) Las emociones y los movimientos sociales: veinte años de teoría e investigación. En: Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°10. Año 4. Diciembre 2012-marzo de 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 46-66
- Jung, C. (1944) Recuerdos, sueños y pensamientos. Barcelona: Paidós.
- Jung, C. (1983) La psicología de la transferencia. Ediciones Paidós.
- Krieger, N (2001). Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. En: International Journal of Epidemiology 2001;30:668–677
- Lalonde, M (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Minister of supply and services Canada
- Merton, R. (1964) Teoría y estructura sociales. México: Fondo de Cultura Económica
- Nussbaum, M. (2014) Emociones políticas ¿Por qué el amor es importante para la justicia?. Barcelona: Paidós
- Parsons, T. (1967). Ensayos de teoría sociológica. Buenos Aires: Paidós.
- Peñaranda F, López JM, Molina DP. La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 123-133. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.10
- Peñaranda-Correa, Fernando, Betancurth-Loaiza, Diana Paola, Bastidas-Acevedo, Miriam, Escobar-Paucar, Gloria Matilde, Otálvaro-Orrego, Jaider Camilo, Torres-Ospina, Julio Nicolás, Gómez-Correa, Jaime Arturo, & Villa-Vélez, Lilliana. (2019). EDUCATION, CHILD REARING AND SOCIAL JUSTICE. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 123-135.
- Peñaranda, F. (2011). La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), pp. 945 – 956
- Rasavi, S. (2007). The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. United Nations Research Institute for Social Development
- Therborn G. Los campos de exterminio de la desigualdad. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2015
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York and London: New York University Press
- Villa-Vélez, L., Otálvaro-Orrego, J. C., Peñaranda- Correa, F., Bastidas-Acevedo, M., Escobar-Paucar, G. M., Torres-Ospina, J. N., Betancurth-Loaiza, D. P., & Gómez-Correa, J. A. (2021). Experiencia de educación sobre la crianza en un asentamiento de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(1), 1-19. <https://dx.doi.org/10.11600/rllcsnj.19.1.4204>

## Educación como un derecho en el campo de la salud: desafíos de la acción intersectorial en la atención integral a la primera infancia

### Ponente conferencia central:

Ana María Peñuela

Directora de Primera Infancia, Ministerio de Educación Nacional

25 de agosto

Ponencia de la doctora Ana María Peñuela, “Educación como un derecho en el campo de la salud: desafíos de la acción intersectorial en la atención integral a la primera infancia”.

La doctora Ana María Peñuela es enfermera, magíster en administración de salud y especialista en epidemiología. Ha desempeñado los cargos de directora de la primera infancia en el Ministerio de Educación de Colombia, oficial de políticas públicas en UNICEF Colombia, directora de evaluación en el ICBF y directora de salud pública en la Secretaría de Bogotá.

Desarrollo de la conferencia: Muy buenos días para todos y para todas. ¡Es un gusto estar en la Universidad de Antioquia! Es un gusto, después de casi dos años largos, con el profesor Peñaranda, poder llegar a este escenario y estar en este punto. Y como lo decía él ahora, esta noche y ya siendo el cierre de este segundo día y lograr también, como país, que el tema de Educación para la Salud fuera el eje central de este encuentro, como lo han mencionado.

Tengo la misión de compartir reflexiones acerca de la educación como derecho en el campo de la salud, específicamente centrarnos en esos desafíos de la acción intersectorial para la atención integral a la primera infancia. Voy a utilizar estos 30 minutos haciendo este recorrido por la agenda que he propuesto. Uno, que es entrar por la educación como derecho - desde qué comprensión entramos - la intersectorialidad desde el enfoque de derechos y luego la educación en el campo de la salud. Posteriormente, lo que hemos vivido como país en estos desafíos de la acción intersectorial en la atención integral de la primera infancia. Y por último, una o dos diapositivas sobre esa gestión que se encuentra en curso y que ha sido posible no solamente desde la historia de lo intersectorial, sino que también ha sido posible en la concreción a partir de esta discusión que se ha hecho de manera rigurosa y periódica, o sea, un periodo semanal, quincenal de reunión, de cómo hacíamos las juntanzas en lo concreto para el asunto de la promoción para la salud con el Ministerio de Salud en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, pero también con el Ministerio de Salud y con certeza, a través del tiempo con otros ministerios como el de Cultura.

El primer elemento que voy a mencionar es el relacionado con la educación y la salud como derecho, en el sentido de esta comprensión por la cual entramos para abordar la última parte de la conferencia. Quise empezar desde la educación y lo que está indicado para el Estado colombiano en el marco de los

Derechos Sociales, Económicos y Culturales, donde claramente hay una precisión de cuáles son esas responsabilidades que tienen los Estados parte cuando firman esta convención que tiene que ver con reconocer el derecho de toda persona a la educación y convienen que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo; elemento que ha sido mencionado desde el día uno de estas conferencias. Ese pleno desarrollo de la personalidad humana y el sentido de su dignidad debe fortalecer el respeto por los derechos y las libertades humanas. En ese sentido, es muy importante también reconocer que todos estos elementos forman parte del bloque de constitucionalidad que tiene el país, donde se exige asegurar y proteger los derechos en su núcleo esencial del derecho a la educación.

En este sentido, solamente traigo algunos elementos para posteriormente pasar a lo propio en Colombia; esa relación que tiene el derecho a la educación con varias convenciones de orden internacional que pertenecen a nuestro bloque de constitucionalidad como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; también el convenio relativo a los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, e igualmente la Convención de los Derechos del Niño y, por supuesto, su relación directa con los derechos universales, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, lo mismo que la Declaración Americana de los Derechos del Hombre y los Derechos de los Pueblos, el derecho a la libertad y a la paz. Este elemento es muy importante porque posteriormente vamos a enlazarlo con ese tejido que hemos venido haciendo de manera intersectorial, como se propone. Este es un estudio que hizo la Defensoría del Pueblo, una revisión muy juiciosa que hace del derecho a la educación y su interacción con otros derechos, pero también la propuesta que trae la Ley Estatutaria en Educación y tiene que ver con ese núcleo esencial, que algunos llaman cuatro componentes, pero que otros llaman los cuatro derechos, que tienen que ver con el derecho a la educación, donde está el asunto de la disponibilidad, donde se encuentra también el acceso, la permanencia y la calidad.

Ustedes ven allí sus contenidos y de esta manera el poder no solamente entrar a ver también el derecho a la educación como ese derecho también al servicio de la educación. Si entendemos así que la educación es un derecho fundamental, la Corte Constitucional cuando lo define de esta manera dice: "Este es de una aplicación inmediata, no se puede postergar en el tiempo". Y de hecho, cuando surge la Ley del Desarrollo Integral de los Niños y las Niñas en la Primera Infancia, ese es un derecho a la educación inicial que es imposterizable. Y ¿por qué? Porque promueve el desarrollo de todo el potencial humano. Porque da poder, es decir, que fortalece la democracia, el desarrollo y la justicia social. Pero también porque promueve el derecho sustentable y el cuidado del ambiente y porque promueve el ejercicio de la libertad.

Lo que encontramos es que hay un énfasis particular en su aplicación para los niños, niñas y adolescentes, en lo que menciona claramente la Constitución Política de la prevalencia de los derechos de ellos y de ellas sobre los demás ciudadanos. Y por supuesto, una especial protección de aquellos niños y niñas que se encuentran en amenaza o vulneración, no solamente de este derecho, sino de otros derechos. Aquí lo que quisiéramos mencionar de la educación como derecho y servicio público, es que tiene unos principios esenciales, como son la eficiencia, la continuidad y la calidad. Tiene unos fines generales y es ese servicio a la comunidad y esa construcción con la comunidad; una búsqueda del bienestar general, una distribución equitativa de las oportunidades, los beneficios del desarrollo y una elevación en los niveles de vida de la población. Es por eso que se requiere una inspección y vigilancia estatal para que sucedan las condiciones que anteriormente se mencionaron. Es lo que tiene que hacer el estado para garantizar ese derecho de la educación, entonces debe reconocer que tiene obligaciones de respeto y lo que respeta es la titularidad

del derecho. Los titulares son responsables de cuidar su formación educativa; ellos eligen qué es lo que requieren, cómo hacerlo de manera libertaria, cómo es ese ejercicio libertario de la educación y el estado tiene la obligación de respetar esas decisiones y la libertad de escoger la formación que ellos requieren. El otro, son obligaciones de protección para satisfacer de una parte, las necesidades, pero también los intereses educativos que tienen las personas sujetas de este derecho y por supuesto la protección de eso que llamamos el núcleo esencial en las cuatro AES que ya conocemos y hemos visto en otros momentos durante estas conferencias en los dos días. Y por supuesto tiene obligaciones en su cumplimiento; la primera, la obligación de facilitar las oportunidades para que ocurra y la segunda, la obligación de proveer directamente los servicios educativos que ocurren en el país.

Una prestación mixta también porque no son solamente los del Estado sino también lo hacen los privados. Aquí hay una relación que tiene qué ver con ese núcleo central de la educación, los sujetos de especial protección, las obligaciones del estado y los indicadores para medir la realización del derecho. Lo que vemos allí es cómo hay unas unos grupos poblacionales que por supuesto, tienen un carácter particular por lo que dice nuestro marco normativo y de política, pero también unas obligaciones de que se preste con calidad, que tengan acceso, que se permanezca allí; hay unas maneras de medirlo y unos indicadores básicos. Pero hay muchos otros indicadores que lo han hecho posible. Por ejemplo, aquí en Antioquia, particularmente en los diez municipios del Valle de Aburrá, tienen una evaluación que no solamente valora las cuatro AES sino también la armonización y la asociatividad (la asociación, cómo hacerlo con otros).

¿Qué sucede si este es el marco general, qué es lo que ha pasado en la intersectorialidad desde el enfoque de derechos? Allí vemos una clara relación entre salud y educación. De la siguiente forma, lo hemos trabajado y lo hemos comprendido. Uno, en el tema de cómo pensar y formular desde lo intersectorial que lo que hacemos allí, es una entrada mucho más compleja. Ese es un análisis de situación desde la complejidad y desde la integralidad. Y eso nos costó mucho trabajo porque nosotros nos acostumbramos a entrar por sectores.

He tenido la oportunidad de trabajar en distintos sitios en el país, tanto en el ICBF como en salud y ahora en educación en esa línea de construcción de la política pública, de primera infancia, de infancia, adolescencia y familias. Entonces, uno entra acá, entra con sus banderitas y cuando no entras con el tema de salud, pues entras con salud reproductiva, con salud mental o cuando uno entra por el tema de educación, entra por calidad, por cobertura o por lo poblacional. Pero lo poblacional solamente aborda la primera infancia. Entonces, lo que hicimos allí fue sentarnos a pensar en cómo lo hacemos de manera integral, de una manera compleja, y eso nos dio una posibilidad de estudiar en su profundidad el derecho, pero cómo es que la interdependencia, realmente la logramos comprender. ¿Cuáles son los ciudadanos que queremos para el país? ¿Qué quieren ellos? ¿Cómo se sienten mejor? ¿Cómo es su proyecto de vida? Bueno, eso en alguna otra ocasión contaremos lo particular.

También necesitamos tener una coordinación y articulación frente al desarrollo de ese conjunto de acciones y eso nos implica, de una parte, convergencia. Si sabemos que eso es lo que quiere la población, que eso es específicamente lo que esperamos de los niños y de las niñas y que ahí hay un lugar muy particular de padres, madres, cuidadores y del adulto que los acompaña. ¿Cómo es que logramos sincronizar los relojes de todos los sectores? Esa acción no solamente es de coordinación sino también de articulación. Y



luego, en lo concreto, cómo logramos hacerlo en la práctica, desde lo nacional no lo vemos tan bien; pero si uno lo ve en los municipios más pequeños, es mucho más simple, ellos le cuentan a uno cómo lo pueden hacer. Además, porque los referentes son prácticamente los mismos; no son las diez personas que hay en el sector de salud o de educación haciendo una tarea, sino que allá son tres o cuatro personas respondiendo por todo lo que ocurre en el municipio.

Se requiere entonces esa convergencia en el ejercicio de la planeación, en la ejecución, pero también en la evaluación y seleccionar entre todos. Si esa es la finalidad última que queremos, ¿qué es eso que nosotros vamos a evaluar y cómo lo vamos a evaluar? Visto por supuesto de lo formativo, también es claro esa definición de obligaciones. ¿Quién hace qué? ¿Qué es eso que se hace solo y qué es eso que se hace acompañado? ¿Dónde están los recursos? ¿Cuáles recursos comparte y cuál es el mecanismo operativo para hacerlo? Y por supuesto, poder tener una claridad diáfana del uso de esos recursos frente a ese propósito.

Y, por último, la acción, lo que traduce, son programas que no deberían ser eternos. Pero muchas veces nos ocurre que es así en nuestro país, o cuando empezamos un proyecto, lo que hacemos es alargarlo y alargarlo, no con un principio y un fin de los servicios, y por supuesto, el poder ya en la operación que sea complementaria.

Hay una crítica muy importante en todo este proceso que hemos ido avanzando, y es, si realmente es suficiente, la articulación, la coordinación, cómo hacemos una respuesta que sea mucho más transdisciplinaria y mucho más transectorial que logre tener un propósito común allá en el territorio. De eso creo que estamos lejos de en el país. Existen algunos ejemplos, tampoco podemos decir que no hay nada, pero es un camino por recorrer. Es muy importante en este ejercicio y ponemos la participación allí en el sentido de que, es esta construcción de política pública que se hace del orden nacional; no funciona esa orientación, esa línea técnica, esa organización; nos toca hacer una construcción desde la población, desde el sentir que se tiene allí, desde las características, desde la necesidad desde los intereses y muchas veces no ocurre así, tal vez la mayoría de las veces. Y creo que la educación para la salud nos pone sobre la escena la importancia de esa construcción que va a ser de abajo hacia arriba.

El otro tema, que solamente coloqué, es la descentralización, pero también debería colocar el asunto de aquellas entidades que son centralizadas del orden nacional pero desconcentradas de lo territorial, como el Instituto Colombiano Bienestar Familiar (ICBF). Estas tienen muchos retos en la coordinación y la articulación, porque, como más adelante se va a mencionar, en el tema de salud, tenemos una descentralización y una organización por departamentos y por municipios. En el tema de educación también tenemos una organización por departamentos y por municipios, pero hacemos una coordinación a través de la Secretaría de Educación certificada que no es suficiente para todos los municipios, que son solamente 97. Entonces allí también hay un ejercicio que se complejiza y el otro que es esa organización centralizada con desconcentración territorial como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que es algo que se ordena desde el ente nacional con una operación que sigue una línea y que muchas veces va en contravía con lo que hay en el territorio y otras veces, está mucho más armonizada.

Entonces, ¿cuáles son esos elementos que demanda la acción intersectorial? Uno, necesariamente, son las entradas por políticas poblacionales. No temáticas ni sectoriales y nosotros tenemos una tendencia en el país, lo hemos tenido últimamente; ha ido cambiando en el país en las últimas dos décadas, casi

tres, porque las políticas poblacionales, darán una entrada por los sujetos, nos ponen en un escenario de reconocer qué es lo que ocurre allá donde ellos viven, cuáles son sus condiciones sociodemográficas, cuáles son esas condiciones territoriales. Y qué es eso que se requiere diferenciar a lo largo del curso de vida, por supuesto, con una finalidad que es ese desarrollo integral como fin, pues fin último. Necesitamos una articulación con relación a identificación de objetivos comunes. ¿Qué es eso que nos invita a la acción conjunta, con un desarrollo propio desde lo sectorial? No solamente es el asunto intersectorial, sino ¿cuál elemento de lo sectorial debo modificar para que esto ocurra? Y lo más complejo es esto. Los recursos compartidos lo son aún más, porque nosotros no tenemos una bolsa común que maneja la presupuestación de lo poblacional, sino que lo tenemos por sectores. Entonces, hay que hacer una cantidad de ajustes administrativos y financieros para lograrlo, entre ellos es muy común hacer, por ejemplo, convenios donde lo público, lo privado, las universidades tienen su encanto, digamos administrativo, pero tiene un encanto que es la producción que se hace compartida.

Lo otro es esa participación que no solamente cursa por los técnicos, sino también por las familias, las comunidades y por supuesto las personas, una formulación y deliberación de las políticas desde su misma gestación, el proceso propio de la formulación y por supuesto, la gestión y el seguimiento de la evaluación. Aquí tenemos varios retos también cuando hablamos de este asunto de lo intersectorial, que no solamente es el sistema de información que habla de lo poblacional, que de hecho lo tiene el país, sino también seguimientos nominales para ver qué es lo que ha ocurrido, no solamente en el grupo poblacional, sino en nuestro caso con los niños y las niñas; en esto afortunadamente el país tiene un avance allí importante. Por supuesto, evaluar ¿Qué pasó con esos proyectos conjuntos?, y el asunto de la rendición pública de cuentas en el marco del control social.

Ahora, con estos dos grandes elementos que he mencionado, ¿qué ocurre con la educación en el campo de la salud? Es una educación que siempre tenemos que verla como una educación interdisciplinaria porque estamos viendo en su integralidad un ser humano. Esto tiene un sentido no solamente social y político, sino también un sentido ético, porque estamos parados desde los derechos humanos y su desarrollo integral, que tienen una relación, por supuesto, con lo que hablan los derechos humanos y es la igualdad, la equidad, la universalidad, la interdependencia y el sentido libertario de su ejercicio, vista esa educación como un proceso de formación permanente orientado al despliegue de las capacidades y el potencial humano. Esto es lo que hemos querido hacer aquí a partir de la experiencia que hemos vivido en el país, en lo intersectorial.

Entonces, ¿cuáles son esos puntos de encuentro entre lo educativo, la salud y lo social? Por supuesto, hay una entrada y lo propusimos así que es el desarrollo integral, donde encontramos un estado óptimo de salud y tenemos en salud lo relacionado con el estado dinámico de la salud que se transforma permanentemente, que también cursa por el desarrollo de capacidades que tiene en nuestro caso para primera infancia en un lugar muy importante el tema del cuidado desde la ética del cuidado, el asunto del bienestar, la salud integral y la salud ambiental.

En educación, por supuesto, es central, como lo mencioné anteriormente, el desarrollo de capacidades, los aprendizajes. Vista la educación como una como la experiencia que transforma, que nos transforma, no solamente a los niños y a las niñas, sino también a quienes están con ellos, a los adultos que los acompañan. También la relación que existe intrínseca entre el cuidado y la educación, particularmente la

educación inicial, las alternativas contextualizadas flexibles. De hecho, se ha manifestado recientemente estas posibilidades de itinerancia y es no solamente que el niño camine dos horas o que la niña reciba su proceso de educación, sino que los maestros y las maestras caminen esas dos horas y puedan tener allí unos escenarios de desarrollo y aprendizaje; así debería ocurrir con los equipos de salud, así debería ocurrir con los equipos que tiene el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Y por supuesto, la calidad de esa educación.

En cuanto a lo social tenemos un encuentro desde la vocación y los talentos, por supuesto también desde las capacidades y la interdependencia que tiene con otros derechos, del desarrollo psicosocial, de ese desempeño funcional, del cuidado, por supuesto que aquí lo pensamos mucho si colocarlo como protección, pero quedaría como ese restablecimiento de derechos. Y lo queríamos ver como la protección integral que es todo este conjunto, la cooperación y solidaridad, que nos lleva por supuesto a la mejora de la salud y a un aumento en la expectativa de vida con calidad, vidas con proyectos y proyectos consentidos. ¿Cuáles son algunos procesos que se adelantan y que se conectan con la educación para la salud?. Por supuesto, es muy importante la formación de educadores y otros agentes educativos. Esto ha sido una constante también en otras conferencias. Si bien es muy importante que esté la Educación para la Salud en el entorno educativo, también necesitamos desarrollar capacidades de quienes están allí. Por supuesto, esta vinculación con las familias para tener más tiempo de desarrollo y aprendizaje en sus casas, es un desarrollo de capacidades que también tenemos que hacer. La promoción y el fortalecimiento de la convivencia, la ciudadanía, por supuesto, los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de paz, la promoción de entornos educativos saludables con planes concertados entre salud y educación.

En educación hay una queja muy grande y es que desde salud llegamos con un manual. Entonces decimos, ¡aquí está el manual y queremos que lo apliquen! y cuando podemos, tenemos unos 20 minutos para ir y hablar de salud reproductiva y otros para hablar de temas socioemocionales. Entonces lo que tenemos que mirar es cómo logramos hacer una interacción con el currículo en cada uno de estos elementos que se ven dentro de él. Este es un trabajo en el que creo que nos falta experiencia y por supuesto, propuestas educativas pertinentes y de formación integral, como el tema de la ciudadanía, de lo socioemocional y en lo que hemos denominado la formación integral que incluye a “CreSer”. Aquí tenemos para el país lo que ustedes de pronto ya conocen en primera infancia, que son esos estructurantes de la atención integral que hemos definido en conjunto con el Ministerio de salud, con Cultura, con Deportes, con el ICBF, con el Departamento Nacional de Planeación. Que el primero, es cuidado y crianza; el segundo es salud, alimentación y nutrición, por supuesto, la educación inicial, la creación, la recreación, la participación y la ciudadanía. Esto ya ha sido un proceso, un recorrido reciente en los últimos 15 años.

Entonces, ¿cuáles son esos desafíos de la acción intersectorial en la atención integral de la primera infancia? Si esto es así, tendríamos el primer desafío, a mi modo de ver, que es poder llegar a tener una generación para la vida y para la paz. ¿Cuáles son los niños y qué tipo de niños y niñas? ¿Qué es lo que ellos quieren en el futuro? ¿Cuál es el país que están deseando frente a ellos y ellas?, y ¿Qué dijeron ellos en la consulta que les hicimos recientemente en el Plan Nacional de Desarrollo? Esta es del año pasado y de principios de este año. Quieren crecer sanos, felices, libres, sin violencia y sin hambre ni muertes. Lo expresan distinto; nosotros lo que hicimos fue que lo consolidamos acá. Quieren sentirse parte de una generación que celebra la vida y celebra la paz. ¡El vivir en el conflicto no, no! Además, eso lo dicen con muchísimo dolor cuando lo relatan. Reconocer, respetar y disfrutar la diversidad. Porque así es como ellos viven en su ambiente más cercano y quieren que sea reconocido y respetado en todo el país. Disfrutar y

aportar en comunidades y escenarios de vida y paz. Vivir desde que nacen su ciudadanía, vivir en entornos seguros, sanos y protegidos. Esto es muy reiterativo. Y vivir en libertad, donde eligen, valoran y participan en lo que quieren; no solamente en lo que quieren, sino también cuando no quieren estar en algo, pero desean participar, que estén allí, no solamente en lo que desean. Bueno, hay otras más que no anotamos aquí.

Este es nuestro primer reto: realmente que sea que construyamos este camino para la generación, la generación para la vida y para la paz. De hecho, estamos haciendo un estudio longitudinal que va a valorar esto en el tiempo. El otro reto es la situación que viven los niños y las niñas. Hay una situación muy compleja en términos de pobreza, en términos de agua potable y saneamiento básico, de mortalidad prevenible y que se ha mencionado, también, de la desnutrición, no solamente en La Guajira, sino también en otros sitios del país. El acelerado envejecimiento. Y, por supuesto, esa dependencia del cuidado, el cuidado también de ellos y de ellas y lo que ocurre después de que están en escenarios de educación.

El asunto de las violencias aqueja mucho a los niños y las niñas, entre ellos particularmente la violencia física, al castigo físico, pero también el abuso y el abuso sexual. Y tenemos, por supuesto, como reto el acceso a la calidad y la pertinencia de la educación en nuestro país. Entonces, este nuestro segundo reto: el primer reto, lograr que verdaderamente sea una generación para la vida y para la paz; el segundo es lograr avanzar en estas inequidades que tienen en todo el país nuestros niños y nuestras niñas. Decidimos como país, liderado por el DNP y con una participación muy importante de ICBF y Educación, clasificar esos municipios donde los niños viven en peores condiciones, con un índice que ellos calcularon y son 400 municipios; porque seguimos partiendo de que en algún momento, el índice puede ser más y en ese sentido, hemos decidido que debemos llegar de manera transectorial. Es un camino que posteriormente podremos contar y que seguramente la juntanza nos va a dar posibilidad de hacerlo mejor.

El otro reto, que ya lo mencioné, es cómo trabajamos. Somos algunos descentralizados, que están en todos los municipios y todos los departamentos y aquí estamos ordenados por 97 Secretarías de Educación certificadas. ¿Qué pasa con los otros municipios? ¿Será que el departamento da posibilidad de gestionar eso o nos toca hacerlo distinto? O tenemos el otro, que es el descentralizado, el orden nacional, con una desconcentración territorial. Este es un reto muy importante, cotidiano; esto es de todos los días.

El otro es el poder llegar a todos los niños y niñas con todo para hacer una educación inicial que sea con calidad, que no sea solamente que se llegue, se matricule y luego no sepamos si permaneció o no, sino que tenga, inmobiliario adecuado, unas colecciones, una literatura especializada adecuada, que tenga los maestros formados, que además tenga más tiempo en la escuela, que haya una formación de padres y madres para que estén vinculados al proceso; llegar a todos los territorios, especialmente en aquellos donde hay una mayor vulneración de sus derechos, por supuesto, llegar a los más lejanos, que eso es lo que dio estos 400 y llegar juntos. Esto es un reto constante. Aquí ya se mencionan algunas, es muy importante el cuidado de la salud mental, esto sale en todos los estudios recientes, pero también la pandemia nos lo colocó en primer lugar.

Por supuesto, el fortalecimiento de la autonomía como logro del desarrollo de ejercicio de ciudadanía, y bueno, los que ya aparecen allí, que creo que los he mencionado. Aquí tenemos un reto muy importante que son las familias y las comunidades en su cuidado, y es, por supuesto, mediado por la participación, por esa comunidad educativa y en particular, la salud mental de los profes en su conjunto. Y unas estrategias

mucho más pertinentes para los niños y para las niñas. Como ya lo había dicho anteriormente, donde esté la prevención de las violencias, que es una prioridad del cuidado sensible y amoroso, el tema de la promoción y la prevención y el asunto de la salud mental.

Hay otros asuntos que son emergentes y que han sido puestos en el Plan Nacional de Desarrollo, por lo cual sabemos que de tiempo atrás es una prioridad la evaluación, hacer este seguimiento longitudinal, pensándonos en esa generación para la vida y para la paz. Medir la calidad de la prestación de los servicios de todos, tanto públicos como privados: el ICBF, las cajas de compensación familiar.

El asunto de la valoración del desarrollo sigue siendo una prioridad, porque ahora tenemos el reconocimiento bienvenido de campesinas y de campesinos. Entonces, ¿qué pasa allí con los niños y las niñas en la ruralidad, que ha sido afectada históricamente por el conflicto y que es donde tienen las mayores brechas? El asunto de la prevención de las violencias, que es una prioridad nacional; allí hay varios, no asomo, sino estructuras organizadas intersectoriales porque hay que hacerlas posibles para que estas ocurran. Allí hemos hecho una articulación para compromisos nacionales e internacionales que de hecho los está liderando el Ministerio de Salud y Protección Social y nosotros llegamos con una tarea particular. Bueno, hay otros, como la migración, la salud mental, los rezagos de la postpandemia, que tenemos en curso y con esta termino ya. Tenemos en curso, por supuesto, esta alineación de las prioridades con el Plan Nacional de Desarrollo, esta articulación de la educación inicial y el Sistema Nacional de Cuidado y nos toca aprender mucho a todos, nos toca aprender mucho de los territorios, nos toca aprender mucho de las comunidades, sobre cómo lo están haciendo.

El tema es que ya hay algo concreto, que es trabajar en conjunto con el ICF estos asuntos de manera distinta, como tradicionalmente lo hemos hecho, porque la norma no lo permite. Entonces vamos a ver cómo es que podemos hacerlo bien y que la talanquera no sea la norma y los recursos. ¿Cuál otro mencionaríamos?, tenemos una estrategia muy importante con salud que estamos trabajando, que es esta, la estrategia de atención de mujeres gestantes y primera infancia. Mencionamos aquí la juntanza porque creemos que fue una experiencia muy, muy interesante en términos de saber, saber pedagógico en la educación para la salud en primera infancia; estamos también trabajando lo de, “Tejiendo caminos”, que es un trabajo particular que hacemos con el ICBF para niños y niñas migrantes. Yo dejaría aquí. Muchísimas gracias.

## Educación en el campo de la salud desde una perspectiva interseccional

### Ponente conferencia central:

Yenifer Hinestroza Cuesta  
Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia  
25 de agosto

Hola, buenos días para todos y todas. Les invitamos, entonces, a que nos dispongamos a escuchar esta conferencia que tenemos en la mañana de hoy y que tiene por título: “La educación en el campo de la salud desde una perspectiva interseccional”. Esta conferencia la va a dictar la doctora Yenifer Hinestroza, profesora de nuestra facultad y buena amiga y compañera, pues, creo que, de la mayoría de los presentes, antes, entonces, de presentar, para quienes no conozcan a la doctora Yenifer, pues inicialmente darles los agradecimientos a todos y todas por acompañarnos en este espacio. Y bueno, también, como organizadores de este congreso, queremos agradecer a nuestros aliados: Salud y Educación, UNESCO, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, y Ministerio de Educación de Colombia, Red Colombiana Educación para la Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública, Vicerrectoría de Extensión de la Universidad de Antioquia, Fundación Universidad de Antioquia e ICETEX, y a todas las universidades que se han unido a la gestión de este encuentro académico. Les quiero, entonces, presentar a la conferencista que tendremos en esta sesión. Entonces, tenemos a la doctora Yenifer Hinestroza Cuesta. Su formación académica es como administradora en salud con énfasis en gestión de servicios de salud de la Universidad de Antioquia. La doctora tiene una maestría en salud pública con profundización en Salud Ambiental de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y tiene diplomados en educación y ciencias sociales, permanencia en el territorio, educación inclusiva, diversidad, desigualdades e interculturalidades, Innovación educativa de la Universidad de Antioquia. Tiene una amplia experiencia académica y laboral. Voy a resumirla para efectos de tiempo. Tiene entonces experiencia en gestión y dirección de proyectos de investigación, de sistematización de experiencias y docencia universitaria. Tiene un amplio relacionamiento estratégico y asistencia técnica en diferentes niveles. Ha acompañado al Ministerio de Salud en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Panamá y Perú, y bueno, un amplio etcétera que voy a dejar hasta acá, pues, como les digo, por efectos de tiempo.

Quiero recordarles, entonces, la metodología que tendremos en esta conferencia. Es una conferencia corta de media hora. En este momento, tenemos, pues, también personas que están conectadas de manera virtual. Lastimosamente, por efectos de tiempo, no tendremos tiempo ni oportunidad para hacer preguntas ni réplicas a la presentación de la doctora. Sin embargo, les animamos a que les hagan llegar sus comentarios y sus preguntas de manera escrita. Para ello, entonces, tendremos el apoyo de las compañeras que les pasarán a ustedes papelitos para que escriban allí sus preguntas y comentarios y se los hagan llegar a la doctora Yeni. Entonces, bueno, profe, ¡bienvenida!

Gracias, profe. ¿Sí se escucha?, ¿se escucha bien? Bueno, bien llegadas y bien llegados. Para armonizar el espacio, nos vamos a disponer de la siguiente manera. Entonces, vamos a invitar a Nico y a la compañera que está acá para que cerremos acá el círculo. Y el ejercicio que vamos a hacer es una activación del sentido del olfato. Entonces, yo le voy a compartir un pétalo de rosa. Vamos a cerrar los ojitos y simplemente vamos a sentir el olor del pétalo. Para los que acaban de llegar, vamos a hacer un ejercicio. Retiran un pétalo y vamos a cerrar los ojos y vamos a sentir el olor de ese pétalo que nos acaban de regalar.

Bueno, vamos a cerrar los ojos, vamos a sentir el pétalo, el olor. Nos vamos a disponer. Yo también voy a pasar y les voy a ofrecer otro olor con los ojitos cerrados [Música] y vamos a disfrutar de ese olor, el que yo les voy a compartir, y nos vamos a concentrar solo en ese olor. Por lo general, las personas cierran los ojos cuando están sintiendo intensamente para no tener distracciones. Muy bien. Ahora vamos a ir abriendo los ojitos lentamente y vamos a regresar. Bueno, bien llegados las personas que acaban de llegar, la intención era que activáramos el sentido del olfato. Vieron que son diferentes olores y así mismo diferentes emociones.

Muy bien. Entonces vamos a iniciar la presentación que les tenemos el día de hoy titulada “La educación en el campo de la salud desde una perspectiva interseccional”. Para hacer la presentación, he planteado unas aproximaciones relacionadas con los antecedentes de la perspectiva interseccional, las categorías diferenciales, conceptos y teorías, y las implicaciones que esto tiene para la práctica educativa.

Lo primero que les quiero presentar a los que no conocen al colectivo de Educación para la Salud que casi que están aquí como ordenaditos desde la profe, que es nuestra jefa, la profesora Luz Mery Mejía, y las demás compañeras que hacen parte del colectivo de Educación para la Salud. El colectivo es una iniciativa académica, pero también es una fuerza social que nace en la Facultad Nacional de Salud Pública en el centro de extensión. Y en el colectivo, pues, tenemos interés por la educación para la salud y nos preguntamos por todas las apuestas que están relacionadas con un abordaje dialógico crítico contextualizado con relación a la pedagogía y la educación en el campo de la salud, al respecto de la interseccionalidad, pues nos surgieron algunas preguntas y lo primero es contarles aquí cómo nos surgió el interés de reflexionar la educación para la salud desde la perspectiva interseccional. ¿Cuáles serían esas categorías diferenciales, teorías y conceptos que movilizan la perspectiva interseccional y ¿qué implica para la práctica educativa pensarse desde la perspectiva interseccional? Nos planteamos esas preguntas.

Y aquí ven algunas imágenes del colectivo. Siendo muy felices. Muy bien, sigamos entonces algunas de las razones por las que estamos aquí en esta conferencia y preguntándonos por el interés que surgió de vincular eso de la interseccionalidad con la educación. Entonces lo primero es que, desde el colectivo, como les comentaba, nuestra intención es hacer una lectura crítica, dialógica y muy holística de las realidades de los sujetos y los contextos para que los procesos de Educación para la salud fueran más pertinentes. También, otra razón que nos lleva a pensar o a interesarnos por esa perspectiva interseccional traída al campo de la salud son las desigualdades y las inequidades. Las cuales generan contextos de injusticia social que son la preocupación de un proceso educativo y esto, basándonos en autores como Bourdieu, como Sousa y el manual de Educación para la salud que se elaboró con contribuciones del colectivo el pasado año en 2022.

Pero nosotros también, además de preguntarnos por esas cosas como que tan complejas que ponen en desventaja a los sujetos, también le apostamos a la esperanza porque tenemos una línea muy marcada de influencia freiriana y en ese sentido, tenemos también puesta la fe en la esperanza, en la construcción con el otro, en la creencia que va a haber un mundo mejor, y en ese sentido, creemos en las potencialidades de los sujetos y sus contextos, trayendo aportes de autoras como Martha Nussbaum, que nos hablan de desarrollo de capacidades a partir del desarrollo humano, cierto, teniendo en cuenta esas potencialidades de las comunidades, no propiamente las desventajas que tienen.

Y lo último, que nos llevó, a plantearnos la posibilidad de vincular la interseccionalidad con la educación, son las injusticias cognitivas. Esa es una pregunta que nos hacemos como colectivo, pero que me hago yo también de manera muy personal por la historicidad que tiene las epistemologías negadas y que han sido silenciadas, invisibilizadas o marginalizadas y que son determinantes para pensar la reflexión pedagógica y desarrollar un proceso educativo. Y estas injusticias cognitivas de las que también nos habla Sousa, lo que agudizan son las injusticias en el sistema educativo, que también señalaba Bourdieu. Y entonces ahí, en esas injusticias del sistema educativo, nos planteamos preguntas por el mérito. O sea, ¿qué es el mérito? ¿Quién tiene el mérito? ¿El mérito es un privilegio o es una opresión? ¿En dónde lo ubicamos depende del contexto y de los sujetos, cierto? Y también por el capital cultural de la familia, que tiene mucha relación con los progresos que se tienen en los procesos de educación.

¿Cuál es entonces el contexto de la interseccionalidad? El contexto de la interseccionalidad es este que ustedes ven aquí, son imágenes de mujeres que se han pensado la diferencia, la injusticia social, tratando de identificar categorías que se unen para generar privilegio u opresión. Esta imagen me conmueve porque es una representación del poder de las mujeres, del poder de pensamiento de las mujeres, del poder de pensamiento de las mujeres negras. Históricamente, se ha planteado que las mujeres negras no eran mujeres, primero, y luego se planteó que no pensaban, entonces aquí tenemos una teoría que ahora todo el mundo quiere usar y que está tan de moda (la interseccionalidad) fue acuñada por mujeres negras, cierto. Entonces eso hay que declararlo y por eso lo digo acá también porque es una teoría que parte de las luchas de los movimientos sociales, no solo en Estados Unidos, sino también en nuestra América Latina, ha tomado bandera en la lucha por los derechos de las mujeres y por todos los movimientos sociales y esta, imagen que tenemos aquí a la izquierda en la parte inferior es Kimberlé Crenshaw, la autora finalmente del término de interseccionalidad que conocemos hoy. Ella es abogada y ahora les voy a contar la historia de cómo acuñó el concepto.

Entonces, para hablarles un poco del contexto, traigo un artículo de la profesora Mara Viveros donde ella plantea la genealogía de la interseccionalidad. Entonces nos cuenta cómo la interseccionalidad no es un asunto que apareció con Kimberlé Crenshaw. Kimberlé Crenshaw acuña el término, construye de alguna manera el concepto, pero la interseccionalidad es un pensamiento que se viene construyendo hace generaciones y comienza, de acuerdo con la autora Viveros, en 1791 en plena gesta de la Revolución Francesa con la declaración de los derechos de la mujer por Olympe de Gouges. Lo digo en castellano, Olympe de Gouges es la mujer blanca que ven allí. Ella empezó a pensar cómo se comparaba la dominación colonial con el patriarcado y también empezó a hacer analogías entre la situación de las mujeres y de las personas que estaban esclavizadas. Y ahí miren que entonces aparecen varias categorías que se conjugan para colocar en condición de opresión a un sujeto, en este caso a las mujeres para el tema de Olympe, luego en 1851, aparece Sojourner Truth, una convención de mujeres en Ohio Estados Unidos, donde ella



declara su famoso discurso ¿Y acaso no soy una mujer? ¿Por qué se pregunta ella eso? Porque ella fue una mujer esclavizada por cuarenta años, tuvo trece hijos que tuvo que ver como los comercializaban cada que nacían. Entonces ella en su discurso era una mujer completamente analfabeta, pero en su discurso planteó las categorías de mujer negra trabajadora, incansable y madre, categorías diferenciales que se sumaban en el cuerpo racializado de Sojourner. Entonces ustedes dirán, ¿Pero ¿cómo así que, y acaso soy una mujer?, el al principio les dije que las mujeres afrodescendientes a través de la historia han tenido que luchar, primero por demostrar que son personas, luego por demostrar que somos mujeres. Entonces qué pasó con Sojourner, decía ¿Acaso no soy una mujer?, porque ella notaba que los hombres blancos le abrían la puerta de las carrozas a las mujeres blancas, las ayudaban a pasar la charca, les cedían el asiento en el bus, y a ella nadie se lo ofrecía. Entonces ella decía, ¿acaso yo no soy una mujer?, nadie me puede abrir la puerta, nadie me puede ceder una silla. También decía, yo trabajo mucho igual que los hombres, y como mucho igual que los hombres, ¿y acaso no soy una mujer porque hago eso?, como quien dice o sea que porque yo trabajo igual que el hombre dejo de ser mujer.

También planteaba, ¿y acaso no soy una mujer cuando se me ha partido el corazón cada que venden a uno de mis hijos?, o sea una mujer que sufría, una madre desesperanzada por la comercialización de sus hijos dejaba de ser mujer porque se afligía, entonces esa pregunta, dicen algunas autoras, que marcó el hito del feminismo negro en el mundo con Sojourner Truth. Ya entre 1899 y 1923 pasaron muchísimas cosas, pero yo quise traer tres en especial. Una relacionada con Clorinda Matto, que fue una brasilera que denunció los abusos sexuales de mujeres indígenas. Y entonces ella allí combinó las categorías étnico, racial y de género. Luego Du Bois, era un hombre afro que se preguntaba en ese momento, en 1903 se preguntó “yo soy hombre pobre” y decía “yo soy raza pobre”, o sea, era un negro pobre. Cómo unía la categoría, clase y raza para señalar que había una doble opresión, y más tarde, en 1923, los trabajos artísticos de Tarsila Do Amaral muestran la imagen de una mujer afrodescendiente hipertrofiada para denunciar todos los abusos que cometían contra las mujeres afrodescendientes que tenían que amamantar los hijos de las dueñas de las haciendas. Pero eso nunca fue reconocido.

Ya para el siglo 20, encontramos, pues, los movimientos ya consolidados de feminismos negros, como el de la colectiva del Río Cambahee. Donde está, Audrey Lorde, que es la que está después de la mujer blanca. Ella era una activista feminista muy destacada en lo académico y era lesbiana. Entonces este movimiento era feminista y de mujeres lesbianas, imagínense la transgresión en ese momento. Entonces ellas lo que hacían era tratar de analizar esas desigualdades, intentando sumar categorías, asociar identidad, sexo, raza y clase. Pues estas ya eran académicas. A diferencia de los afrodescendientes que les mencioné a lo largo de la historia que hablaban desde su propia práctica.

Bueno, están los movimientos sociales con las experiencias de las mujeres negras, las teorías sociales porque las situaciones complejas desde lo social no se explican solas o por una categoría. Entonces ahí es que se acuña más la pertinencia de la interseccionalidad y los movimientos sociales latinoamericanos, por supuesto. Entonces aquí en 1989, Kimberlé Crenshaw, que ya se las mostré, acuña el concepto de interseccionalidad. Por eso hoy están aquí estas tres muñecas negras porque representan las tres mujeres que defendió Kimberly Crenshaw en su juicio cuando acuñó el concepto. ¿Qué pasó con estas mujeres? Trabajaban en una fábrica, las despidieron injustamente por ser negras. Entonces ella pensaba, “¿Cómo gano este juicio? ¿Cómo las defiendo?” Y lo que hizo fue intentar revisar qué estaba pasando con esas categorías diferenciales y cómo en esa conjunción formaban un nuevo problema para las mujeres, y por supuesto, la opresión era distinta a las mujeres que no tenían la prisión de la raza ni de la clase y

de la educación, además. Entonces, gracias a esta teoría, ella ganó el juicio. Pero en lo que ella dice es que ella nunca pensó hacer teoría con la interseccionalidad. Ella simplemente era una abogada que estaba haciendo su trabajo, y a partir de ahí, las ciencias sociales, los movimientos sociales y otras áreas, las instituciones públicas y no gubernamentales, han tomado la metodología para hacer análisis de situaciones complejas y hacer lectura de las situaciones sociales.

Entonces, ¿qué categorías diferenciales, conceptuales y teóricas moviliza la interseccionalidad? Con relación a las categorías diferenciales, lo que establece la Unidad de Víctimas tiene una producción muy buena, muy potente, sobre interseccionalidad que los invito y las invito a que lo lean. Establece primero unas categorías diferenciales. Entonces, ¿cuáles son estas? Las sociales, las biológicas y las culturales que tienen que ver con los enfoques diferenciales y están relacionadas con la edad, con la discapacidad, con la etnia, raza, la categoría étnico-racial. Por qué nombramos aquí categoría étnico-racial, bueno, de un lado porque lo ha documentado la CEPAL y, además, me gusta porque me parece más pertinente que nombrarlo así como raza solo o como etnia sola, porque los cuerpos racializados como el mío sufren una doble opresión de entrada, que es la cultura por lo étnico, porque yo soy afrocolombiana y tengo mis prácticas afrocolombianas. Y eso es una forma de opresión, pero también soy afrocolombiana desde mi biología, cierto, y en ese sentido, de acuerdo a la comprensión de la categoría étnico-racial, tengo la doble opresión por raza y por cultura, es decir, por mi aspecto biológico, pero también por mi práctica cultural, cierto, entonces puedo sufrir opresión por esas dos. Por eso esa categoría es más pertinente usarla conjugada, sobre todo para los cuerpos racializados. Bueno, está la categoría del género y de la diversidad sexual, y para la categoría diferencial de los sujetos, son características relacionadas con la religión, el idioma, el territorio donde habita este sujeto, la condición socioeconómica, la educación, los hechos victimizan tes, entre otras cosas. Entonces, miren que uno puede sufrir opresión por muchas razones.

Para estas categorías diferenciales, ya otra mujer afrodescendiente brillante que se llama Patricia Hill Collins, diseñó esta matriz que se llama Opresión de Privilegios, la Matriz de Privilegios o de Opresión. Entonces, lo que aparece arriba son las categorías que lo ubican a uno en un lugar de privilegio y las que están abajo te oprimen. Entonces, ¿qué ocurre? Que yo puedo sufrir opresión, como les decía, por ser una mujer afrodescendiente y mi práctica cultural es afrodescendiente. Pero va a estar mayor mi opresión si soy una mujer vieja, si además no tengo estudios, si además soy gay, cierto, si además soy lesbiana o si además tengo una orientación sexual más diversa, cierto, voy oprimiéndome cada vez más. Y si además no hablo inglés u otro idioma, también estoy oprimida, cierto. Además, si mi religión no es la católica, más oprimida, cierto. Y si además tengo un empleo donde me pagan muy mal, estoy definitivamente oprimida, cierto. Entonces, miren cómo esas categorías van oprimiendo. Ah, bueno, y si además no soy europea, entonces, opresión total. Pero entonces, ¿cómo surge el privilegio? ¿Cómo empiezo yo a salvarme, a alejarme de la línea abismal? Ah, bueno, pero entonces Yenifer, a pesar de todas estas categorías que les digo, fue a la universidad entonces empiezo a flotar. Ah, fue a una buena universidad. Empiezo a flotar, consiguió un buen empleo. Empiezo a flotar, pero hay unas categorías que siguen oprimiendo: étnico racial, cierto, y la clase. Entonces, como para que comprendamos un poco esta matriz, que Román siempre me dice que no la ponga que es muy enredada, pero a mí me gusta ponerla. Porque esta es la matriz original del cómo se pensó Patricia Hill la opresión y el privilegio, y para que veamos que no solo son categorías diferenciales que oprimen, también hay categorías diferenciales que te llevan a un privilegio. Entonces, estar jugando con el análisis, el cruce de esas categorías diferenciales es la que te va poniendo en opresión o en privilegio. Ya cada cual hará su análisis de matriz de opresión y privilegios, a ver en qué línea están, si están más cerca de la línea abismal o no.

Bueno, ahora con los conceptos. Ustedes han notado que la presentación tiene unas mariposas, bueno, y las rosas. ¿Eso tiene un sentido porque la interseccionalidad fue propuesta por mujeres, pensada por mujeres, y entonces me parece que esos elementos denotan que la interseccionalidad es mujer, cierto? Y las mariposas, que son mariposas, monarcas, también tienen una simbología. La monarca representa la transformación y la persistencia. La monarca es una mariposa que vuela largos trayectos para llegar a su meta y hasta que no llega no se detiene. Así somos las mujeres, y las mujeres negras mucho más.

Con relación a los conceptos de interseccionalidad, entonces, yo quise traer acá algunos que fueron fáciles de mi comprensión y que los quise poner acá en este contexto, porque creo que ayuda mucho a tener un mejor entendimiento de qué es eso de la interseccionalidad. Pues que habla Yenifer tanto aquí en la facultad. Entonces, traje un concepto que tenemos en el manual de Educación para la salud, que es de Viña, donde se plantea que la interseccionalidad es un fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a una pertenencia a múltiples categorías sociales, como vimos el juego de la matriz. Luego, la profe Mara Viveros, que me encanta, ella plantea que la interseccionalidad es un enfoque teórico, metodológico y político, y que es clave en el debate sobre diversidad, diferencia y pluralidad. Como quien dice, en esas situaciones complejas podemos apelar a este tipo de perspectivas. Lykke, por ejemplo, dice que es un diálogo crítico o de conflicto productivo, ya miramos si es de opresión o es de privilegio. Y la Unidad de Víctimas de Colombia plantea que es una metodología, teoría o enfoque, dependiendo de cómo se utilice, que percibe las identidades sociales como una intersección única de varias categorías biológicas, sociales y culturales, que ya las vimos, como el género, la etnia, la raza, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad, la nacionalidad y otros ejes de identidad, y que permite comprender de forma integral la realidad de una persona.

Entonces, si hablamos de interseccionalidad, por todo esto que les conté, las matrices de privilegio y opresión. Tenemos que hablar de otros conceptos, como la discriminación y las matrices de opresión.

Entonces, ¿qué es la discriminación? Según una sentencia de la corte del '94 y que fue acuñada por la Unidad de Víctimas de Colombia, la discriminación es un acto arbitrario dirigido a perjudicar a una persona o a un grupo de personas, con base principalmente -oiga usted- en estereotipos o prejuicios sociales, por lo general ajenos a la voluntad del individuo, como el sexo, la raza, el origen nacional o familiar, o por razones irrelevantes para hacerse acreedor de un perjuicio o beneficio, como la lengua, la religión, la opinión política o filosófica. Por eso, uno sufre discriminación, pero ustedes habrán oído hablar de la discriminación estructural, es allí donde se empieza a complejizar la cosa. La discriminación estructural se refiere a las desigualdades de derecho, o sea, de "yuré" o, de hecho, de "derecho" es que están normadas, o de hecho, que son las que suceden en la práctica, cierto. Es decir, que así la ley me proteja, pero entonces yo luego quiero acceder a un servicio de salud con enfoque diferencial, y no puedo porque la respuesta por ejemplo es: aquí no prestamos ese servicio, eso es que eso no es salud pública, eso no se presta en este hospital. Entonces, esas son las discriminaciones estructurales, porque se presentan sistemáticamente, incluso históricamente. A eso le llamamos discriminación estructural.

Y las matrices de opresión son aquellas dinámicas sociales, políticas y culturales que tienen un impacto negativo sobre un grupo específico, por ejemplo, el racismo es una matriz de opresión que impacta, por supuesto, negativamente los cuerpos racializados. Y si hablamos de discriminación y matrices de opresión, tenemos que hablar de otros dos conceptos: desigualdad e inequidad.

Entonces, ¿qué es la desigualdad? Traje estos dos conceptos que Arcaya y otros autores, donde está la Organización Panamericana de la Salud, realizaron un estudio y encontraron esto, que la desigualdad en salud se refiere de manera genérica a las diferencias en salud de los individuos o los grupos. Pero ¿qué ocurre? Que esta diferencia no sufre ningún juicio moral sobre la observancia de esas desigualdades, no hay explicaciones sobre las razones, si hay justicia o no. Es decir, como cuando nos presentan un mapa y nos dice: “Ah bueno, es que La Guajira y el Chocó son los departamentos más pobres de Colombia.” Sí, eso ya lo sabemos. Ese podría ser un ejemplo de desigualdad, pero ajá, ¿y qué pasa con esa desigualdad?

Entonces, como la desigualdad no lo resuelve, yo no solo necesito saber cuál es el problema, sino por qué está ocurriendo, aparece la inequidad. Entonces, la inequidad en salud, lo que hace es mostrar la disparidad que hay, que es un tipo específico de desigualdad que denota una diferencia injusta, o sea, con la inequidad lo que empezamos a hacer es un juicio moral sobre si es justo que ese resultado o esa población esté en esa desigualdad en salud en la que se encuentra. Y saben qué es lo peor, que la inequidad de alguna manera va adelante con los análisis, porque lo mejor, porque analiza, cuáles son las razones que se pueden evitar. O sea, ¿por qué se muere la gente?, porque falta, por ejemplo, agua potable, cómo se va a morir la gente por falta de agua en el Chocó si hay ríos y depende de un tema administrativo. O sea, eso es injusto y es previsible y es prevenible. Entonces, por eso no nos podemos quedar ni comer el cuento solo de los análisis de desigualdad en salud. Tienen que estar anclados a la inequidad de salud, sobre todo en países tan dispares como los que están en América Latina.

Bueno, entonces, para finalizar, con relación a las teorías y conceptos, entonces, la interseccionalidad tiene algo esencial, que es la inseparabilidad. La inseparabilidad permite que sea crítica, que entrecruce estructuras y genere nuevas redes de poder y que se den en simultánea. Y que además tenga puestas éticas, políticas, epistémicas y estéticas. Qué pasa cuando yo preparaba esta presentación, pensaba en el *kawaida*, que es un principio africano que hace una crítica *ubuntu* porque a través del *kawaida* se preguntan: cómo así que el soy, porque somos. O sea, qué relaciones hay ahí, por qué usted es, si el otro es, qué está pasando ahí, no es solo el romanticismo de *ubuntu*, sino que vamos a ver ese *ubuntu*, cómo contribuye a superar esas inequidades, cierto. Y no es una sumatoria la interseccionalidad, ojo, pero sí es la construcción de nuevos sentidos y significados por la inseparabilidad. No es que yo voy montando categoría sobre categoría, hay que entrecruzarlas, y ese entrecruzamiento da origen a una nueva condición, a un análisis diferente, a unos sentidos distintos, a unos marcadores sociales de desigualdad y de categorías diferenciales que, además, son desiguales, categorías diferenciales y desiguales.

Y la teoría del campo de Bourdieu, que la traigo porque estamos hablando del campo de la salud, donde el hábitus, que es un elemento trazador de la teoría, plantea que el hábitus es un sistema de disposiciones, que es un capital cultural y que gobierna la práctica. Esto es importante para la práctica educativa. Qué pasa que en el hábitus vuelve y plantea que el binomio individuo-sociedad no está en tensión, o no es separado, sino que hace parte de un todo. Y entonces, ahí pensaba en el *ubuntu*, porque el *ubuntu* es soy por qué somos. Pero entonces, no habría que mirarlo solo así, sino que habría que hacerle preguntas a ese soy porque somos, a esa relación del individuo como parte del todo y viceversa. Entonces, también, además, en la teoría del campo nos presenta otro elemento, que es el poder, el poder como un símbolo, el poder, el poder como sentido pedagógico y el poder como problematizador de la realidad.

Y bueno, ya a partir del campo uno piensa, pero ¿y qué pasa con los campos? ¿Cómo se relacionan? Hay una intersección de campos y de subcampos, pero esta intersección está mediada por el conocimiento,

por las apuestas y las comprensiones que se tengan desde una visión occidental, conocimiento científico, o una visión más desde el conocimiento ancestral. Y aquí quise citar a Lélia González, que fue una brasilera feminista que hablaba de la América latina, que es un concepto que ella acuña para darle créditos a la originalidad que tiene África en América, y que además somos parte de América Latina, cierto. Entonces, ella hablaba de América latina. En este sentido, tenemos la pedagogía, la educación y la salud como campo y como subcampos. Tenemos la pedagogía tradicional, que ya sabemos conductas clásicas. La pedagogía crítica, que apunta a la transformación, representada por Freire, Giroux y MacLaren, la pedagogía de Colonial, que aquí podemos ubicar las pedagogías del buen vivir, la del vivir sabroso, la pedagogía feminista, que son subcampos, ¿cierto? Y miren que dentro de los campos hay subcampos y dentro de los subcampos también hay otros subcampos. Entonces, miren cómo hay ahí esas relaciones de poder. Y así ocurre con la educación, la tradicional, la educación crítica que conocemos, la educación popular de Freire, la educación decolonial, que ahí podemos incluir la educación intercultural, la educación propia, y lo que conocemos como etnoeducación. Y en salud, pues, la medicina clásica, que es la occidental, y la medicina ancestral, que puede ser un subcampo, cierto, del campo de la salud, donde encontramos la salud étnica y la salud propia, que no obedece directamente a pueblos étnicos, cierto, a lo propio.

Entonces, cuáles serían los desafíos de la perspectiva interseccional en la práctica educativa. Tenemos un primer desafío. Tenemos muchos, pero yo quise traer aquí tres. Las injusticias sociales y ya expliqué suficientemente por qué, las matrices de opresión como el racismo, el machismo, el capacitismo, la homofobia, la xenofobia, la exclusión social y la pobreza tienen que ver con el proceso educativo. El predominio de sistemas de creencias que hace que las construcciones sociales como estigmas, estereotipos y discriminaciones permanezcan, y ya entendimos por qué son muy lesivos para un proceso social, y la aculturación en los procesos de Educación para la salud. Para el cumplimiento de resultados establecidos en las rías, podemos caer en eso. Va a haber también una atención entre el hábitus propio. Recuerden que el hábito gobierna la práctica. Entonces, cuál es mi práctica y cuál es la práctica predominante. Entonces, qué dice la ría que haga y qué hago, cierto, en esa tensión viven los individuos y los educadores para la salud, y el funcionalismo de la educación para la salud, porque entonces, por dar respuesta a las rías, porque es que hay unos resultados en salud que hay que presentar. Y que además se los han endilgado a la educación. Entonces, hasta dónde se puede desarrollar un proceso crítico y no solo un proceso que le sirve al sistema para demostrar que hace procesos de educación. Pero en realidad no los hace, y ya las implicaciones para la práctica educativa, que sería reconocer la educación y la salud como un derecho. Esto lo hemos dicho, lo hemos escuchado en todo el congreso, pero eso ¿qué implica?, cierto, eso tiene unas implicaciones. Por qué es reconocer a los sujetos como centro del proceso formativo y como son sujetos que tienen pensamiento, que tienen posturas, que tienen apuestas éticas, políticas, que tiene una historicidad, y ahí es que se entra en tensión porque la conversación es diferente, cuando el otro es un sujeto a cuando el otro es un receptor de las acciones. También, una implicación para la práctica educativa es identificar la línea abismal de esta teoría de de Sousa, lo que trato de retomar es eso que él llama la línea abismal visible, que es el predominio de las epistemes coloniales o la invisible que son, ojo, esas nuevas formas de opresión que son cognitivas y culturales y que no nos damos cuenta de que estamos oprimidos o como diría Foucault: seríamos unos sujetos sujetados, pero no lo sabemos, cierto, nos creemos libres. Y esto qué implica, que son nuevas formas de opresión cognitiva que así no se podría sostener un buen diálogo y no sería coherente con los sujetos y con el proceso formativo, y tres implicaría todo esto, la perspectiva interseccional permitiría hacer una relectura del mundo como lo plantea el profesor Echeverry Zambrano, donde habría que hacer una reconceptualización de lo pedagógico, de lo educativo, lo didáctico, lo curricular, lo que estamos entendiendo ahora ya no sería igual.

Tenemos que tener apertura para que surjan esas nuevas comprensiones a partir de todos esos entrecruzamientos que se dan en las categorías diferenciales. Y habría una resignificación de estrategias de reproducción social. Recordemos que Bordieu ya nos dijo cuáles son las estrategias de reproducción social, la escuela y la familia. Para el caso de nosotros en las RIAS serían los entornos, por ejemplo, el hogar, el educativo y el comunitario serían formas de estrategias de representación y de reproducción social, y por el funcionalismo de la educación para la salud podemos tender a reproducir esas prácticas que generan injusticias sociales en salud, y la resemantización, García la propone por el capital lingüístico, es importante. Recuerden que el lenguaje tiene una función epistémica. Entonces, si hay reconceptualización, también va a haber una manera distinta de llamar las cosas, y tendríamos que tener apertura para eso.

Bueno, aquí algunas referencias de la preparación de esta conferencia, y bueno, gracias. “muntu, nigumuntu, nagamuntu”, “una persona es una persona a causa de los demás”, es una lengua zulú y xhosa del sur de África. Muchísimas gracias.

Bueno, ahorita al final les vamos a ofrecer una bebida ancestral. Está compuesta por borojón, otra bebida artesanal que realizan, pues, en el Pacífico, y hierbabuena.

Bueno, mil gracias a la doctora Hinestroza por su presentación, como les indiqué iniciando la conferencia, no tenemos espacio en esta conferencia para las preguntas, no obstante, queremos invitarlos a que se queden en este auditorio porque continuamos con un conversatorio que continúa esta línea, esta temática que es un conversatorio alrededor de la educación, perdón, de la educación en el campo de la salud desde una perspectiva intersectorial, y es un conversatorio donde contaremos con la participación de la doctora Yenifer Hinestroza y, adicionalmente, tendremos aquí a otras dos panelistas que son Alba Rojas, la doctora Alba Rojas, y la doctora María Isabel Ramírez. Entonces, los invitamos a que continuemos aquí conversando sobre la intersectorialidad en el campo de la educación para la salud.

**Puede consultar los videos de las conferencias por ejes temáticos en:**  
**<https://bit.ly/3TfG26Q>**





# Conversatorios por ejes temáticos



# Conversatorios por ejes temáticos

Los conversatorios en torno a los ejes temáticos se conformaron con integrantes de diferentes sectores y actores, de tal manera que se estimulara la presentación de perspectivas diversas, que permitiesen ampliar la comprensión del tema en discusión. Los conversatorios buscaban ampliar la discusión de los ejes que se iniciaron con las ponencias realizadas en la primera parte del congreso.

Las sesiones se desarrollaron por espacio de una hora y cuarenta y cinco minutos dinamizados por un moderador. La conversación giró en torno a uno o dos ejes de discusión, previamente acordados entre moderadores y participantes del conversatorio. Se esperaba que cada uno de los participantes preparara una corta intervención, de entre 5 a 10 minutos, con sus puntos de vista que promovieran la discusión y el debate. Luego se abrió un espacio de diálogo entre los integrantes del conversatorio de unos 35 minutos, dinamizado por el moderador. En los 40 minutos restantes se tuvo un espacio para las preguntas del público. Fueron dos rondas de preguntas del público, la primera con aquellas provenientes del público presencial y las segundas del público virtual. Las preguntas se formularon en bloque para que cada uno de los integrantes del conversatorio diera respuesta en 5 minutos. El moderador terminó con unas conclusiones que presentó al final de la sesión.

Se elaboraron relatorías con las principales ideas discutidas en el conversatorio para incluirlas en las memorias del congreso. A continuación, se presentan las relatorías de los conversatorios según ejes temáticos

**Puede consultar los videos de las conferencias centrales en:**  
**<https://bit.ly/3TfG26Q>**





### **Eje temático 1: Pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud**

- Conversatorio 1: Corrientes de la educación en el campo de la salud: concordancias, diferencias y consecuencias para la práctica educativa.
- Conversatorio 2: Evaluación en educación en el campo de la salud.

### **Eje temático 2: Educación en el campo de la salud y políticas**

- Conversatorio 1: Las políticas de la educación en el campo de la salud.
- Conversatorio 2: Las políticas de educación en el campo de la salud y la práctica educativa - la implementación de las políticas en el ámbito regional y local.

### **Eje temático 3: El educador y el contexto**

- Conversatorio 1: Formación del educador en educación en el campo de la salud.
- Conversatorio 2: El educador y la práctica: situación, retos, dificultades.

### **Eje temático 4: Intersectorialidad e interseccionalidad**

- Conversatorio 1: Interseccionalidad y educación en el campo de la salud.
- Conversatorio 2: La educación sexual como caso para el análisis de la articulación intersectorial de la educación en el campo de la salud.

## Eje temático 1: Pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud

### Conversatorio 1: Corrientes de la educación en el campo de la salud: concordancias, diferencias y consecuencias para la práctica educativa

#### Participantes

**Eymard Vasconcelos** - Universidad Federal de Paraiba, Brasil

**María del Consuelo Chapela** - División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, México

**Kristine Sorensen** - presidenta de la Asociación Internacional de Alfabetización en Salud y directora de la Cátedra de Alfabetización en Salud de Europa

#### Moderación

**Julián Vargas** – Centro de Extensión, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Relatora

**María Paulina Madrid** – Gerencia de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretaría de Inclusión Social y Familia, departamento de Antioquia

#### Objetivos

Analizar la situación de la educación en el campo de la salud desde las diferentes perspectivas teóricas, políticas y éticas para identificar los debates, tensiones, avances, retos, proyecciones y limitaciones para su desarrollo.

Con en el análisis realizado se proponen alternativas para su fortalecimiento teórico y práctico, para que la educación en el campo de la salud pueda cumplir con el propósito que la debe orientar.

## Descripción del conversatorio

Analizar las corrientes de educación en el campo de la salud y la relación que existe entre la teoría y la práctica, entre lo que se enseña y lo que se aprende en la academia, con lo que se vive en la realidad. Así mismo, se dialogó en torno a la alfabetización en salud y la educación popular de tradición latinoamericana.

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.

Eymard Vasconcelos.

Existe una separación entre la teoría y la práctica, entre lo que se enseña, lo que se aprende en la universidad y en la academia, y lo que se vive en la realidad. Los grandes educadores populares conocen poco de su teoría y se centran en su ejercicio a través de toda su experiencia, acompañando la transformación de sus estudiantes, por lo que considera que lo grande sucede en la experiencia.

La apertura al conocimiento está más allá de los saberes disciplinares y hace referencia, a dos grandes autores latinoamericanos, a Bonaventura de Sousa Santos y a Paulo Freire. Desde la lógica de las dinámicas, de las epistemologías del sur, de la ecología de saberes de Boaventura que, sumados a esa amorosidad en las relaciones pedagógicas de Freire, generaba una inmensa potencia a esa posibilidad de la apertura a los nuevos conocimientos que no parten de la Academia.

Es fundamental considerar al ser humano como un todo, y ese descubrir el ser humano como un todo parte del encantamiento que nace de ese primer contacto, que genera unos vínculos que terminan finalmente en un compromiso. Siendo así, son los compromisos los que son transformadores.

La educación popular emerge cuando somos capaces de conformar grupos donde el diálogo no se desarrolla y no se limita exclusivamente a lo cognitivo, sino que, está alimentado por la vida.

Es importante, abrir espacios para el debate crítico de cada perspectiva educativa, ya que tiene implicaciones políticas que orientan las agendas sociales, públicas y académicas de los territorios.

Es necesario, como dijo Paulo Freire, ser crítico con amor. La lucha política no debe ser una destrucción del otro. La educación es antes que nada, comprensión del otro. También, es necesario hacer política buscando comprender al otro.

Participante 2.

Kristine Sorensen.

Énfasis en la necesidad de trabajar por la alfabetización en salud como un motor educativo del cambio en donde el enseñar, es un asunto que corre por todas las venas, que debe atravesar nuestro desarrollo personal y nuestro desarrollo profesional.

La alfabetización en salud, ayuda a entender que las personas aprenden desde las diferencias y que esas diferencias deben ser puestas en diálogo, siempre colocando los conocimientos, las actitudes y las prácticas alrededor de todas las dimensiones del ser humano y a todas las dimensiones que aborda la enseñanza en la salud.

Participante 3.

María Consuelo Chapela.

Toda promoción de la salud es una práctica, promover es un verbo y sabemos que los seres humanos existimos a través de la práctica y la práctica humana por excelencia es la palabra.

Es fundamental cuestionarnos si la acción educativa nuestra está centrada exclusivamente en la construcción de la yoidad o la nosotridad, si estamos ayudando a que el otro crezca hasta ser autónomo y poderos retirar, o vamos a quedarnos permanentemente como un espacio de dominación sobre ellos. En este sentido, es fundamental reconocer que toda acción educativa está cargada de intenciones.

Principales rutas de discusión entre participantes.

¿Cuáles serían esos problemas de salud del mundo actual, y qué se requiere en términos de la educación en salud y la promoción de la salud para atenderlos?

Existe una realidad compartida de forma universal y es la pobreza, la pobreza es un problema que está en todos los países del mundo y qué traviesa la vida de las personas y sus comunidades haciendo que se tengan dificultades de salud de todo tipo, poco acceso a una adecuada alimentación y necesidades básicas insatisfechas.

El objetivo de la educación independiente de la corriente teórica y las posturas epistemológicas, su resultado final es permitir que el otro sea, permitir que cada uno de nosotros llegemos a nuestra propia realización como seres humanos, como individuos, como colectivos humanos y como sociedad.

La educación en el campo de la salud requiere del reconocimiento inicial de las barreras y necesidades de cada país y a partir de allí, involucrar a los diferentes actores. Se puede promover la salud y la transalfabetización teniendo en cuenta la inequidad en las comunidades, o tal vez sea la alfabetización en las escuelas o en la salud en el sistema de salud. Es decir, es diferente la necesidad de cada país por eso se debe partir de invertir en el reconocimiento de dichas condiciones en cada territorio o realidad.

En cada época hay un heroísmo, en cada época hay una manera de ser héroe. Ahora pueden estar pensando que la vida es más simple ahora, que no hay guerras. Pero las guerras de hoy pasan por la cultura, pasan por la opresión del consumismo.

Comentarios de los asistentes.

En este congreso, a pesar de que hablamos de la necesidad de la teoría y la reflexión teórica, hemos encontrado que es la práctica la que guía la acción, un mensaje interesante es como cuando Eymard habla

de los conflictos que hay entre personas que tienen diferentes posiciones teóricas. Es que uno podría trabajar con personas que piensan distinto, pero que tienen prácticas parecidas; Al contrario, puede ser que no trabajemos tan fácilmente con personas que tienen propuestas más o menos parecidas a las de uno, pero que las prácticas sean distintas.

La educación es un asunto que pasa por los sentimientos. Han hablado del amor, de lo amoroso, etcétera. Pero es que nosotros nos relacionamos con el otro es con los sentimientos, y un educador popular o un educador en el campo de la salud que verdaderamente quiere hacer una transformación tiene que reconocer que se está relacionado con el otro fundamentalmente con lo emocional. Entonces, es muy importante hablar de la pedagogía, es muy importante hablar de la perspectiva ética, de la perspectiva política, pero no podemos olvidar esa dimensión afectiva, emocional en la cual nosotros nos relacionamos entre educadores y educandos.

## Eje temático 1: Pedagogía, práctica y evaluación en educación en el campo de la salud

### Conversatorio 2: Evaluación en educación en el campo de la salud

#### Participantes

**Diego Lucumí** – coordinador de la Red Colombiana de Educación para la Salud y director de investigaciones de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes, Bogotá

**Edilson Bustamante** – consultor comunicación y educación para la salud

**Julio Mazorco** - Unidad de proyectos especiales, Universidad de Ibagué

#### Moderación

**Mónica Castro** – coordinadora del Grupo Curso de Vida, Ministerio de Salud y la Protección Social, Colombia

#### Relatora

**Sindy Marcela Taborda** – docente de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Objetivos

Analizar la situación de la evaluación en la educación en el campo de la salud teniendo en cuenta sus referentes teóricos, así como las exigencias y normativas de las políticas y programas, en el marco de los sistemas de salud, para identificar los debates, tensiones, avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones para su desarrollo.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para el fortalecimiento teórico y práctico de la evaluación en la educación en el campo de la salud para que pueda cumplir con el propósito que la debe orientar.

## Descripción del conversatorio

Analizar la situación de la evaluación en la educación en el campo de la salud en el marco del sistema de salud encontrando alternativas para el fortalecimiento teórico y práctico de la evaluación, a partir de la mirada de los modelos pedagógicos que orientan los resultados que se esperan y las tensiones y dificultades que se presentan para la evaluación.

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.  
Julio Mazorco.

Se presenta el abordaje de la evaluación de la educación en el campo de la salud desde dos corrientes:

1. Top Down: una mirada desde arriba desde los expertos; con base en el positivismo se evalúa el impacto, las causas-efectos, pretende la generalización y estandarización. Es una mirada en panorámica.
2. Botton Up: una mirada desde abajo, dialógica, crítica, que tiene en cuenta las subjetividades, las formas de vida, lo que son y anhelan las personas. Es de carácter participativo y situado al contexto.

Ambos enfoques son potentes y es necesario integrarlos de acuerdo con los deseos y la naturaleza metodológica de las intervenciones en salud, valorando lo que las personas hacen y perciben de sus vidas.

Participante 2.  
Diego Lucumí.

Los profesionales de la salud, nos preguntamos si lo que hacemos en educación sirve, si las acciones tienen efecto en la salud pública.

Sin embargo, es necesario cuestionar la evaluación que se lleva a cabo en la educación en el campo de la salud pública, puesto que existen posibilidades diversas.

Es así, como debemos pensar en quién es la persona que evalúa, para reconocer sus formas y replantear la mirada vertical hacia una corriente de evaluación participativa.

La academia sugiere que no evalúe la misma persona que desarrolla las acciones educativas, situación que se convierte en una limitante pues tener evaluadores externos es complejo tanto por recursos y por tiempo.

Se dejan cuestiones para la reflexión:

¿Cómo enfrentar los desafíos de la evaluación en la práctica cotidiana?

¿Cómo hacer de la evaluación un tema central en la educación en el campo de la salud?

Participante 3.  
Edilson Bustamante.

Los profesionales de la salud que desarrollan acciones educativas, necesitan ser conscientes de medir los impactos de las mismas, no obstante, se encuentra que la formación del talento humano para hacer educación y evaluación en el campo de la salud es limitada, por tanto, se deben establecer las competencias que deben tener los profesionales de la salud para desarrollar los programas, proyectos y estrategias en las que se incluyan las habilidades pedagógicas y comunicativas.

Ahora, es una situación real en Colombia que en los desarrollos de acciones educativas desde las entidades territoriales y las EAPB la evaluación no es un tema relevante. No hay suficiente inversión en los recursos para desarrollar la evaluación, y cuando se realiza la evaluación solo va al final. Por el contrario, esta debe realizarse en todo el proceso de la educación pensada desde corrientes participativas.

Por otra parte, la evaluación se ha convertido en un temor para quienes son evaluados, pero esta debe concebirse como una oportunidad para mejorar el proceso educativo y para gestionar el conocimiento que se va generando, permitiendo la apropiación social de los participantes.

Principales rutas de discusión entre participantes.

Describir las rutas de discusión que generaron las presentaciones de los participantes entre ellos y con la dinamización del moderador.

Implementar la evaluación del proceso de educación en el campo de la salud requiere trascender discusiones clásicas de la ciencia como la que existe entre la subjetividad y la objetividad, la cual exige una postura positivista como la válida, no permitiendo un diálogo entre ambas miradas.

Por otra parte, toda evaluación debe tener clara su fundamentación pedagógica, si se mira desde la pedagogía tradicional, se busca la comprobación de conocimientos adquiridos y si se mira desde la pedagogía crítica, se busca co-construir aprendizajes, siendo un enfoque con apertura al diálogo, a reconocer las experiencias de todos para juntos construir lo que se valora en el proceso de salud.

En consecuencia, lo importante no es preguntarnos si el proceso educativo sirvió sino para qué sirvió.

Además, es claro analizar que se presenta un problema en la educación formal en la que se propicia percibir a la evaluación como ejercicio punitivo, lo cual no permite avanzar hacia una evaluación alternativa. Es necesario deconstruir y pensar en para qué evaluamos y que esta debe acompañar el proceso educativo durante su desarrollo en la misma temporalidad que se tenga, por lo cual debe estar planeada en el diseño del proceso educativo.

A partir de lo anterior, se expone la propuesta de asumir los programas educativos como seres vivos que nacen, crecen, se reproducen y mueren. Es decir, los programas se deben dejar morir cuando sea necesario y para eso se requiere de la evaluación, para que dé cuenta de los resultados durante el curso y replantear o cerrar cuando sea necesario.



Adicionalmente, no puede dejarse por fuera la revisión de los currículos de los programas de formación del talento humano en salud, en estos se deben introducir los procesos de evaluación de forma más explícita, siendo esto una acción concreta y una apuesta desde la academia para mejorar los procesos de educación en el campo de la salud. Asimismo, con los egresados, es posible desarrollar plataformas formativas de acceso gratuito para quienes están en campo y puedan fortalecer sus conocimientos en cuanto al desarrollo de evaluaciones contextualizadas, factibles, rápidas.

Dicha evaluación debe tenerse en cuenta como oportunidad para ajustar el proceso educativo y como el resultado de las lecciones aprendidas, no como la sumatoria de la cantidad de acciones o el número de personas impactadas sino como un proceso integral e integrador en el que se revisa lo que se logró, sin limitarse a verificar el logro del objetivo educativo, para permitir ir más allá, revisando lo que sucedió durante el mismo, esto es el proceso.

Preguntas de los asistentes.

¿Cómo desmontar el pensamiento de la evaluación como ejercicio punitivo si se percibe que hay una consecuencia negativa cuando no se cumple con lo esperado?

Cultivando la reflexividad y la concienciación, la mirada sobre mí mismo, sobre mis acciones, lo que hago en diálogo con lo que los otros hacen. La evaluación no es algo externo, ni es una técnica, ni instrumento que mide efectividad, sino que es una práctica incorporada que permite la reflexividad.

La evaluación nos permite aprender, es una oportunidad de aprendizaje de todos los involucrados en el proceso educativo, aprender de lo que no funcionó para revisar cómo hacerlo desde otra perspectiva. Por tanto, es necesario dejar de ver las aproximaciones cualitativas como sin rigor, pues son formas válidas y académicas, pues se tiende a darle mayor importancia a lo metodológico que a la misma evaluación y a lo que se requiere evaluar.

¿Cómo evaluar el proceso educativo que fortalezca el saber de una comunidad en las intenciones de vivir mejor? ¿Cómo evaluar procesos que no son lineales y que se construyen en el momento que se trabaja con las personas?

Se puede pensar en la sistematización de experiencias a lo largo del proceso y en una evaluación realista desde la voz de quienes hacen parte de la experiencia.

Además, es necesario deconstruir la concepción de centrar la evaluación en los instrumentos, en las fórmulas y cuestionar las prácticas hegemónicas para darle fundamento pedagógico a nuestro rol educador.

## Eje temático 2: Educación en el campo de la salud y políticas

### Conversatorio 1: Las políticas de la educación en el campo de la salud

#### Participantes

**María Pilar Campos** – asesora Regional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud - OPS, Washington (virtual)

**Mónica Castro** – Ministerio de Salud y la Protección Social, Colombia

**Ana María Peñuela** – directora de Primera Infancia, Ministerio de Educación Nacional, Colombia

#### Moderación

**Iván Felipe Muñoz**, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Relatora

**Gladys Ariza** – docente de la Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Objetivos

Analizar la formulación, implementación y evaluación de las políticas en educación en el campo de la salud para identificar sus alcances, avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para fortalecer el alcance y las proyecciones de las políticas en educación en el campo de la salud.

## Descripción del conversatorio

Los objetivos del conversatorio fueron:

Analizar la formulación, implementación y evaluación de las políticas en educación en el campo de la salud para identificar sus alcances, avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones.

Con el análisis realizado proponer alternativas para fortalecer el alcance y las proyecciones de las políticas en educación en el campo de la salud.

- ¿Cuáles son los referentes (conceptos básicos, enfoques, etc) que tenemos en las políticas en el campo de la salud y cómo reconocemos en la práctica la implementación de tales políticas?. Por ejemplo, ¿que entendemos en estas políticas por salud, por educación para la salud, por el proceso educativo, etc?
- ¿Cuáles son los principales retos que nos encontramos en la implementación y evaluación de estas políticas y cómo afrontarlos?

Ideas centrales y argumentos de cada Ponente.

Participante 1.

María Pilar Campos.

La educación es una de las estrategias de la Promoción de la Salud, considerando los determinantes sociales de la salud y la equidad.

En este sentido, la participación social que incluya la diversidad es una meta de la educación en el campo de la salud.

Ello en la vía de una educación desde una visión crítica para la transformación, vinculada al territorio, sensible a los contextos, a la diversidad.

La salud y la educación son derechos humanos que en consecuencia deben garantizarse a toda la población.

Desde que Lalonde en 1974 propuso la teoría de los cuatro campos de la salud empezamos a notar que no elegimos nuestros estilos de vida; que es necesario un cambio de paradigma, trascender el modelo biomédico hacia una visión ecosocial de la salud y que esta se refleje en las políticas.

Esto es necesario a lo largo de toda la vida, iniciando con una parentalidad positiva, corresponsabilidad, con escuelas y universidades promotoras de la salud, comunidades de aprendizaje y propiciando un envejecimiento activo con autonomía.

Para que la educación en el campo de la salud haga uso de la pedagogía crítica, fomente el desarrollo de la autonomía y el empoderamiento a la vez que se logra generar cohesión social, justicia social y equidad.

Los desafíos consisten en:

- Garantizar el financiamiento, fortalecer la coordinación entre los sectores de la salud, la educación y los demás sectores sociales.
- Facilitar el involucramiento de la comunidad.
- Monitorear.
- Fomentar la investigación.

Lo anterior teniendo en cuenta la Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS, 2019-2030 de la OPS/OMS.

Participante 2.

Ana María Peñuela.

Las obligaciones del Estado son indivisibles y estructurantes en lo político e incluyen:

- Los principios: universalidad, no discriminación, integralidad, interdependencia, intersectorialidad, inderogabilidad, integralidad, interdependencia, interdisciplinariedad.
- Los enfoques: Curso de vida, diferencial e interseccional.
- Los entornos: educativo, comunitario.

La educación como experiencia, y los ambientes educativos enriquecidos facilitan establecer vínculos.

La educación para la salud da la posibilidad de emprender propuestas críticas, reflexivas, transformadoras, que trasciendan la mera transmisión de información.

Entre los retos encontramos la continuidad, la sostenibilidad, el sistema nacional de bienestar familiar de cuidado, las alianzas familia – escuela, la prevención del castigo físico, la salud mental de niñas, niños y maestros, disminuir las inequidades urbano - rurales, la formación integral y del desarrollo y la construcción de paz.

También se destacan la necesidad de trabajar el tema de derechos sexuales y reproductivos desde la ciudadanía para la prevención del embarazo adolescente.

Es importante promover la línea técnica de cuidado para incidir en la disminución de la mortalidad y la pobreza.

Entre los desafíos tenemos medir las violencias, construir paz e interculturalidad, a partir de las lecciones aprendidas en los entornos educativos, considerando los maestros como sujetos políticos, construyendo interacciones de forma técnica y sostenible, en un ejercicio conjunto de doble vía.

La dinámica de la gestión educativa debe trascender al entorno comunitario y requiere seguimiento, así como intersectorialidad con los servicios de salud que se requieren.

Participante 3.  
Mónica Castro Hernández.

Se requiere recoger las apuestas de Estado, organizando toda la acción del sector salud con enfoque de derechos, con un abordaje diferencial y por curso de vida, con enfoque de desarrollo humano, en el cual los ciudadanos son agentes de su propio destino. Asimismo, con un enfoque de determinantes sociales de la salud.

Se pretende lograr la participación de las comunidades para que construyan condiciones de desarrollo.

Entre los retos se destacan los siguientes:

- Incorporar el enfoque intercultural de una manera más horizontal, desarrollar más las rutas integrales de atención en salud de la Política de atención integral en salud, PAIS.
- El sector salud debe pasar de la IEC (Información, educación y comunicación) al reto de educación para la salud, con equipos interdisciplinarios para lograr un aprendizaje bidireccional con las comunidades, considerando la interculturalidad.
- En la formación del talento humano es necesario potenciar la capacidad crítica, de cuidado, de agencia y de transformación. Lo anterior se puede involucrar en los procesos técnicos de enseñanza. Entre los actores a convocar para lograr esto se encuentran en la comunidad: líderes, parteras, médicos y médicas tradicionales, entes territoriales, EPS e IPS.
- Cómo logramos que operen estos procesos de educación para la salud, cómo transformamos los modelos pedagógicos dado que coexisten diferentes abordajes de los comportamientos. De esta manera se podría lograr que el talento humano y las instituciones vean a los sujetos que atienden de forma activa en sus transformaciones.
- El sector salud debe afrontar los cambios demográficos y económicos a través de políticas como la de primera infancia y otras que aborden el envejecimiento poblacional que incide en la epidemiología de las enfermedades crónicas y transmisibles, en intersección con los territorios y la pobreza multidimensional.
- Ligado a lo anterior, este gobierno apuesta por la estrategia de atención primaria en salud, APS mediante centros de atención y redes integradas que entre otras cosas logren mantener las capacidades de las personas mayores.
- El talento humano que se requiere debe ser suficiente en cantidad en los diferentes territorios y a la vez debe estar cualificándose de forma permanente. Esto se ha dificultado por la ausencia de continuidad en la contratación.
- Es crucial incidir en los resultados en salud desde la pedagogía crítica para transformar las formas de relacionamiento y poder hacer planeación desde la intersectorialidad.

Principales rutas de discusión entre participantes.

El moderador resaltó que como punto común en las tres presentaciones se evidencia un cambio de paradigma en el cual se acogen enfoques muy ambiciosos en una sociedad donde prima la medicalización. Por ejemplo, es un reto trabajar con adolescentes que no se sienten enfermos. La intersectorialidad se debe trabajar desde lo conceptual y reflexionar sobre cómo se puede medir su impacto en la cotidianidad.

Dentro de las conclusiones se destacó la referencia hecha por la primera conferencia respecto a la educación en salud como estrategia de la promoción de la salud y que en el contexto de los ODS contemporáneos sobresale el peso de incorporar la pedagogía crítica para su cumplimiento.

En cuanto a la segunda expositora se destaca como conclusión que desde el sector educación existe una serie de principios, enfoques, contextos y conceptos que son compartidos por la estrategia de APS presentada por la tercera participante como la vía elegida por el gobierno para disminuir las brechas observadas en las condiciones de vida de la población colombiana, las cuales a su vez, son consecuencia de las inequidades que expresan la necesidad impostergable de incidir positivamente en los determinantes sociales de la salud haciendo énfasis en la participación social y comunitaria.

Preguntas de los asistentes.

Con respecto al esfuerzo intersectorial, ¿Cuáles indicadores nos pueden dar cuenta de avances en ese punto?

En el sector educación, con respecto a las rutas, de 140 atenciones realizadas, se eligieron 12 para medir el desarrollo integral en aspectos como: concurrencia de las atenciones, registro civil, estado nutricional, educación inicial, más tiempo en la escuela, vacunación. Esto representa un avance en el país.

En el sector salud se considera el proceso de recibir esas atenciones, las líneas de trabajo que convocan a otros sectores, la cualificación del talento humano para potenciar capacidades desde los diferentes sectores pensando cómo se concreta en la atención. En este caso el indicador es concurrencia de las atenciones.

Desde la OPS se destaca que la intersectorialidad se trabaja desde la planificación en los territorios. Precisamente en noviembre de 2023 se llevará a cabo un congreso en Cuba sobre este tema.

Desde el público como aporte reflexivo, se resaltó que es necesario que los líderes políticos, de OPS y de los ministerios de Educación y Salud piensen en los educadores para sanarnos como país. Por ello, la política de salud para los maestros requiere una mirada y terapéutica y sistémica.

## Eje temático 2: Educación en el campo de la salud y políticas

### Conversatorio 2: Las políticas de educación en el campo de la salud y la práctica educativa - la implementación de las políticas en el ámbito regional y local

#### Participantes

**Lina Gómez** – Unidad de Promoción y Prevención, Secretaría de Salud Municipal de Medellín

**Fredy Fernández** – decano Corporación Universitaria Adventista, Medellín

**Kelly Tello** - Gestión de Salud Pública y de Intervenciones Colectivas, Secretaría de salud del Cauca

#### Moderación

**Bibiana Castro** – Red Colombiana de Educación para la salud y Facultad de Educación, Universidad del Cauca

#### Relatora

**Claudia Jansasoy** – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Objetivos

Analizar la implementación y evaluación de las políticas en educación en el campo de la salud en el ámbito regional, local e institucional para identificar sus avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para fortalecer el alcance y las proyecciones de las políticas en educación en el campo de la salud en el ámbito regional, local e institucional.

## Descripción del conversatorio

Descripción de los ejes de discusión que se propusieron para promover la conversación.

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.

Lina Gómez Lopera:

- Dar a conocer la experiencia en Medellín en cuanto a políticas públicas a nivel local, “Medellín me cuida salud”, proyecto enmarcado en el modelo de acción territorial en salud desde el MAITE en el desarrollo de los equipos ETAFIS.
- La educación en el campo de la salud, retos, ideas o sugerencias al ente territorial para mejorar las acciones desde las propias competencias.
- Procesos administrativos, voluntades de los entes territoriales y modalidad de contratación que entorpecen llevar a cabalidad los planes de intervenciones colectivas.

Participante 2.

Fredy Fernández Gómez

Describir los principales planteamientos del ponente en relación con los ejes de discusión.

Educación en educación para la salud.

- ¿Los profesionales de la salud son referentes de conocimiento y de salud? (Reflexión: usted es referente de salud o tiene un discurso muy elaborado de salud, que eso es muy diferente).
- ¿Los profesionales de la educación son referentes intelectuales y morales?
- ¿Profesores referentes intelectuales de conocimiento, modelos dignos de imitar?
- ¿Dentro de los modelos pedagógicos (conductismo, modelamiento, etc.), es malo tener modelos? ¿Cuál debe ser el rol de los profesionales de la salud y de la educación en el campo de la educación para la salud en el diseño de políticas públicas y en el establecimiento de las políticas de salud pública?

Participante 3.

Kelly Tello.

- En Colombia existen leyes, normas, plan decenal, decretos, lineamientos, etc, pero en la realidad hay contextos muy complejos para llevar a cabo la gestión en la salud y la educación para la salud. (¿se practica lo que se predica?).
- Existen “fisuras” en el sistema para poder gestionar recursos económicos y llevar a cabo acciones de promoción de la salud y educación para la salud en el departamento del Cauca, para impactar en los determinantes estructurales de la salud.
- Inclusión de una línea de humanización para fortalecer el desarrollo de capacidades del talento humano para la reflexión en doble vía, pensar desde lo humano a quién se atiende y a sí mismo.
- Alianza con universidades e instituciones para llevar a cabo cursos de capacitación en prevención de la enfermedad y promoción de la salud para líderes comunitarios, quienes fungen como replicadores de los conocimientos.



- Construcción de un contenido temático para el entorno escolar en el marco de habilidades para la vida, teniendo como aliada principal la educación.

Principales rutas de discusión entre participantes.

Terminadas las presentaciones de cada ponente se da paso a preguntas por parte del público, las cuales fueron dirigidas a un expositor o expositora en particular.

Preguntas de los asistentes.

¿Para llevar a cabo la gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas, cómo es ese acercamiento con las instituciones o comunidades que tiene población indígena?

En el Cauca, se parte del respeto hacia el modelo de Atención Primaria en Salud y la ficha de caracterización propia para sus planes de intervención que tienen los pueblos indígenas y así determinar las acciones a realizar y se procede con una inversión desde el plan de acciones colectivas para fortalecer ese modelo.

La combinación que se hace dentro del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), para el abordaje de los diferentes cursos de vida, empieza tomando como referente lo que la población indígena ya ha desarrollado, probado durante más o menos 4 años, y con esto, se inicia con una ficha de caracterización y planes de manejo sistematizados. Por otro lado, en este sistema de salud propio se puede avanzar en el proceso de sistemas de información para que se fortalezca, y en lo que concierne al proceso de educación para la salud, todo es mediado por una constante comunicación. Existe una deuda gigantesca porque no hay recursos destinados para cubrir el 100% de los pueblos indígenas a nivel departamental.

También con la población indígena y en las instituciones educativas se tiene un proceso de concertación para poder ingresar y llevar a cabo las diversas actividades.

¿Específicamente cómo se articulan las estrategias de los entes territoriales con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), específicamente las de bajo nivel de complejidad donde da pie a la educación para la salud?

En la secretaria de salud de Medellín, dentro de las misionales que se tiene, se contempla realizar asesoría y asistencia técnica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que hay en la ciudad. El acercamiento a estas se da mediante la asesoría y la asistencia en distintos temas que desde estas entidades se haya contemplado de acuerdo con las necesidades previstas. Asimismo, se hace seguimiento del estado nutricional de niños y niñas para poder intervenir en los indicadores de morbilidad y mortalidad; también se realiza apoyo en el tema de educación para la salud.

En esta misma línea existe el enfoque étnico como uno de los campos para trabajar con población indígena en contextos de ciudad, por ejemplo, para el año 2023 se tienen grandes retos como el de llevar a cabo un proceso de sensibilización, inicialmente con sabedores y sabedoras afro y con parteras para empezar a sensibilizar a todas la EAPB. Inicialmente, se propone cómo hacer la educación para la salud, teniendo en cuenta el saber de las propias comunidades, que recoja las voces de sabedores y sabedoras tanto de indígenas como de la población afro, raizal y palenquera; en segundo lugar, convocarlas desde los asuntos de asesoría y asistencia técnica.

En el Cauca, por su parte, los prestadores primarios en este proceso son el principal ejecutor del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y la relación contractual para las acciones de educación colectiva e individual, constituye una manera de establecer dicha relación. En el departamento del Cauca existe una fractura entre lo colectivo y lo individual, porque son equipos que nunca se conversan, no se hace una planeación conjunta, y lo ideal sería que hubiese un proceso de integralidad.

¿Teniendo en cuenta los procesos administrativos que merman tiempo para la ejecución de las distintas acciones, desde la experiencia en Medellín, cómo se hace para mitigar o para potencializar las estrategias en tan poco tiempo?

En Medellín, el proyecto Medellín me cuida salud, ha logrado permanecer en el tiempo, a pesar de sus evoluciones de hace 10 años. Cuando se termina el contrato, en un lapso de un mes, tiene continuidad y es considerado uno de los programas que mayor permanencia ha tenido en la secretaría de salud. Pero como son más de 500 profesionales de distintas áreas del conocimiento, hay un reto muy grande a nivel de rotabilidad de los profesionales, porque algunos renuncian lo que hace que lleguen nuevos profesionales permanentemente a quienes es necesario capacitar.

En este proyecto se creó un equipo de evaluación que ha permitido levantar cargas laborales y disminuir la angustia de los profesionales con lo que respecta a procesos administrativos.

Se es consciente que las cargas laborales para cumplir los objetivos muchas veces no dejan espacios para la reflexión en los procesos educativos, entonces se crearon comunidades de aprendizaje, las cuales reúnen grupos de distintas áreas para ver cómo van con las intervenciones y hacer un levantamiento de las sobrecargas laborales, para ello se revisan las funciones a cargo, los tiempos de traslado, y otros aspectos que permitan pensar en la calidad de vida de los profesionales y llevar a cabo un proceso de cuidado al cuidador, porque para que se dé un real proceso, no basta con capacitar en temas de Educación para la Salud, sino en cómo se hace y se es garante de cuidar la salud del talento humano en un proyecto que cuida la salud.

Por su parte, en el Cauca, para tener intervenciones un poco más largas durante el año, lo que se hace es administrativamente en la planeación definir la forma de realizar contratación de vigencia futura, entonces se inicia compartiendo los presupuestos de ambos años, por ejemplo, el año 2022 se inició en el mes de noviembre y se programaron las intervenciones hasta octubre y eso dio la posibilidad de alargar un poco los tiempos, pero esas experiencias de vigencia futura depende de la voluntad del plan de gobierno.

## Eje temático 3: El educador y el contexto

### Conversatorio 1 : Formación del educador en educación en el campo de la salud

#### Participantes

**Hiram Arroyo** – director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

**Bibiana Castro** – Red Colombiana de Educación para la Salud y Facultad de Educación, Universidad del Cauca

**Patricia Mantilla** – directora Proinapsa, Universidad Industrial de Santander, Colombia

#### Moderación

**Colombia Hernández** – docente de la Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Relatora

**Carolina Gutiérrez** – docente de la Facultad de Medicina, Universidad del Bosque, Bogotá

#### Objetivos

Analizar la situación de la formación del educador en educación en el campo de la salud en el ámbito de la educación superior de pregrado y posgrado teniendo en cuenta las orientaciones y desarrollos curriculares, los contenidos, los profesores y los recursos para identificar los avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones para fortalecer la formación del talento humano.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para fortalecer la formación del educador en educación en el campo de la salud y su trascendencia en el ámbito de la educación superior de pregrado y posgrado.

## Descripción del conversatorio

El conversatorio siguió cinco momentos:

1. Instalación y presentación de participantes (invitados y asistentes).
2. Planteamientos iniciales en torno a los principios de la conversación.
3. Planteamientos iniciales compartidos por cada participante en torno a dos ejes de discusión.
4. Conversación en grupo ampliado a partir de ejes de discusión destacados por la moderadora.
5. Resonancias de cierre que deja la conversación, compartidas por participantes y asistentes.

El diálogo con los participantes, previas al Congreso, permitieron acordar dos ejes de conversación:

- Modalidades de formación de formadores que se vislumbran en el panorama regional.
- Experiencias de formación para facilitar ECS en territorios e instituciones y municipios.

Como ejes de discusión que emergieron durante la conversación, se destacaron:

- Predominio de propuestas de Educación en Salud (ES) y Educación para la salud (EpS).
- La pregunta por quiénes son los actores de estas propuestas (reconocimiento).
- La distinción entre propuestas adelantada por educadores y por licenciados en educación.

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.

Hiram Arroyo.

Idea central: la EpS es un enfoque potente, dinámico y pertinente que se ha ido enriqueciendo a lo largo del tiempo y ha ido incorporando muchos de los elementos que proponen otros enfoques.

Algunos argumentos planteados para sustentar esta idea central fueron:

- La transversalización de la EpS en los currículos.
- La expansión de ofertas de especialización académicas.
- El trabajo en competencias en EpS: incorporación en las rutas curriculares y en los discursos académicos que trabajan con grupos sociales específicos, a partir de sus necesidades reales.
- La valoración de la experiencia de la Universidad de Puerto Rico desde 1947-2023, donde el egresado tiene una licencia regulada por el Gobierno para ejercer la salud pública.
- El fortalecimiento de la política pública en el país y en organizaciones de diversos ámbitos.

Participante 2.

Bibiana Castro.

Idea central: la formación en el campo de la educación en salud es una necesidad apremiante y debe ser incorporada en el currículo de los programas de formación de licenciados.

Micro currículo para licenciados en el Campo de la Salud.

Una experiencia de formación académica a estudiantes de licenciatura en el campo de la educación en salud, unidad temática denominada: "Educación y salud".

Para sustentar esta idea central, la profesora destaca:

- La experiencia de formación académica con estudiantes de licenciatura que tienen mínimo conocimiento de EpS y realizan práctica educativa relacionada con la salud.
- La incorporación de unidades temáticas de EyS en el micro currículo de estos formadores.
- La afectación de las prácticas en EpS por las violencias del entorno (intrafamiliar, conflicto armado, bullying, de género, mafias de droga por México-Colombia).
- La falta de preparación del personal que realiza acciones de EpS.
- La necesidad de revisar la conceptualización de SALUD de educadores.
- La interacción horizontal de saberes que favorece la EpS.

Participante 3.

Blanca Patricia Mantilla Uribe.

Idea central: La importancia de las estrategias intersectoriales de Educación para la salud para promover y garantizar derechos en Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes.

Para sustentar esta idea central, la profesora destaca:

- La importancia del trabajo por equipos intersectoriales fortalecidos en sus capacidades.
- La pertinencia de los servicios amigables y del trabajo entre pares.
- La necesidad de configurar programas de especialización en EpS que articulen los aportes de la educación y la comunicación.
- Los aportes de los procesos de formación de formadores locales para la educación integral de la sexualidad en estudiantes de educación primaria-media y comunitaria.
- La riqueza de las metodologías que reconocen saberes y creencias de los participantes y propician el diálogo de saberes entre los mismos.
- La resistencia de los equipos docentes para abordar estas temáticas con enfoques que trasciendan la presentación y transmisión de contenidos.

Principales rutas de discusión entre participantes.

Preguntas de los asistentes con los participantes.

Rutas de discusión derivadas por los planteamientos de los participantes:

- Cuando empezar y a quienes priorizar en la EpS: desde la concepción de la vida y la educación formal.
- Como eliminar la subordinación de las disciplinas: se destaca la necesidad de advertir las relaciones de poder- saber que se ponen en juego entre disciplinas y al interior de ellas, ponerlas en discusión y propiciar mecanismos para replantearlas.
- Algunos participantes señalan la necesidad de pensar en COMPETENCIAS para una formación crítica en EpS y promover su apropiación a través del diálogo permanente con las comunidades participantes.
- La importancia de los procesos educativos que permitan revisar o replantear aprendizajes previos, así como de orientar estos procesos desde asuntos transversales y específicas.
- El valor de los grupos focales (regionales y locales), para la formación en EpS; de trabajar desde, con

y para las comunidades y de analizar el modelo pedagógico en salud (construirlo desde una visión social).

- Se reconoce necesario contar con más espacios para profundizar en el análisis comparativo entre enfoques que orienten la relación Educación-Salud. Esto implica dar continuidad a los espacios y procesos de encuentro, formación, discusión y colaboración.

Para finalizar, se propone a participantes y asistentes, definir una palabra que haya quedado resonando a partir de los asuntos tratados en el conversatorio. A continuación se presentan las palabras resonantes:



## Eje temático 3: El educador y el contexto

### Conversatorio 2: El educador y la práctica: situación, retos, dificultades

#### Participantes

**Beda Margarita Suárez** – Gerente Anas Wayuu, Empresa Promotora de Salud Indígena

**Caridad Ramírez** – Estrategia Medellín Me Cuida Salud, Secretaría de Salud de Medellín

**John Albert Cárdenas** – profesor Institución Educativa Luis Carlos Galán Sarmiento, Medellín

**Jaider Otálvaro** – docente del Departamento de Sociología, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Moderación

**Carlos Rojas** – docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Relatora

**Johanna Lobo** – docente de la Escuela de Salud Pública, Universidad de los Llanos, Colombia

#### Objetivos

Analizar las condiciones y el contexto en el cual el educador lleva a cabo sus prácticas pedagógicas de educación en el campo de la salud, así como sus resultados, teniendo en cuenta su formación, los recursos y el apoyo institucional.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para mejorar las condiciones en las que el educador realiza sus prácticas pedagógicas, para que pueda cumplir con los propósitos que se traza.

## Descripción del conversatorio

Este fue un espacio académico en el que se ampliaron los debates y discusiones sobre el educador en el campo de la salud y la práctica, en una instancia de diálogo entre ponentes y asistentes al XIII Congreso Internacional de Salud Pública.

Los objetivos fueron:

- i. Analizar las condiciones y el contexto en el que el educador lleva a cabo sus prácticas pedagógicas de educación en el campo de la salud, así como sus resultados, teniendo en cuenta su formación, los recursos y el apoyo institucional.
- ii. Con el análisis realizado, proponer alternativas para mejorar las condiciones en las que el educador realiza sus prácticas pedagógicas para que pueda cumplir con los propósitos que se traza.

Para lo anterior, se dinamizó el diálogo en torno a los siguientes ejes de discusión:

- ¿Cuáles son los retos que enfrenta el educador para la salud, considerando las condiciones del contexto social y cultural desde las que realiza su práctica?
- ¿Cuáles considera usted que deben ser los referentes teóricos y políticos de los sistemas de salud que permitan el logro de la función esencial de la Salud Pública en el campo de la educación?

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.

Beda Margarita Suárez.

En Colombia, el educador en el campo de la salud afronta retos derivados de la complejidad del sistema de seguridad social en salud, las características culturales ampliamente diferenciadas por regiones, la movilidad poblacional en territorios, dificultades para dar respuesta coordinada, multisectorial e integrada a las enfermedades emergentes y reemergentes.

Para educar en el campo de la salud desde el enfoque étnico, el educador debe apropiarse de la realidad de las comunidades y la oferta interinstitucional, amoldando sus habilidades para armonizar las diferencias culturales, de modo que el conocimiento y las prácticas de los diferentes actores produzca procesos que impacten de manera positiva la salud.

Para lo anterior, es imprescindible que desde el Estado se disminuya el asistencialismo y que la educación en el campo de la salud sea una posibilidad para que cada persona identifique, pero también manifieste, su responsabilidad frente a la propia salud desde el autocuidado.

Teóricamente, es relevante el diálogo de saberes, para permitir que en la práctica existan escenarios en los que se concerte cómo priorizar la dignidad de las personas.

En estos términos, el sistema de salud debe transformarse para permitir la complementariedad del quehacer de profesionales y actores comunitarios con saberes legítimos ante las comunidades, respetando la idoneidad de cada uno.



Participante 2.  
Caridad Ramírez.

Un reto de alto impacto que enfrenta el educador en el campo de la salud es la expectativa de la comunidad por adquirir habilidades blandas y valores necesarios para tener comportamientos saludables.

Pese a que estos deben instaurarse en el núcleo familiar, las características de nuestra sociedad evidencian amplias falencias que se convierten en una oportunidad para que los educadores sean acompañantes en la toma de decisiones en pro de la autonomía para decidir sobre actuaciones que procuren la salud.

Al respecto de los referentes de política pública, se hace necesario que se dignifique la relación laboral de los educadores desde el sistema de salud.

La continuidad y legitimidad de los procesos de educación en el campo de la salud se afectan por la forma en que el sistema de salud permite contratación inestable de los educadores, al ser esta por vigencias cortas -cuatro meses-, en períodos intermitentes del año, sin priorización de la experiencia y cualificación actualizada en labores educativas para selección del talento humano.

Esto último tiene un alto impacto porque, si bien, por una parte, el Estado a través de los entes territoriales avanza en amplios esfuerzos para capacitar a los contratistas, la falta de permanencia de los educadores en los procesos, ocasiona que el conocimiento adquirido no circule en el acompañamiento a las comunidades.

Participante 3.  
John Albert Cárdenas Cuadros.

Específicamente en la práctica de educación sobre salud sexual, el mayor reto de los educadores es comprender que este es un asunto que involucra a los diferentes actores de la comunidad académica y, en consecuencia, no se relaciona con los contenidos de una asignatura única o específica.

Para superar estas circunstancias, es necesario ampliar la concepción de la educación sobre salud sexual como una condición humana, ética y responsable, lo cual es viable desde el trabajo colectivo en el que se construyan discursos que respeten la diversidad sexual, cultural y social para minimizar tabúes. Así, los escenarios no deben ser exclusivos de la escuela, cualquier territorio debe ser un espacio posible para que todos y todas puedan tener voz en relación con la educación sexual.

Principales rutas de discusión entre participantes.

- El educador -licenciado- no se reconoce como profesional competente para educar en el campo de la salud.
- Los profesionales con formación en disciplinas de la salud consideran insuficientes sus habilidades para educar.
- Es necesaria la construcción conjunta de rutas de atención derivadas de la intersectorialidad, que

- sean coherentes con las realidades culturales y territoriales del país, con talento humano formado no solamente para resolver, también para acompañar en la cotidianidad donde se desarrolla la vida.
- El contexto del sistema de salud es muy reglamentado y genera barreras estructurales que, muchas veces, superan las intenciones de los profesionales en relación a generar educación para la salud.

Preguntas de los asistentes.

Pregunta 1. Cuando llegan educadores novatos a los procesos en los que ustedes desarrollan labores, ¿Qué experiencias han evidenciado que denote en ellos la resistencia en desempeñarse como educadores en el campo de la salud?

Una resistencia continua se relaciona con no querer ser catalogado como educador. En su quehacer, el profesional con formación en el área de la salud se desempeña de modo diferente si se percibe como educador o no. En la primera faceta es irrelevante el impacto del lenguaje técnico biomédico y el reconocimiento de las particularidades del contexto. Al asumirse como educador, toma relevancia lo anterior y, además, se considera que es necesario educar de una forma amigable para contribuir, entre otras, a una mejor comprensión de las posibilidades de acceso al sistema de salud, desde el enfoque diferencial, por ejemplo.

Los educadores que se autorreconocen como tal en el campo de la salud, todos los días viven experiencias memorables y, mucha de ellas, retadoras; por ejemplo, cuando las personas no quieren acceder a los procesos educativos, cuando se indisponen ante la secuencia de actividades a los que se les convoca, incluso, si son intradomiciliarias. Ante estas circunstancias, prima la cordialidad del educador como una habilidad para afrontar el rechazo y su reflexión sobre la pérdida de la inversión del Estado, que lo lleve a generar estrategias de atención en los ámbitos de vida cotidiana. La frustración ante estas circunstancias genera resistencia para considerar que ser educador para la salud es una labor digna y reconocida socialmente.

En el ámbito de la escuela, los educadores en general, cuando se les solicita realizar educación en el campo de la salud, expresan “no me pongan eso, yo no estoy contratado para esas tareas”. Sin embargo, los educadores son garantes de derechos, gusten o no de sus responsabilidades. Es necesario que los maestros voluntariamente identifiquen estrategias desde su saber fundante -la pedagogía- para educar en el campo de la salud con intención y actitud proactiva, en diálogo de saberes con otros profesionales y la comunidad, que en suma debe producir un desarrollo laboral satisfactorio desde el disfrute de hacerlo.

## Eje temático 4: Intersectorialidad e interseccionalidad

### Conversatorio 1: Interseccionalidad

#### Participantes

**Yenifer Hinestroza** – docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

**Alba Rojas** – docente Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, Medellín

**María Isabel Ramírez** – coordinadora de Bienestar, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Moderación

**Diego Lucumí** - coordinador de la Red Colombiana de Educación para la Salud y director de investigaciones de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes, Bogotá

#### Relatora

**Nancy Gallo** – docente Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Objetivos

Analizar el desarrollo e implementación de la perspectiva interseccional en las políticas y programas de educación en el campo de la salud, así como en la formación del talento humano, para identificar sus avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para fortalecer el desarrollo, alcance y proyecciones de la perspectiva interseccional en las políticas y programas en educación en el campo de la salud, como también en la formación del talento humano.

## Descripción del conversatorio

Realizar conexiones entre la educación para la salud y la interseccionalidad.  
Realizar conexiones entre las teorías del campo de Bordieu con la interseccionalidad.  
Se plantean los desafíos de la interseccionalidad en la práctica de educación para la salud.  
Se presenta el pregrado en pedagogía de la madre tierra y del pregrado en pedagogía y paz, el buen vivir y salud colectiva.

Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.

Yenifer Hinestroza Cuesta.

La conferencia se dividió en tres secciones:

1. Antecedentes de la perspectiva interseccional
2. Categorías diferenciales, conceptos.
3. Las teorías e implicaciones en la práctica educativa.

Para el punto uno se expresan que existieron lecturas críticas que les llevaron desde el colectivo de educación para la salud a pensar estos asuntos de la interseccionalidad, luego el análisis de desigualdades y contextos de injusticia social, los llevaron a pensar que era necesario trabajar el enfoque en la FNSP-UdeA y por último las injusticias cognitivas.

En el análisis de este enfoque, se interceptan violencias que tienen que ver con categorías sociales como edad, discapacidad y etnia y categorías diferenciales subjetivas como son: territorio, idioma y educación.

Posteriormente, se presenta una matriz de opresión en la cual en el norte se encuentran los privilegios existenciales que tiene algunas personas y en el sur de la imagen las opresiones y las resistencias.

Posteriormente, se presentan algunas definiciones sobre todo la expositora, se para en Viveros M para describir qué es el enfoque y posterior muestra la expositora como toda la discusión se aplica al campo de la salud y muestra unas posibles matrices de opresión en salud.

Finalmente, se trabaja la interseccionalidad también comprendiéndola desde per Bourdieu P y finaliza con algunos de los desafíos en el campo específico de la salud.

Participante 2.

María Isabel Ramírez.

Pregrado en Pedagogía en ruralidad y paz: Es un Programa inter y transdisciplinario de Pregrado con un alto componente de innovación social, orientado a pobladoras y pobladores de comunidades rurales, en especial, de zonas que han sido afectadas por el conflicto armado en el país.

“El poblador o pobladora rural alcanza su razón de ser y su dignidad en la posibilidad concreta y efectiva de realizarse como tal, habitando su territorio, decidiendo sobre sus propios proyectos de vida, utilizando sus recursos, y relacionándose activamente con los otros seres humanos y la naturaleza.” (FIAN Colombia, 2015: 9).

La población campesina y su papel en el fortalecimiento de la salud.

Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales tienen derecho a una formación adecuada que esté adaptada al entorno agroecológico, sociocultural y económico en que se encuentren (Declaración sobre Derechos Humanos de Campesinos y otros Trabajadores Rurales, ONU 2018, Artículo 25).

Reconocer al campesinado colombiano como sujeto de derechos integrales y sujeto de especial protección constitucional (Procuraduría General de la Nación, Directiva N.º 007 del 11 de junio de 2019).

Participante 3.

Alba Lucia Rojas Pimienta.

Presentación del pregrado en pedagogía de la madre tierra: Propósito en la formación.

Formar maestras y maestros con un alto compromiso cultural, ético y político, con capacidad de realizar procesos educativos, pedagógicos e investigativos desde los territorios y construir propuestas que fortalezcan los planes de vida, proyectos comunitarios y propuestas de educación en diálogo de saberes entre lo ancestral y lo intercultural.

Tres ciclos de formación.

Se espera que los estudiantes avancen en la construcción de lugar desde la resignificación y el fortalecimiento de su identidad subjetiva, política, comunitaria y cultural; reconozcan de manera crítica interferencias y desequilibrios en la historia, la influencia colonial en los saberes, las prácticas y las espiritualidades de las comunidades, así como las luchas de resistencia en el campo económico, político, cultural y educativo de diversas comunidades.

Se espera que posibilite la construcción de caminos para la sanación de los seres humanos con la madre tierra a través de procesos educativos.

Tres énfasis para la profundización: Lenguajes e Interculturalidad, Salud Comunitaria Intercultural, Ordenamiento y Autonomía Territorial.

En estos dos años los estudiantes deberán profundizar en herramientas conceptuales, metodológicas y pedagógicas en diálogo intercultural, y desarrollar propuestas pedagógicas y de investigación que den cuenta del proceso avanzado de formación como pedagogas y pedagogos de la Madre Tierra.

Principales rutas de discusión entre participantes.

Cómo se lleva a la práctica la intervención sobre las matrices de opresión, fue la pregunta inaugural del conversatorio.

Además de ello, se plantea que en la práctica es muy difícil ser coherentes con las teorías y las prácticas de la interseccionalidad.

Se expresa que el Manual sobre abordaje de la educación para la salud desde un enfoque interseccional para el Ministerio de Salud y Protección Social, construido por la Facultad Nacional de Salud Pública para trabajar interculturalidad en salud, es un horizonte que puede marcar la diferencia en la intervención con poblaciones en Colombia.

Es importante que los enfoques de la interseccionalidad no sean un tema de moda o un paraguas en que se mete todo y todo le cabe en tanto teorías, enfoques y prácticas.

Otro eje de discusión estuvo centrado en discusiones sobre ¿dónde están los desafíos mayores para el trabajo de la interseccionalidad en salud?, es importante trabajar con el talento humano en salud este tipo de perspectivas interseccionales.

Se encuentran desafíos en los territorios, dado que hay verdades en los territorios que son naturalizadas y crean violencias.

Se expresó la necesidad de continuar autoformándonos y “mutuo formándonos”, además pedagogizar sobre la ley anti discriminación.

Es muy difícil despojarse del saber personal para construir con los otros.

Es importante generar nuevas formas de hacer las cosas, abrir nuevas grietas de conocimiento y debemos desromantizar el diálogo de saberes, por lo que hay que hacer son negociaciones culturales.

Preguntas de los asistentes:

¿Cómo se lleva a la práctica la intervención sobre las matrices de opresión?

¿Cuáles son los enfoques de la interseccionalidad?

¿Dónde están los desafíos mayores para el trabajo de la interseccionalidad en salud?,

¿Cuáles son los desafíos que se encuentran en los territorios para implementar la interseccionalidad de enfoque?

Las respuestas a estas preguntas son las que se presentan en las rutas de discusión.

## Eje temático 4: Intersectorialidad e interseccionalidad

### Conversatorio 2: La educación sexual como caso para el análisis de la articulación intersectorial

#### Participantes

**Pablo Rodríguez** - Grupo de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, Ministerio de Salud y la Protección Social, Colombia

**Olga Zárate** - Coordinadora Programas Transversales y Formación para la ciudadanía, Ministerio de Educación Nacional, Colombia

**Paola C. Montenegro** – Coordinadora de Investigaciones, Profamilia, Bogotá

#### Moderación

**Carlos Pacheco** – Departamento de Sociología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

#### Relatora

**Carolina Betancur** – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín

#### Objetivos

Analizar, desde una perspectiva intersectorial, la formulación, implementación y evaluación de las políticas y programas en educación sexual para identificar sus alcances, avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones.

Con el análisis realizado se proponen alternativas para fortalecer el alcance y las proyecciones de las políticas y programas en educación sexual, en el marco de una propuesta intersectorial.

## Descripción del conversatorio

El conversatorio tuvo como objetivo “Analizar, desde una perspectiva intersectorial, la formulación, implementación y evaluación de las políticas, y programas en educación sexual para identificar sus alcances, avances, logros, retos, proyecciones, dificultades y limitaciones”. Éste tuvo tres momentos diferentes, el primero centrado en la reflexión de los/as participantes sobre los retos actuales que enfrenta la educación sexual en el marco de la Educación para la Salud. El segundo momento, estuvo centrado en informar las estrategias que se han implementado o se implementan para hacer frente a los retos mencionados desde cada sector y de manera intersectorial. Un tercer y último momento que estuvo centrado en la participación de los asistentes y su interacción con los/as invitados/as del conversatorio. Las preguntas dinamizadoras estuvieron centradas en 2 ejes principales:

1. Retos actuales en la implementación de las políticas públicas en sexualidad desde lo público y privado, en el componente de educación para la salud.
2. Estrategias intersectoriales actuales, para el logro de la educación sexual integral y la salud sexual, y salud reproductiva integral.

Para cada institución, se realizaron preguntas específicas y dirigidas según el campo de acción de la misma institución:

- Ministerio de educación (MEN):
  - o ¿Cuáles son los retos actuales del Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en el campo de la educación para la salud?
  - o ¿Cuáles son los mecanismos y estrategias intersectoriales que se proponen desde el Ministerio de Educación, para el logro de la educación integral de la sexualidad? Específicamente, en el campo de educación para la salud ¿Cuáles son los mecanismos y estrategias intersectoriales que propone Ministerio de Educación?
- Ministerio de salud:
  - o ¿Cuáles son los retos actuales de la Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en el campo de la educación para la salud?
  - o ¿Cuáles son los mecanismos y estrategias intersectoriales que se proponen desde Ministerio de Salud y Protección Social, para el logro de la salud sexual y reproductiva? Específicamente, en el campo de educación para la salud ¿Cuáles son los mecanismos y estrategias intersectoriales?
- Profamilia:
  - o ¿Cuáles son los retos actuales de Profamilia, desde la investigación y la intervención en educación integral de la sexualidad, en el campo de educación para la salud?
  - o Desde la experiencia de Profamilia ¿Qué mecanismos y estrategias intersectoriales pueden ser útiles, para garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos a través de la educación integral de la sexualidad? Específicamente, en el campo de la educación para la salud ¿Qué mecanismos y estrategias intersectoriales serían útiles?

Con en el análisis realizado se buscó, proponer alternativas para fortalecer el alcance y las proyecciones de las políticas y programas en educación sexual, en el marco de una propuesta intersectorial.



Ideas centrales y argumentos de cada participante.

Participante 1.  
Olga Zárate.

El programa de Educación para la Sexualidad y construcción de Ciudadanía (PESCC) implementado desde el año 2008, no solo se instauró en la política pública, sino que permitió tener gran variedad de proyectos pedagógicos en el país. Esto permitió que, en el terreno de lo práctico, las instituciones realizaran muchas prácticas de características muy diversas y en muchas ocasiones, estas no eran realizadas desde los lineamientos propuestos y mucho menos desde lo construido técnicamente de manera sólida.

El “Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en el campo de la educación para la salud” tiene el gran reto de ser implementada como política pública, especialmente, porque desde el MEN se distinguen las siguientes dificultades:

- Hay escasa formación de maestros/as del país (todo aquel que promueve la política).
- Los maestros/as tienen prejuicios frente a la sexualidad, por lo que se reduce solo a un tema reproductivo con objetivos de solo prevenir los embarazos en la adolescencia o impactar en la transmisión de enfermedades (contagio), entre otros. No obstante, prácticas enfocadas al desarrollo pleno de la ciudadanía se encuentran omitidas a pesar de que el PESCC, planteó la salud sexual desde un ámbito de la ciudadanía.
- Existe una gran dificultad de carácter intergeneracional, especialmente, por los estereotipos en torno a la sexualidad y al género que persisten en ciertas poblaciones, como las más adultas.
- La política pública en sexualidad y derechos sexuales (DDSS), y derechos reproductivos (DDRR) no ha sido comprendida por toda la población, en especial por las familias y por las comunidades.

Desde estas consideraciones se plantean, las siguientes estrategias por parte del MEN:

- Educación CRESE (Educación ciudadana, para la reconciliación y socioemocional): Tiene como intensión la formación en la integralidad, trascendiendo la educación basada en la transmisión de contenidos hacia la educación, basada en formación en competencias. Además, en el marco el gobierno actual, la Educación CRESE (Ciudadanía, resiliencia, reconciliación, socioemocional), agrega dos principios más: ser antirracista y para la acción climática. En este sentido, la sexualidad se enmarca desde el principio de la ciudadanía y, por tanto, la educación CRESE se convierte en una estrategia, para dar respuesta a los retos planteados.
- Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo, la educación para la sexualidad debe estar relacionada con los enfoques de competencias y Derechos Humanos (DD. HH.), DDSS, DDRR, interseccional, de género en el marco de la diversidad plena y justicia restaurativa. Además, su práctica debe partir desde los siguientes ejes de acción (ejes de acción a partir de lecturas de contexto, que permita la práctica y la juntanza):
  - o La educación para la ciudadanía (participación, democracia)
  - o Educación ambiental y para la acción climática
  - o Paz y amor y reconciliación
  - o Participación democrática
  - o Derechos humanos sexuales y derechos reproductivos
  - o Antirracismo
- Finalmente, es importante realizar ruptura de los estereotipos que existen sobre la sexualidad y sobre el género.

Participante 2.  
Pablo Rodríguez.

El principal reto de “La Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en el campo de la educación para la salud” es “Lograr que el ejercicio de los DDSS y los DDDR se vuelvan cotidianos”. Y ante esto, la principal estrategia está, en posibilitar desde las diferentes instituciones el diálogo de saberes.

Para poder lograr este reto es importante, reconocer que la Política de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos ha tenido grandes cambios a lo largo de los últimos 20 años. Es decir, en el 2003 emerge una política de salud sexual y reproductiva, en el marco de la salud pública, cuyos intereses principales se encontraban en impactar en situación como los embarazos en los adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción y la salud materna. A partir de estas condiciones se plantean, unas líneas y orientaciones específicas de acción para el sector salud, pero también, desde otros sectores (enfoque intersectorial); pues se comprende, que para el logro de estos derechos se requiere un trabajo que supera a la institución/ sector salud.

Posteriormente, se complementa con la adopción del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) y se materializa a través del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP); con el cual se logra, observar un cambio conceptual sobre esta política, puesto que una de sus dimensiones prioritarias con relación a la sexualidad, son los DDSS y DDDR. Esto implicó, un cambio de paradigma, pues abarcó no solo la mirada biológica de la sexualidad, sino también, lo afectivo, lo emocional, lo comunicacional, lo relacional... pero más importante fue, la enunciación de la sexualidad dentro del marco de los derechos y desde una concepción amplia de la misma.

Es así, como la política nacional de sexualidad, DDSS y DDDR del 2013 (proyectada hasta el 2021), diferencia esto muy bien, pues no solo complementa la sexualidad desde un ámbito reproductivo, sino que también, implementa los enfoques de género, DD. HH., el enfoque diferencial y poblacional, y pobremente el intercultural. Así mismo, este cambio de paradigma supera el enfoque de riesgo y se propone dentro del marco del desarrollo integral de las personas con base en el ejercicio de los DDSS y los DDDR. Lo anterior, implica la articulación intersectorial con asignación de tareas a ciertos sectores (cultura, justicia, educación, salud...) y reconoce a los agentes en salud como actores importantes en la posibilidad de acceso a los DDSS y DDDR.

De manera que, esta política planteó unos retos de carácter operativo, especialmente para su aplicación, pues la forma en la que está escrita, la hace ver como una herramienta y unos lineamientos de acciones de política pública que se complementan, pero que parecieran no integrarse. No obstante, la política de Atención Integral en Salud del 2016, que profundiza el enfoque de APS con las rutas de atención integral en salud (RIAS) y que permite aterrizar estas políticas de Sexualidad y DDSS y DDDR, dentro del marco de Educación para la Salud (EPS), le da protagonismo a todos los actores del sistema, a su vez, que los obliga a cumplir los lineamientos. Desde esta perspectiva, la EPS en Salud sexual y Salud reproductiva toma un lugar importante, en tanto se convierte en oportunidad para lograr los DDSS y los DDDR. En este sentido, toman importancia la realización de actividades de formación continua para las personas del área de la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconocen como retos:

- El enfoque de curso de vida: de los enfoques que ha tenido mayor dificultad o se ha convertido en un reto, para la aplicación de dichas políticas, es el enfoque del curso de vida. Este, reconoce la existencia de unos momentos específicos a lo largo de la vida que comprenden no solo necesidades específicas, sino, que los efectos que se viven a lo largo de la vida son acumulativos.
- La interculturalidad: se parte del hecho de habitar un país muy diverso en culturas y ante esto, poder poner la discusión dentro de las comunidades.
- Actualizar la política de sexualidad, DDSS y DDDR dentro del nuevo PND.

Sin embargo, la principal estrategia propuesta es entablar un diálogo de saberes entre diferentes instituciones, como el ministerio de educación, entre otras.

Participante 3.

Paola Montenegro.

Profamilia tiene servicios de salud enfocados en salud sexual y salud reproductiva, servicios educativos que acompañan a instituciones públicas y privadas, y realiza investigación con el objetivo de aportar a la conformación de las políticas públicas.

Desde este marco de acción, Profamilia entiende la sexualidad como todo aquello que responde a la pregunta ¿quién soy yo? de manera que, la trabaja como un aspecto de identidad personal que hace referencia no solo al sexo, sino también a la orientación sexual y a la identidad de género. Es así, como la educación integral para la sexualidad es comprendida como un proceso educativo intencionado, fundamentado en los DD. HH. y la integralidad (relaciones, anatomía, derechos, emociones...) y el cual, es respaldado desde la evidencia que permite el empoderamiento, la agencia y la toma de decisiones informadas sobre la sexualidad.

Dentro de este amplio marco conceptual, se identifican los siguientes retos:

- Información amplia y formación sobre DDSS y DDDR, en todo el territorio colombiano.
- Existe una necesidad de actualización de la caracterización demográfica del país, ya que este es el principal instrumento que permite trazar la (s) ruta (s) para las acciones de Profamilia.
- Desconocimiento sobre la educación integral para la sexualidad.
- Las “falsas creencias sobre la sexualidad” en especial, cuando ésta solo se significa desde la genitalidad y desde el tabú, por lo que termina, siendo un tema que se calla o que se restringe a una fase o momento evolutivo de la vida (por ejemplo, la pubertad).

Como estrategias ante estos retos, desde Profamilia se proponen las siguientes:

- Profamilia EDUCA: línea de acción que lleva la educación integral para la sexualidad a instituciones, organizaciones privadas, niños/as adolescentes y adultos, mediante una plataforma de gestión de conocimiento.
- Proyectos sociales como VALIENTE, llega a 8 municipios de Colombia, financiado por la embajada de Canadá con educación integral para la sexualidad. Está diseñado para ser implementado a partir de los 5 años de edad y los/as acompaña por 5 años, a través de múltiples estrategias que tienen como objetivos la formulación de proyectos de vida, generar agencia y dar ruta de vida. Además, este proyecto tiene mediciones para generar evidencia y poder ser replicados.

Principales rutas de discusión entre participantes.

Lo anterior, permitió conocer un panorama de dos instituciones públicas y una privada, que colaboran con el estado, que trabajan sobre políticas y programas en educación sexual. Ante esto, ¿Cuáles son los puntos de encuentro para el diálogo institucional? Así mismo, en el marco de las políticas públicas, principalmente las de carácter contemporáneo y de las condiciones sociales actuales, en especial con los movimientos sociales en el país y en el mundo, por ejemplo, feministas, los movimientos de personas trans y de personas gay... que intentan transformar, pero también, aquellos movimientos conservadores que han intentado mantener el orden ¿Cómo conversan las instituciones con estos movimientos o estas situaciones particulares? Finalmente, la educación integral para la sexualidad en el contexto de una tendencia demográfica, hacia el envejecimiento ¿Cómo se está pensando la educación integral en sexualidad para la vejez?

Participante 1.  
Olga Zárate.

Es importante, reconocer el CONPES de juventud, que surge hace dos años bajo un estallido social que tuvo gran fuerza en el país, posibilitó la realización de una mesa intersectorial entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud y Protección Social, en torno a la formulación de políticas públicas para las juventudes. En el 2023 se creó el sistema nacional de convivencia escolar (escolar, nacional y territorial) que contó, con 17 estrategias legislativas para prevención del matoneo y para trascender la mirada reduccionista de la sexualidad, con enfoque de riesgo (prevención de embarazo, infecciones de transmisión sexual, etc.) hacia una mirada que la comprenda desde el ejercicio de ciudadanía; que posibilite acciones intersectoriales que propendan por formar en construcción de ciudadanía, DDSS y DDDR, y que sean realizadas desde las diferentes organizaciones, cooperativas, instituciones, entre otros. Este año se firmó un plan a tres años, que será realizado en conjunto por ambos ministerios con liderazgo de la comisión intersectorial, que procura una estrategia nacional en el marco de la formación para la ciudadanía, con énfasis en la educación para la sexualidad. Esto implica, no solo, trabajar intersectorialmente, sino también, con los jóvenes, con las familias, pero también, con las instituciones, en este caso, por ejemplo, las de educación superior con temas como el lenguaje inclusivo y no sexista. Además, el trabajo también implica entablar un diálogo con aquellos sectores o instituciones que no comparten la misma visión y concepto sobre la sexualidad, lo cual, requiere de un ejercicio real de ciudadanía a su vez que es un gran reto.

Participante  
Pablo Rodríguez.

2.

Se debe resaltar que el CONPES 147 de 2012 o CONPES social es un hito en Colombia, pues puso a conversar lo intersectorial para así visibilizar resultados reales y tangibles en las encuestas de demografía y demás estudios, sobre todo su impacto en las cifras de embarazo en la adolescencia. Así mismo, en el 2010, la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción de los DDSS y los DDDR, permitió articular las políticas públicas en el territorio a partir de las complejidades de contexto. No obstante, todas estas estrategias dependen en gran medida de la infraestructura, con la cual, cuenta cada territorio para poder ser implementadas.

Sumado a lo anterior, el CONPES de juventud, es una buena muestra de cómo las grandes propuestas se dan, gracias a movimientos sociales que permiten grandes avances, por ejemplo, la despenalización del aborto.

Participante 3.  
Paola Montenegro.

Desde Profamilia existe una iniciativa del trabajo intersectorial y de articulación con otras propuestas, que se interesen en multiplicar lo relacionado respecto a la SS, SR, DDSS y DDDR. En primer lugar, Profamilia está articulada con las Mesas de Infancia y Adolescencia del país, así como, con las mesas de estadísticas vitales. Desde estas articulaciones, se trabaja desde la Línea de Incidencia de Profamilia, la cual, tiene como principal objetivo sostener los trayectos ganados en materias de DDSS y DDDR en el país y por tal motivo, trabaja con los movimientos sociales desde un marco práctico, aún cuando se encuentren por fuera del activismo mismo de los movimientos.

Sumado a lo anterior, también se encuentra la Red Joven, la cual, tiene un papel nacional en la divulgación sobre DDSS y DDDR, para propender por la SS y la SR. Ésta, tiene una particularidad y es que está diseñada “por jóvenes, jóvenes, para jóvenes”. Además, Profamilia tiene una plataforma en red, donde se materializa la posibilidad de capacitar y formar en educación sexual con temas como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), diversidades sexuales (población LGTBIQ+), violencias basadas en género (VBG), etc. Adicional se está realizando, proyecto de educación integral para la sexualidad centrado en la vejez; pues erróneamente se ha pensado que en la vejez se pierde la sexualidad (“se vuelven asexuales”) y hay una relación de la falta de educación sexual, que ha recibido esta población a lo largo de la vida. De manera que es importante, integrar en el PESCO, esta población y sus acciones deben también ser dirigidas a ella. Es así, que Profamilia ha avanzado en abordar la sexualidad desde los temas reproductivos como la fecundación y se encuentra, en el camino de la sexualidad, como un aspecto amplio, donde aparecen temas como el placer que toman importancia en la educación integral para la sexualidad.

Preguntas de los asistentes

Preguntas del público:

1. El año pasado se formuló el nuevo PDSP, no obstante, todo lo relacionado a la SS y la SR desapareció. ¿Qué pasó?
2. Los/as educadores/as de instituciones educativas básicas educan en sexualidad tanto de manera intencionada como no intencionada; a esto se suma que existen muchas dificultades para implementar la educación sexual, entre ellas, falta de herramientas para afrontar los proyectos de Educación sexual, afronta situaciones de VBG, etc. Además, se encuentran con grandes situaciones de oposición por parte de las comunidades ¿Cuáles son los acompañamientos que proporciona el MEN para estos/as educadores/as?
3. En el contexto del conflicto armado por el que pasa Colombia, las VBG, en especial el abuso sexual, es un asunto de interés no solo en el ámbito de la salud sexual, sino también de la salud mental ¿Cómo unir la salud mental con la salud sexual?
4. Desde un concepto amplio de violencia, el cáncer de cuello uterino y el cáncer anal, que tienen mayor incidencia en las mujeres y en población LGTBIQ+ respectivamente, existe una gran dificultad en la

- accesibilidad a los servicios de salud ¿Cómo integrar los niveles de atención para disminuir el ejercicio de estas violencias, en especial las ejercidas por el mismo sistema de salud?
5. Al aterrizar las políticas públicas de sexualidad, DDSS y DDDR al territorio, en especial en contextos cuya cultura no comparte la misma cosmovisión occidental, es necesario que estas políticas, sean consultadas con los/as mayores y con la misma comunidad. Esto obedece a que las culturas indígenas del territorio colombiano, tienen una cosmovisión de la sexualidad relacionada con el cuidado del cuerpo en relación con el cuidado de su territorio; es decir, la espiritualidad, compartir con otros seres – animales y naturaleza- e intersectorialidad (tanto propias como del estado) además, de comprender la autoridad desde el concepto familia- comunidad- cabildo. Lo anterior, plantea una dificultad para implementar estas propuestas o políticas públicas que son diseñadas para la ciudad y no aterrizadas a la (s) comunidad (des), reconociendo además que hay diversidad de pueblos en la misma comunidad. Entonces, ¿Cómo realzar la articulación y el ejercicio de diálogo desde las instituciones públicas para la implementación de estas políticas públicas? ¿Se tienen en cuenta todas las condiciones estructurales (geográficas, climáticas, sociopolítico-económicas- culturales) en las cuales, se encuentran estas comunidades?


Algunas reflexiones de los participantes sobre los temas puestos a consideración por los asistentes:

- El PDSP 2022-2031, coincidió con cambio de gobierno, lo cual, implicó que la SS y la SR, desde la sexualidad misma pasara de ser una dimensión prioritaria a ser un eje transversal que permita la operatividad del plan decenal previo. No obstante, este nuevo PDSP está trabajando para que la sexualidad sea presentada de manera más explícita.
- Desde los participantes es claro, que la política pública ya se encuentra escrita, diseñada; sin embargo, los mecanismos por los cuales, deben implementarse todavía no están claros, en especial, todo lo que se refiere al trabajo integral con personas y comunidades.
- La política nacional de sexualidad, DDSS y DDDR, además de tener un concepto amplio de la sexualidad, incluye contenidos como el placer como un derecho, la identidad y la salud mental, entre otros. Esto implica, que al momento de abordar una persona, población o comunidad, todas estas sean tenidas en cuenta, de manera que, las personas que han sido víctimas de VBG, tengan una atención integral garantizada por la participación intersectorial.
- En el momento, el MEN está trabajando con las instituciones de educación superior, para articularse con ellas y poder construir e implementar de las políticas públicas en sexualidad, en especial, aquellas que propendan por sujetos/as formados en educación sexual integral.
- Las políticas públicas ya están diseñadas en cuanto al trabajo intersectorial, con canales de comunicación relevantes, abiertos y permanentes, no obstante, existe poca o nula difusión de las estrategias.
- Las personas que trabajan con derechos humanos son estigmatizadas en la sociedad, en especial, aquellos que trabajan en el campo de la sexualidad. Esto implica formar y acompañar a los maestros/as en el país, implementar herramientas pedagógicas del PESCC, así mismo, como realizar un trabajo colaborativo con otras instituciones que ya hayan realizado una construcción de herramientas pedagógicas y/o didácticas, o proyectos educativos con evidencia, entre otros.
- Es necesario, darle fuerza a la apropiación social del conocimiento y a la divulgación científica de los resultados de investigaciones, realizadas por diferentes instituciones y organizaciones. En especial, estos resultados deben ser divulgados en las diferentes secretarías, como lo son, las secretarías de educación y de salud y como caso particular, en Medellín, la secretaria de género. Así mismo, articular desde la intersectorialidad otras esferas que propendan por una buena SS y SR, como por ejemplo, el

- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio del Deporte, Ministerio de Cultura, etc.
- El discurso centrado en el empoderamiento y agencia en relación con el cuerpo y la sexualidad es muy fuerte y permite, alivianar las oposiciones que hay frente a la sexualidad. Desde la línea Profamilia EDUCA y desde el proyecto VALIENTE se pretende, acompañar a los educadores/as, instituciones, padres, madres, comunidad... en los procesos de educación que tienen como finalidad el empoderamiento y la prevención de VBG. Sumado a lo anterior, actualmente Profamilia tiene 53 clínicas, en las cuales, se atiende población vulnerable, en especial aquellos, que no están afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y con énfasis en atención relacionada a infecciones por Virus de la inmunodeficiencia (VIH) y por el Virus del papiloma humano (VPH), IVE, anticoncepción, etc. Es importante, aclarar que estas iniciativas, tienen un apoyo especialmente por organismos internacionales. También, desde Profamilia se propende por tener un alcance a todas las comunidades, siempre respetando las diferentes cosmovisiones (en especial frente al IVE, la anticoncepción, entre otros) y centrado en la salud mental y la SS y la SR.
- Teniendo en cuenta, las políticas nacionales actuales referentes a la sexualidad, DDSS y DDDR es importante, darles fuerza a todas aquellas intervenciones de carácter colectivo, más aún cuando el marco político actual se encuentra en procesos de múltiples reformas. Así mismo, es necesario cualificar y generar talento humano para lograr la SS y la SR que se quiere lograr en el país.
- Es importante, reconocer que en la actualidad y como un hito social en el país, el acercamiento del MEN con las comunidades indígenas, a través de las mesas de trabajo que trabajan desde la intersectorialidad. Así mismo, existe un equipo de trabajo étnico conformado por personas que son pertenecientes a estas comunidades, lo cual, garantiza que desde el gobierno central se empiece a aplicar el enfoque diferencial y se visibilice la intersectorialidad. Uno de los temas particulares en las comunidades indígenas, es la alta tasa de suicidios por parte de los/as niños/as pertenecientes a estas comunidades en relación o como respuesta a sus experiencias en VBG. Esto implica, no solo una mirada diversa, sino también, un análisis de las situaciones diferenciales desde la interculturalidad y por tanto es necesario, la conformación de mesas de trabajo y grupos de trabajo desde la misma comunidad. Así mismo, los mecanismos y estrategias deben ser definidos según los contextos territoriales con el mismo enfoque diferencial.

#### Conclusiones:

1. La educación sexual en Colombia ha tenido grandes avances en materia de lo político y de lo práctico, no obstante, existen vacíos que implican dar continuidad del camino recorrido.
2. Es necesario, integrar en el proceso de construcción de la educación sexual a todas las personas que habitan el territorio, de manera contextualizada, activa de las mismas comunidades.
3. En la modernidad, ya no es concebible formular políticas públicas en ausencia de las organizaciones de base social y comunitaria.
4. Aun así, los cambios en el marco de lo político, la sexualidad y la educación para la sexualidad, han tenido tanto transformaciones y cambios en los últimos años, especialmente, por la fuerza de movimientos y grupos sociales como opositores que, dentro de su pensamiento conservador, se han enfrentado a estas.



# **Grupos de trabajo en red / juntanzas**



# Grupos de trabajo en red / juntanzas

Los grupos de trabajo en red/juntanzas fueron conformados como formas organizativas de construcción conjunta y de libre elección, en el marco del congreso. Su configuración fue autónoma y generaron espacios académico-prácticos para la activación de redes de saberes y conocimientos; resignificación y reconocimiento de otras formas de construcción de conocimientos con otros, alrededor de la educación en el campo de la salud. Cada grupo de trabajo en red/juntanzas impulsó una propuesta o agenda de reflexión o acción en relación con una temática de interés por el grupo. Dicha agenda o propuesta buscó promover la discusión y el análisis con los asistentes al congreso con miras a construir rutas de acción que pudieran continuarse más allá del congreso.

La idea de juntanza se ha inspirado en la dinámica de las mujeres que trabajan por la paz; tomando como referencia su forma de asociación para la interacción colectiva y el fortalecimiento de la participación de las mujeres en los procesos de diálogo e implementación de acuerdos de paz. Es así como la configuración por juntanzas pretende resignificar el concepto de “mesas de trabajo”, otorgándole un lugar a lo simbólico y a la construcción de otros sentidos sobre el trabajo colectivo y en red para reflexionar sobre la teoría y la práctica alrededor de la educación en el campo de la salud, con un foque diferencial y una perspectiva intercultural e interseccional a través del diálogo de saberes y la negociación cultural.

A continuación, se presenta un listado de los grupos de trabajo en red / juntanzas que se organizaron.

- Educación en salud ambiental.
- Educación propia en el campo de la salud e interculturalidad.
- Innovación en la educación en el campo de la salud pública.
- La comunidad de práctica. Estrategia para la transformación curricular en educación alimentaria y nutricional (COPEAN).
- Nodo de educación popular en salud.
- Educación en el campo de la salud en la ruralidad.
- Educación para la salud de personas con diabetes.
- Formación del talento humano en salud en educación para la salud - Manual de formación en educación para la salud en las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Perfil de programas académicos de especialidad en promoción de la salud y educación para la salud - Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS).
- Presentación de experiencias de formación de recursos humanos/ talento humano en promoción de la salud y educación para la salud - Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS).

- Formación del tecnólogo en educación para la salud Una propuesta de formación de talento humano interdisciplinaria e incluyente, para las subregiones del Departamento desde la UdeA.
- El/la Promotor/a en salud como educador/a en el campo de la salud.
- Alfabetización en salud.
- Formación del talento humano en salud.
- Formación del talento humano en salud en educación para la salud - Manual de formación en educación para la salud en las Rutas Integrales de Atención en Salud.
- Educación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva.
- Educación para la salud en la Primera Infancia: una apuesta intersectorial.
- Escuela y Cambio Climático desde Salud Ambiental.

En seguida se detallan los objetivos de los trabajos en red / juntanzas:

Además, se encuentran en primera instancia aquellos grupos de trabajo en red/juntanza que por iniciativa propia enviaron relatorías de sus sesiones.

- Educación en salud ambiental.
- Educación propia en el campo de la salud e interculturalidad.
- Innovación en la educación en el campo de la salud pública.
- La comunidad de práctica. Estrategia para la transformación curricular en educación alimentaria y nutricional (CoP EAN).
- Nodo de educación popular en salud.
- Educación en el campo de la salud en la ruralidad.
- Educación para la salud de personas con diabetes.

**Puede consultar los videos de los grupos de trabajo en red / juntanzas en: <https://bit.ly/3TfG26Q>**



## Juntanza Educación para la salud ambiental

### Coordinadores/as

Yenifer Hinestroza Cuesta - Colombia  
Facultad Nacional de Salud pública UdeA  
yenifer.hinestroza@udea.edu.co

Ysabel Polanco López de Mesa  
Facultad de Medicina UdeA  
ysabel.polanco@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Integrada por Ysabel Polanco, (Profesora GISA); Walter Zuluaga, Liliana Blandón, Armando Correa, Lina Marcela Orozco (Profesionales del proyecto central Hidroituango); Davinson Salazar, Tatiana Sierra, (Profesionales proyecto Porce); John Didier Martínez, Yenifer Hinestroza (profesores Centro de extensión FNSP).

La juntanza es un espacio de diálogo abierto, problematizador y reflexivo, donde se reconoce el ambiente como escenario de procesos pedagógicos a partir de los siguientes interrogantes: ¿Cómo estamos dimensionando el elemento ambiental en la salud?, ¿el entorno lo entendemos como semejante o diferente a lo ambiental?, ¿Qué estamos entendiendo por la educación para la salud ambiental?, ¿Cómo se articula al campo de la salud pública? ¿Cómo vinculamos estas comprensiones sobre educación y salud ambiental a los proyectos de investigación y extensión? ¿Cómo estos procesos educativos nos transforman?, ¿Cómo hacemos la gestión social del conocimiento en educación en salud ambiental?, ¿Cuáles serían los elementos claves a considerar para el fortalecimiento de redes sociales de apoyo?, ¿Qué experiencias se han tenido en los momentos de reflexión de los procesos pedagógicos llevados a cabo en salud ambiental?

La juntanza inicialmente para su conformación, parte de la socialización de los proyectos de extensión con componente pedagógico. Es así que se identifica la pertinencia de elaborar recursos video gráficos en campo, que recojan los testimonios de la comunidad en clave a los procesos de educación para la salud ambiental en los que ha participado en el marco de los proyectos que la integran.

Propósito: Esta juntanza pretende reflexionar al interior y con diferentes actores, sobre fundamentos conceptuales, teóricos, metodológicos y experiencias formativas propias, al igual que sus aportes a los procesos de Educación para la salud ambiental desarrollada en el marco de la articulación de los ejes misionales universitarios (Docencia, investigación y extensión) y de la interacción con otros sectores y contextos.

Por lo antes expuesto, la juntanza busca activar el trabajo colaborativo y en red entre los ejes misionales universitarios previo, durante y después de finalizado el congreso.

## Principales aportes y conclusiones

Al analizar las presentaciones realizadas por los proyectos, se destacan las siguientes ideas temáticas centrales:

Seguridad y soberanía hídrica, y como preguntas orientadoras emergen: ¿Qué implica la seguridad (Institucional) y soberanía (Derecho) hídrica? ¿Cuáles son los usos del recurso hídrico? Apuestas desde lo pedagógico.

Recursos didácticos, donde se resaltó la experiencia en co-construcción de materiales en los proyectos presentados, en particular por el equipo de trabajo del Sistema de vigilancia epidemiológico de la central Hidro Ituango. Pregunta orientadora: ¿Cuál es la acogida de los recursos didácticos en las actividades educativas? ¿Se han desarrollado propuestas con participación de la comunidad? ¿Han co-construido estrategias y recursos didácticos con la comunidad? (radionovelas, guiones).

Fortalecimiento de la participación comunitaria. ¿Cómo los procesos educativos potencian el COVECOM?

Reflexiones sobre: ¿Educación para qué? Pertinente involucrar las potencialidades desde el enfoque de capacidades.

Sobre el perfil del promotor de salud: ¿Cómo se evidencia que el trabajo con gestores de salud y líderes comunitarios fortalece la figura de promotor de salud y su rol de educador?

De igual manera, se describen algunas ideas respecto a los aspectos a considerar en los procesos educativos relacionados con la salud ambiental:

Gobernanza desde la participación y la movilidad ciudadana (Individual y colectiva).

Fortalecimiento del trabajo en red.

Sobre oferta educativa sobre la educación ambiental en el territorio, coordinación de procesos educativos para tal fin.

Análisis de oferta educativa sobre salud ambiental en comunidades apartadas y ubicadas en casos urbanos.

Sostenibilidad en el relacionamiento con líderes comunitarios y de las JAC.

Recursos didácticos de apoyo en el proceso educativo.

Se realizó una actividad pre-congreso a través de una salida pedagógica que incluyó la visita a una huerta agroecológica comunitaria. Para esta actividad se construyó una guía metodológica que permitió reconocer la huerta agroecológica como escenario pedagógico para el intercambio y fomento de experiencias en salud ambiental local. La interacción y diálogo de saberes entre la agricultora local (San Cristóbal) y líderes comunitarios de municipios de influencia de la central Hidroeléctrica Ituango sobre los cuidados y sostenibilidad en este tipo de prácticas.

## Proyecciones / propuesta

Acuerdos para continuar la juntanza:

Retomar las reuniones cada mes y medio, los jueves entre 11:00 a.m. y las 12:00 m.

Vincular los grupos de profesores y estudiantes de básica primaria y secundaria de diferentes regiones de Antioquia (inicialmente) así como a los coordinadores de prácticas académicas de los programas de pregrado de la FNSP (para identificar experiencias estudiantiles) y al grupo de investigación y desarrollo salud y ambiente de la FNSP.

Mapear actores en regiones.

Contactar a algunos actores que expresaron interés en integrarse a la juntanza, particularmente algunos docentes de la Facultad de Medicina de la UdeA y de la Universidad del Bosque.

Próxima reunión en el mes de octubre de 2023. Se convocaran los integrantes de la juntanza y posibles actores comunitarios y de instituciones educativas mapeados por los proyectos participantes. Durante esta reunión se espera reconocer algunas experiencias y planificar la estructuración de los siguientes pasos. De igual forma se estima reflexionar sobre la articulación de la juntanza con los ejes misionales universitarios.

## Educación propia en el campo de la salud e interculturalidad

### Coordinadores/as

Magaly Jaimes Ballesteros - Colombia  
Ministerio de Salud y Protección Social de  
Colombia  
mjaimsb@minsalud.gov.co

Yenifer Hinestroza Cuesta  
Facultad Nacional de Saludúplica UdeA  
yenifer.hinestroza@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Esta juntanza se conforma en el marco del XIII congreso internacional de salud pública. El proceso implicó en sus inicios la identificación de actores a convocar por parte del equipo académico organizador, conforme a las trayectorias de cada uno de los integrantes y su interés por posicionar aquellas experiencias que pueden ser potentes y representativas desde la educación propia en el campo de la salud. Para esta ocasión, la juntanza reunió las voces de las siguientes organizaciones: Comunidad (Consejo regional CRIC, Red de mujeres Pasto, Asoredipar Chocó); Instituciones de salud (E.S.E Cubará, Ministerio Salud y Protección Social) y academia (Universidad Antioquia, Red Colombiana de educación en el campo de la Salud).

Integrantes: Ledy Manuela Mosquera Moreno (Enfermera, partera tradicional, Magister en Salud Sexual y Reproductiva, directora ASOREDIPAR Chocó), Diego Humberto Moreno (Psicólogo, Líder proceso de adecuación intercultural de la Ruta Materno perinatal del Pueblo U'wa), Martha Isabel Cuarán (Enfermera, Magister en Salud Pública, Lideresa red de Mujeres del Pueblo Pasto), Yaneth Cerón (Coordinadora Programa de Salud del Consejo Regional Indígena del Cauca), Yeferson Gonzáles (Coordinador Programa de Salud del Consejo Regional Indígena del Cauca), Yenifer Hinestroza de la Cuesta (Administradora en Salud y Magister en Salud Pública, docente de la Universidad de Antioquia), Magaly Jaimes Ballesteros (Enfermera, Esp en Epidemiología, Esp en actividad Física, Deporte y Salud. Líder técnica Educación para la salud del Ministerio de Salud y Protección Social).

Propósito: reflexión y problematización de manera conjunta y en red sobre fundamentos teóricos, experiencias formativas y aprendizajes que aporten a los procesos de educación propia con enfoque diferencial e intercultural en salud y con perspectiva interseccional. Intencionado la reflexión a partir de los saberes y prácticas de los pueblos y comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales, Rom (Gitano(a)s) desde el enfoque diferencial en tres dimensiones como: i) garantía de derechos; ii) como reconocimiento cultural; iii) como desigualdad estructural, dándole un lugar a la justicia social.

## Principales aportes y conclusiones

El desarrollo de la juntanza, se dio a partir del conversatorio a partir de preguntas orientadoras. La sesión fue concertado en un orden con los integrantes de la misma.

A partir del pensamiento decolonial, se propuso un espacio reflexivo, donde se reconocieron las diferentes experiencias de educación propia en el campo de la salud. Además de identificar las pedagogías que las fundamentan debido a sus apuestas por la transformación social y las luchas de los pueblos y comunidades por el derecho a tener derechos individuales y colectivos. Se dio un lugar a los sujetos con sus epistemes, sus maneras de organización y comprensión del mundo; así como del proceso salud- enfermedad, vida y muerte.

En este sentido, el espacio permitió situar el papel del educador en las experiencias educativas, sus relaciones con el educando y las formas como llevan a cabo el proceso educativo a partir de las pedagogías decoloniales y educación intercultural crítica.

Además de expresar la necesidad de que la institucionalidad se deje interpelar por dichos saberes y epistemes tanto en la creación de políticas públicas desde una perspectiva intercultural como en la inclusión de la medicina propia en las instituciones de salud.

Se compartieron las siguientes experiencias:

1. Despliegue de experiencias con la Universidad Indígena Programa de Salud. Organización CRIC.
2. Ruta metodológica de las parteras para capacitar parteras en el Choco. Asoredipar Chocó.
3. La pedagogía como forma de revitalizar lo propio en torno al cuidado y caminar en los liderazgos político organizativos. En el marco de los procesos de Consejería Distrital de mujeres y red de Mujeres del Pueblo Pasto.
4. Educación en Salud para la adecuación intercultural de la Ruta Materno perinatal del Pueblo U'wa. ESE Hospital Especial de Cubará.

Reflexiones de la juntanza: Romper el paradigma de la escolarización de la educación es un reto y una necesidad para reivindicar los aprendizajes y conocimiento propios y la transformación de pensamientos críticos frente al proceso de salud y enfermedad.

Es necesario generar apertura de escenarios de diálogo entre las comunidades y colectivos étnicos y la institucionalidad para el reconocimiento de prácticas educativas propias, dónde se visibilicen las tradiciones y metodologías propias que dinamiza el proceso enseñanza aprendizaje. Por ejemplo, la oralidad utilizada por los pueblos y comunidades ancestrales. Relevante el liderazgo del Min Salud y de la Red Colombiana de EpS.

## Proyecciones / propuesta

Luego de la sesión del congreso se pretende continuar con la reflexión conjunta en torno a:

1. Procesos formativos étnicos e interétnicos para el oficio de patería: “Obligando saberes”.
2. La pedagogía como forma de recuperar lo propio: educación como apuesta política y epistémica para fortalecer el componente de mujer-familia y generación; cuidado y protección. Un caso de mujeres indígenas.
3. Educación en Salud para la adecuación intercultural de la Ruta Materno perinatal del Pueblo U’wa.
4. Mapeo de actores y relaciones que impulsen el trabajo en red.

Se establecen acuerdos para una próxima reunión que permita evaluar la participación en el congreso y definir las frecuencias y tiempos de reunión; así como los siguientes pasos para la metodología de trabajo de la juntanza.



## Innovación en la educación en el campo de la salud pública

### Coordinadores/as

Luz Nelly Zapata Villareal - Colombia  
Facultad Nacional de Saludúplica UdeA  
nelly.zapata@udea.edu.co

Yenifer Hinestroza Cuesta  
Facultad Nacional de Saludúplica UdeA  
yenifer.hinestroza@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Considerando que la innovación es un constructo que tiene sus propias teorías, desarrollos e implicaciones transversales en muchas áreas del conocimiento y aspectos de la vida social, institucional, comunitaria, política y productiva, se hace necesario que la juntanza reflexione sobre la innovación en la educación y la educación para la innovación a partir de preguntas como: ¿qué se resuelve en la interacción entre la innovación y la educación en el campo de la salud pública?, ¿de qué manera debiera darse dicha interacción? ¿Cuáles son los riesgos o potencialidades de esta interacción? ¿Cuáles serían sus implicaciones e incidencias para la transformación, social, ambiental y en salud?

#### Integrantes:

Kamila Giraldo Quintero, Profesional del Área de Relacionamiento - Estrategia Laboratorios Estratégicos de Transformación.

Yenifer Hinestroza Cuesta, responsable de la Extensión Solidaria - Centro de extensión FNSP.

Erik Mauricio Domínguez Oquendo, Articulación de los ejes misionales alrededor del modelo de relacionamiento, apropiación social del conocimiento.

Luz Nelly Zapata Villarreal, Asistente de planeación FNSP.

Paola Andrea Idárraga Chavarriaga, Profesional de planeación, Gestora de Ciencia, Tecnología e innovación.

Johana Restrepo, Profesional apoyo Cti, FNSP.

Jorge López- Docente FNSP.

Eliana Martínez- Docente FNSP, líder del área de relacionamiento estratégico.

#### Propósito:

Reflexionar sobre la innovación en la educación en el campo de salud pública (formación del talento humano y educación para la salud) con el fin de reconocer sus implicaciones e incidencias epistémicas, éticas, políticas, ontológicas, praxeológicas para la transformación social, ambiental y en salud.

### Principales aportes y conclusiones

El desarrollo de la juntanza, se dio a partir del conversatorio a partir de preguntas orientadoras. La sesión fue concertado en un orden con los integrantes de la misma.

A partir del pensamiento decolonial, se propuso un espacio reflexivo, donde se reconocieron las diferentes experiencias de educación propia en el campo de la salud. Además de identificar las pedagogías que las fundamentan debido a sus apuestas por la transformación social y las luchas de los pueblos y comunidades por el derecho a tener derechos individuales y colectivos. Se dio un lugar a los sujetos con sus epistemes, sus maneras de organización y comprensión del mundo; así como del proceso salud- enfermedad, vida y muerte.

En este sentido, el espacio permitió situar el papel del educador en las experiencias educativas, sus relaciones con el educando y las formas como llevan a cabo el proceso educativo a partir de las pedagogías decoloniales y educación intercultural crítica.

Además de expresar la necesidad de que la institucionalidad se deje interpelar por dichos saberes y epistemes tanto en la creación de políticas públicas desde una perspectiva intercultural como en la inclusión de la medicina propia en las instituciones de salud.

Se compartieron las siguientes experiencias:

1. Despliegue de experiencias con la Universidad Indígena Programa de Salud. Organización CRIC.
2. Ruta metodológica de las parteras para capacitar parteras en el Choco. Asoredipar Chocó.
3. La pedagogía como forma de revitalizar lo propio en torno al cuidado y caminar en los liderazgos político organizativos. En el marco de los procesos de Consejería Distrital de mujeres y red de Mujeres del Pueblo Pasto.
4. Educación en Salud para la adecuación intercultural de la Ruta Materno perinatal del Pueblo U'wa. ESE Hospital Especial de Cubará.

Reflexiones de la juntanza: Romper el paradigma de la escolarización de la educación es un reto y una necesidad para reivindicar los aprendizajes y conocimiento propios y la transformación de pensamientos críticos frente al proceso de salud y enfermedad.

Es necesario generar apertura de escenarios de diálogo entre las comunidades y colectivos étnicos y la institucionalidad para el reconocimiento de prácticas educativas propias, donde se visibilicen las tradiciones y metodologías propias que dinamiza el proceso enseñanza aprendizaje. Por ejemplo, la oralidad utilizada por los pueblos y comunidades ancestrales. Relevante el liderazgo del Min Salud y de la Red Colombiana de EpS.

### Proyecciones / propuesta

La juntanza pretende, a partir del encuentro generado en el marco del congreso, fortalecer la Comisión de Ciencia, Tecnología, Innovación y emprendimiento y el colectivo de educación para la salud de la FNSP; de igual forma, establecer nuevas relaciones e incidir en el diseño y mejoramiento curricular con base en la innovación.

## La comunidad de práctica. Estrategia para la transformación curricular en educación alimentaria y nutricional (CoP EAN)

### Coordinadores/as

Teresita Alzate Yepes - Colombia  
Universidad de Antioquia  
teresita.alzate@gmail.com

Alexandra Pava Cárdenas  
Pontificia Universidad Javeriana-sede Cali  
alexandra.pavac@javerianacali.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

La comunidad de práctica en Educación Alimentaria y Nutricional (CoP EAN) es una red interinstitucional que nace del interés de docentes encargados de la asignatura de Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) en diferentes programas de Nutrición y Dietética del país, a partir de la invitación del Laboratorio Observatorio en Información, Comunicación y Educación para la Salud, la Alimentación y la Nutrición, LOB ICESAN, de la Universidad de Antioquia en 2020, para reflexionar sobre su enseñabilidad.

Esta CoP EAN está integrada por cuatro docentes, con tiempos de experiencia diferentes en la enseñanza de la asignatura: Alexandra Pava-Cárdenas ND, MSc y PhD en Nutrición Pública, actuante en la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Alimentación y Nutrición. De la misma universidad, Verónica Molina Pertuz Psicó, Especialista en neuropsicología infantil y MSc en Psicología social, perteneciente a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Departamento de Ciencias Sociales. También participa Teresita Alzate Yepes, ND, Mg y PhD en Acciones Pedagógicas y Desarrollo Comunitario, de la Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética. Igualmente, participa Fabiola Becerra Bulla ND, Especialista en Nutrición Clínica y Magister en Educación, de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Nutrición Humana.

La CoP EAN se proyecta como un espacio de intercambio que propicia la resolución de problemas acerca de la EAN desde los docentes que la ofrecen, lo cual puede incidir en los respectivos diseños curriculares.

### Principales aportes y conclusiones

Comunidades de práctica en la educación alimentaria y nutricional: El concepto de Comunidad de Práctica (CoP) proviene del ámbito empresarial, ejemplificado por operarios de fotocopiadoras de Xerox que compartían prácticas exitosas. En educación, las CoP promueven aprendizajes aplicables mediante la práctica compartida. Estas comunidades permiten el intercambio, aprendizaje, innovación y solución de problemas. Teorías educativas, como la Teoría de la Actividad y la Teoría del actor-red, fundamentan las CoP, destacando la participación activa y el aprendizaje entre pares. La educación alimentaria y nutricional (EAN) surgió como un caso práctico en la CoP, centrándose en la enseñabilidad de EAN con desafíos teóricos y didácticos.

Contrastación del imaginario educador y procesos de aprendizaje: Se estudió la enseñanza de la asignatura Educación en Alimentación y Nutrición en la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Las docentes de la CoP analizaron el equilibrio entre el saber disciplinar del nutricionista y el saber pedagógico. Se identificó la necesidad de una estrategia pedagógica, considerando los desafíos y expectativas de los estudiantes.

Comprensiones de la asignatura: crisis y ajustes: Se detectaron dificultades en la enseñanza, evidenciadas por bajos niveles de motivación estudiantil y heterogeneidad en aprendizajes. A través de la CoP, se elaboró un diario pedagógico y se adoptó el aprendizaje basado en proyectos. La CoP jugó un papel crucial, facilitando la reflexión pedagógica y buscando soluciones a desafíos teóricos y prácticos.

Lecciones aprendidas y proyecciones: La Universidad Javeriana de Cali reformuló la enseñanza de EAN, apoyada por la CoP. A pesar de los desafíos, la comunidad ha sido esencial para mejorar la calidad educativa en alimentación y nutrición. La investigación formativa y la investigación-acción pedagógica se destacan como herramientas valiosas para la renovación pedagógica. En conclusión, la CoP en EAN es una estrategia que promueve la investigación y mejora la enseñabilidad desde la perspectiva de los docentes, siguiendo el pensamiento de Gadamer: "comprender es siempre aplicar".

### Proyecciones / propuesta

El Futuro de la Comunidad de Práctica en Educación Alimentaria y Nutricional.

La experiencia vivida en la Comunidad de Práctica (CoP) en Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) de la Universidad Javeriana de Cali ha marcado un hito en la pedagogía moderna de la EAN. Ante un panorama cambiante en la educación y frente a las complejidades del campo nutricional, la CoP se erige como una brújula para orientar, reflexionar y generar soluciones prácticas y teóricas desde dentro.

Las Comunidades de Práctica, inicialmente emergentes en el ámbito empresarial, han demostrado su potencial en la esfera educativa, particularmente en campos de estudio tan cruciales como la nutrición y la alimentación. En una era donde los problemas nutricionales son cada vez más complejos y globalizados, la necesidad de una enseñanza clara, práctica y contextualizada sobre cómo enseñar, es imprescindible.

Mirando hacia el futuro, la CoP en EAN tiene el potencial de revolucionar la forma en que se aborda la educación nutricional en todo el país. La diversidad y complejidad de los programas académicos requieren de un esfuerzo conjunto y colaborativo que solo puede surgir de la reflexión y diálogo continuo entre profesionales del área. No se trata solo de enseñar, sino de comprender cómo se aprende, cómo se aplica y cómo se innova en el campo de la nutrición.

Invitamos a todos los docentes, investigadores y profesionales del área a sumarse a esta iniciativa. El camino no estará exento de desafíos; como ya hemos visto, se presentarán momentos de crisis, de reevaluación y de reinención. Pero la recompensa, una educación alimentaria y nutricional más robusta, pertinente, pedagógicamente fundamentada y efectiva, vale la pena el esfuerzo.

La colaboración no solo aporta una diversidad de perspectivas y soluciones, sino que enriquece el proceso educativo, fomenta la investigación y eleva la calidad de la enseñanza. Juntos, podemos explorar y resolver las múltiples preguntas que aún gravitan en torno a la enseñabilidad y educabilidad en este campo.

El reloj avanza, y con él, los desafíos nutricionales de nuestra sociedad. La CoP en EAN nos ofrece una oportunidad única de enfrentar estos retos de manera unificada, reflexiva y pragmática. Si Hans-Georg Gadamer, en su obra "Verdad y método I", afirmaba que «Comprender es siempre aplicar», es tiempo de aplicar nuestro entendimiento colaborativo para transformar la educación alimentaria y nutricional en Colombia. La invitación está abierta.

## Nodo de educación popular en salud

### Coordinadores/as

Isabel Cristina Bedoya Calvo - Colombia  
 Universidad de La Salle  
 ibedoya@unisalle.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Los integrantes del Nodo somos investigadores, docentes y profesionales en ejercicio:

Isabel Cristina Bedoya Calvo – Universidad de La Salle.

Myriam Fernanda Torres Gómez - Universidad de La Salle .

Jenny Marcela López Gómez - Universidad de La Salle .

Yamile Edith Borda Pérez – Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca - Grupo de Investigación, Sociedad, Cultura, Desarrollo Comunitario y Familia.

Luis Enrique Buitrago Pinzón, Representante Colombia del Consejo de Educación Popular de América Latina y El Caribe (CEAAL).

Alfonso María Guzmán Hoyos, Coordinador de la Maestría en Educación Popular e Investigador del Grupo de Educación Popular Universidad del Cauca.

Bellanira López Rey Enfermera de la Alcaldía de la Macarena.

### Principales aportes y conclusiones

El espacio de la Juntanza del Nodo de Educación Popular en Salud tiene como finalidad generar un espacio para tejer la palabra entre distintos actores sociales, académicos, comunitarios, prestadores de los servicios de salud, entre otros, que reflexionan sobre los aprendizajes y las posibilidades de la Educación Popular en el campo de la Salud desde experiencias que se han abierto camino con base en los sentires, significaciones y referentes teóricos y prácticos de quienes han participan.

En la actualidad se presentan cambios sociales profundos que muestran el incremento de situaciones de desigualdad e injusticia, aunado a sentimientos de desesperanza e incertidumbre en la población. Este contexto pone a la educación popular el reto de reforzar su aporte a la construcción de nuevas subjetividades individuales y colectivas que desafíen el momento actual con nuevos vínculos sociales, más cercanos y más cuidadores de la vida, la salud, del otro y de las otredades. Se trata de generar acciones con perspectiva ética, política y organizativa para contribuir a la afirmación de sujetos autónomos y constructores de nuevas formas de ser y estar, para generar nuevos conocimientos, formas de actuación y organización que hagan valer la palabra en el entramado social.

### **Proyecciones / propuesta**

1. Visibilizar las experiencias en educación popular en salud con la finalidad de ampliar y fortalecer el trabajo en red.
2. Construir conocimientos conceptuales, metodológicos y político-organizativas para aportar a las experiencias.
3. Decantar las lecciones aprendidas de las experiencias en investigación, comunitarias y de formación para discernir las lecciones y retos conceptuales, prácticos y estratégicos de la educación popular en salud forjando con la finalidad de forjar caminos en clave transdisciplinar, intersectorial e interseccional para en Educación Popular en el Campo de la Salud.

## Educación en el campo de la salud en la ruralidad

### Coordinadores/as

María Isabel Ramírez Valencia - Colombia  
 Universidad de Antioquia  
 maria.i.ramirez@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Integrantes:

1. Hader de Jesús Calderón Serna. Coordinador académico del Pregrado de Pedagogía Ruralidad y Paz y profesor de la Universidad de Antioquia.
2. Carlos Vásquez Londoño. Profesor del pregrado de Pedagogía de la Madre Tierra de la Universidad de Antioquia.
3. Nelson Armando Agudelo Vanegas. Profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Educación a través de TICs para la salud en la ruralidad.
4. Liliana Aristizábal. Profesora de la Universidad de Antioquia y profesional de CEAM (Cooperación de Estudios, Educación e Investigación Ambiental).
5. Hernán Porras. Profesor y Coordinador del CEAM (Cooperación de Estudios, Educación e Investigación Ambiental).
6. Eneida Puerta Henao. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Construcción de paz, Territorio y Salud Mental.
7. Elsa Pilar Parra Mojica. Integrante de la comisión de Educación e Investigación y encargada del fortalecimiento organizativo e incidencia política de la ACA (Asociación Campesina de Antioquia).
8. María Isabel Ramírez Valencia. Profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública y del pregrado en Pedagogía Ruralidad y Paz de la Universidad de Antioquia.

También asistieron otros participantes del congreso que, interesados por la temática, confluyeron en el espacio.

El encuentro de los anteriores actores fue propiciado por el pregrado de pedagogía en ruralidad y paz de la Universidad de Antioquia, en donde uno de sus ejes de formación es el Buen Vivir y la salud colectiva. Este eje ha articulado a los anteriores actores en el reconocimiento de las prácticas educativas para la salud en la ruralidad desde enfoques participativos a través de la educación popular, los cuales están en consonancia con el enfoque y acciones que se han venido realizando por más de 10 años alrededor del pregrado.

Propósitos: La Juntanza tiene como propósito articular a diversos actores que contribuyan a la construcción de salud en la ruralidad a través de procesos educativos que reconozcan los saberes colectivos y los modos de vida de las poblaciones rurales, así como la historia que da identidad a los pobladores y pobladoras rurales. Tiene como proyección unir fuerzas para impulsar el desarrollo de la salud en la ruralidad a través de la educación, valorando y respetando los saberes locales y las realidades específicas de las poblaciones rurales.



## Principales aportes y conclusiones

**Aportes:** La presentación de los programas de Pedagogía en Ruralidad y Paz, así como la Licenciatura en la Madre Tierra, demuestra un enfoque integral que combina la educación y la salud en contextos rurales, reconociendo que la educación y la salud están estrechamente interconectadas.

La Asociación Campesina de Antioquia hizo énfasis en la importancia de la sistematización de experiencias comunitarias en salud. La falta de seguimiento y análisis de las acciones realizadas en diferentes contextos puede limitar la capacidad de aprender de las prácticas exitosas y mejorar la orientación hacia la educación para la salud.

Mediante la socialización de una investigación que plantea la propuesta de implementar estrategias de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la educación para la salud en zonas rurales, se destaca la importancia de la tecnología como herramienta para reducir las brechas de acceso a la salud y empoderar a las comunidades rurales en su cuidado.

También se socializó la investigación sobre el significado de la salud mental para los niños y niñas de una escuela en Nariño, Antioquia. Esta resalta la relevancia de los entornos escolares como protectores de la salud mental, lo cual implica la necesidad de promover ambientes escolares saludables y de apoyo emocional.

**Concepción del Territorio en Contextos de Conflicto:** La discusión sobre la concepción del territorio para pobladores rurales en el municipio de San Carlos, víctimas del conflicto armado, subraya cómo las experiencias pasadas y el entorno pueden influir en la salud y el bienestar de la población rural. Esto destaca la importancia de abordar las secuelas del conflicto y la construcción de paz en estos contextos.

**Conclusiones:** La combinación de enfoques educativos y de salud en programas académicos es esencial para abordar las necesidades integrales de las comunidades rurales y fomentar estrategias educativas participativas.

La sistematización de experiencias comunitarias en salud es crucial para aprender de las acciones pasadas y mejorar las intervenciones futuras, promoviendo la importancia de la educación para la salud.

La relación entre el territorio y la salud en contextos de conflicto armado subraya la necesidad de abordar de manera integral las secuelas del conflicto y promover la construcción de paz en las zonas rurales afectadas.

## Proyecciones / propuesta

Como propuestas para continuar con la juntanza, se tienen las siguientes:

1. Problematicar el concepto de territorio y su papel en la ruralidad.
2. Intencionar la discusión acerca de la soberanía del agua y esto como ha influido en las prácticas educativas para la salud.
3. Sistematización de las prácticas de educación para la salud en la ruralidad.
4. Fortalecer la planeación conjunta de acciones educativas para la salud entre la academia y la comunidad.
5. Trabajar alrededor de la pregunta de ¿Quién es el docente en la ruralidad? porque los docentes pueden situarse desde un lugar de víctimas del conflicto armado, pero que al mismo tiempo son figuras de apoyo.
6. ¿Cómo se podría hacer una educación para la salud con el fin de abordar el suicidio en los jóvenes de la ruralidad?

## Grupo de Trabajo en Red Educación para la salud de personas con diabetes

### Coordinadores/as

Paula Andrea Diaz Valencia  
 Universidad de Antioquia  
 paula.diaz@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

Integrantes del grupo de trabajo en red y su filiación.

- Profesores:
  - Fernando Peñaranda (FNSP)
  - Paula Díaz (FNSP)
  - Marcela López (FNSP)
  - María Elena Maldonado (Nutrición)
  - Wilson Cañón (Enfermería)
  - Tatiana Sánchez Rubio (Ciencias Culinarias – UdeA. Seccional Oriente)
  - Noël Barengo (Internacional – Florida International University)
- Estudiantes investigadores
  - Juan Pablo Pérez Bedoya (DEPI, FNSP)
  - Fredy Fernández (DSP, FNSP)
- Egresados investigadores FNSP
  - Flor Taparcúa
  - Elizabeth Herrera
  - Manuela Mazo
  - Cindy Sánchez
- Otros investigadores
  - Estela Pineda (Enfermera, HSVF)
- Invitados relacionados con programas de educación a personas con diabetes.
  - Natalia Andrea Rojas Henao (Fundadora y antigua coordinadora del programa de educación en diabetes del Hospital Pablo Tobón Uribe). Nota: Natalia ya no se encuentra en el HPTU, sin embargo sigue muy activa en la línea de diabetes y más de 15 años de experiencia en educación. Correo: nataliaa.rojas@udea.edu.co
  - Juan Camilo Díaz Coronado (Coordinador de medicina interna en Universidad CES - Director científico Artmedica). Actualmente la IPS Artmedica está implementando un modelo de atención integral de pacientes con diabetes con un fuerte componente educativo. Correo: jcamilodiaz@artmedica.co
  - Jorge Andrés Bedoya y Javier Carvajal Quintero: Químico Farmacéutico - Abbott Diabetes Care. Coach en diabetes. Ambos trabajan en Diabetes Manejo y Control (es una entidad encargada de la educación del paciente con diabetes a nivel nacional) Correo: jorge1609andres@gmail.com

- Juan Fernando García y representantes de promotores de salud Municipio del Peñol, Hospital San Juan de Dios. [juan.garcia45@udea.edu.co](mailto:juan.garcia45@udea.edu.co)
- Tomadores de decisiones
  - Lina Bedoya, Secretaría Salud de Medellín. [lina.bedoya@medellin.gov.co](mailto:lina.bedoya@medellin.gov.co)
  - Fara Alejandra López Guti, Secretaría Salud de Antioquia. [faraalejandra.lopez@antioquia.gov.co](mailto:faraalejandra.lopez@antioquia.gov.co)
  - Rosmary Aristizabal, Secretaría Salud de Antioquia. [rosmary0706@gmail.com](mailto:rosmary0706@gmail.com)
  - Asociaciones de Pacientes

### Principales aportes y conclusiones

Objetivo: Promover la creación de una red transdisciplinaria que analice la educación de personas con diabetes y que cuente con participación de la academia, el personal de la salud, los tomadores de decisiones y los pacientes y sus familias y/o cuidadores, con el fin de reconocer los principios que debería considerarse en cualquier modelo exitoso de educación para la salud dirigida a personas con diabetes de fácil implementación en todos los territorios y sostenible en el tiempo, y que efectivamente contribuya al cuidado de la salud, la prevención de complicaciones, el mejor vivir y bienestar de los pacientes con diabetes.

### Proyecciones / propuesta

Manera como aportan al desarrollo del objetivo: La conformación de redes transdisciplinarias que permiten la multiplicidad de actores, permitirá avanzar en la comprensión y desarrollo del conocimiento relacionado con la educación para la salud de personas con diabetes aportando de manera directa al desarrollo de la educación para la salud de nuestra población.

**Puede consultar el informe completo del grupo de trabajo en red de educación para la salud de personas con diabetes:**

**<https://bit.ly/4c40tbS>**



## Formación del talento humano en salud en educación para la salud -Manual de formación en Educación para la Salud en las RIAS

### Coordinadores/as

Mónica Genith Castro Hernández  
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia  
mcastroh@minsalud.gov.co

Maribel Cano Gutiérrez  
Facultad Nacional de Salud Pública UdeA  
maribel.cano@udea.edu.co

### Descripción del grupo/juntanza:

La juntanza se planteó como propósito: Dinamizar una conversación con las personas participantes de la Juntanza que favoreciera la reflexión y discusión en torno a la comprensión de la educación para la salud en el marco de la Rutas Integrales de Atención en Salud en interlocución con la experiencia y los aportes del manual. Dicha conversación en torno a las preguntas: 1. Desde su experiencia territorial, ¿cómo comprenden la educación para la salud? 2. ¿Qué actores han participado en la construcción e implementación de su propuesta de educación para la salud en sus territorios? 3. ¿Cuáles son los retos que han afrontado desde su experiencia de educación para la salud en sus territorios? 4. A partir de lo socializado en este encuentro, ¿qué elementos se lleva para fortalecer su experiencia de educación para la salud en el corto, mediano y largo plazo?

De ésta participaron los siguientes actores:

1. Ana Carolina Gama, especialista en geriatría, y José Manuel Santacruz, médico psiquiatra, Centro memoria y cognición Intellectus / Instituto de envejecimiento de la Universidad Pontificia Javeriana.
2. Ana María Villegas Salud Pública y Coordinación científica EPS SURA.
3. Fernando Gómez Geriatra Universidad de Caldas.
4. Martín Barrera Especialista salud mental Secretaría Salud Boyacá.
5. Rubén Darío Pardo Docente Universidad del Quindío.
6. Mónica Genith Castro Hernández Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
7. Maribel Cano Gutiérrez Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

### Principales aportes y conclusiones

- Las experiencias territoriales presentadas permitieron reconocer propuestas que, si bien tienen propósitos comunes desde la educación para la salud, se generan desarrollos propios que permiten la construcción de línea técnica, herramientas y metodologías que buscan acercar a las personas y familias a acciones de cuidado y bienestar desde la misionalidad, experiencia y recursos de cada entidad participante.
- El espacio permite que las y los participantes reconozcan el Manual de Educación para la Salud en el marco de las RIAS como un insumo valioso que consolida elementos clave para orientar al talento humano para la planeación, implementación y evaluación de los procesos de educación para la salud desde lo didáctico, pedagógico y metodológico en el marco de lo dispuesto en la Resolución 3280 de 2018 de obligatorio cumplimiento para el país, para el fortalecimiento de sus experiencias y desarrollos propios.

- La Educación para la Salud, en coincidencia al final de la jornada se comprende cómo un proceso que potencia capacidades desde una apuesta crítica, dialógica, contextualizada, y con pertinencia social, frente a la cual el intercambio de experiencias fortalece los procesos para las personas, familias y comunidades.

### Proyecciones / propuesta

Darle continuidad a los encuentros de las Juntanzas para seguir construyendo de manera conjunta propuestas de educación en el campo de la salud pública, realizando intercambios de experiencias.

Consolidar trabajos y propuestas conjuntas para dinamizar en los territorios a partir de las experiencias del Manual de Educación para la Salud y las experiencias de las Juntanzas.

## **Perfil de programas académicos de especialidad en promoción de la salud y educación para la salud - Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS)**

### **Propósito**

En la sesión de grupos de trabajo en red se presentaron experiencias de formación de recursos humanos/ talento humano en Promoción de la Salud y Educación para la Salud por parte de los integrantes del CIUEPS. Posteriormente se presentó la programación para la sesión sobre el perfil de programas académicos de especialidad en promoción de la salud y educación para la salud.

## **Presentación de experiencias de formación de recursos humanos/ talento humano en promoción de la salud y educación para la salud (Parte II) 24 de agosto**

### **Propósito de las sesiones de grupos de trabajo en red del CIUEPS**

En las sesiones de grupos de trabajo en red se presentaron experiencias de formación de recursos humanos/ talento humano en Promoción de la Salud y Educación para la Salud por parte de los integrantes del CIUEPS.

## **Reunión-asamblea administrativa e informativa del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS)**

### **Propósito**

El propósito general de la reunión-asamblea del CIUEPS ha sido presentar el relato de la historia institucional del CIUEPS y trazar planes para la reactivación de la red. La reunión-asamblea del CIUEPS buscó facilitar el intercambio de las experiencias académicas de Promoción de la Salud y Educación para la Salud que se han desarrollado en Iberoamérica en los últimos años; revisar los modelos curriculares y las competencias profesionales dominantes; presentar propuestas de investigación; generar acuerdos de intercambio académico de la facultad y estudiantes; y consolidar la red de los programas académicos de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en el marco del CIUEPS.

## Formación del tecnólogo en educación para la salud. Una propuesta de formación de talento humano interdisciplinaria e incluyente, para las subregiones del Departamento desde la UdeA

### Propósito

Elaborar una propuesta de educación formal, de nivel tecnológico, para ofrecerla de manera incluyente y descentralizada en las subregiones del Departamento donde tiene presencia la UdeA, presentarla al MEN y alcanzar su aprobación.

### Objetivo

Dar a conocer la propuesta y generar un diálogo reflexivo interdisciplinario e intersectorial alrededor de la iniciativa, sus alcances, pertinencia, posibles aliados y rutas de trabajo.

Crear un nuevo programa académico formal de pregrado, “Tecnología en educación para la salud”, de nivel tecnológico en seis niveles/semestres, bimodal (componente presencial por concentración y componente virtual) para ampliar la oferta de la UdeA en las subregiones del departamento de Antioquia, en el marco de la acreditación institucional multicampus.

Un programa que articule salud y educación, con enfoque territorial y diferencial, en coherencia con el Plan de Desarrollo 2017-2027: una Universidad innovadora para la transformación de los territorios y el Plan de Acción 2021-2024: una Universidad solidaria, comprometida con la vida, la equidad y la diversidad, con visión global pertinente frente a los retos de la sociedad; centrado en la Atención Primaria en Salud, con un enfoque interdisciplinario y colaborativo.

## El/la Promotor/a en salud como educador/a en el campo de la salud.

### Propósito

El grupo de trabajo “El(a) promotor(a) de salud como educador(a) en el campo de la salud” tuvo como propósito crear un espacio para darle continuidad y ampliar la reflexión sobre el significado y las implicaciones de la recuperación de la figura de la Promotora de Salud que se propone en la nueva política de salud del país, así como de la propuesta de formación y gestión del conocimiento que se está construyendo en el país, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, la Facultad Nacional de Salud Pública y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y el SENA.

También, generar un espacio de diálogo e intercambio de saberes en torno al sentido, las implicaciones y desafíos de la recuperación de la figura del(a) promotor(a) de salud como protagonista de la transformación del sistema de salud y la implementación del nuevo modelo de salud en el país.



## Alfabetización en salud

### Propósito

La alfabetización en salud (en inglés: Health Literacy) es considerada una corriente de educación para la salud con amplia trayectoria en algunos países de Europa, Norteamérica y Oceanía. En el congreso se tuvo un grupo de trabajo en red con el propósito de dar a conocer algunos elementos sobre esta perspectiva.

## Formación de Talento Humano en Salud

### Propósito

Esta juntanza tuvo como eje central la reflexionar cuestiones clave sobre la formación al talento humano, explorando las mejores prácticas, los enfoques innovadores y las estrategias para fortalecer la formación de profesionales de la salud. Esto, a través de la discusión de preguntas orientadoras y provocadoras, que buscaban generar ideas, propuestas y recomendaciones que contribuyeran a la mejora continua de la formación en salud.

### Objetivo

Reflexionar sobre los retos y desafíos de la Formación del Talento Humano en el campo de la Salud.

## Formación del talento humano en salud en educación para la salud - Manual de formación en educación para la salud en las Rutas Integrales de Atención en Salud

### Objetivo

Dinamizar una conversación con las personas participantes de la Juntanza que favorezca la reflexión y discusión en torno a la comprensión de la educación para la salud en el marco de la Rutas Integrales de Atención en Salud en interlocución con la experiencia y los aportes del manual.

## Educación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva

### Propósito

El grupo de trabajo en red en educación en el campo de la salud sexual y la salud reproductiva para el desarrollo temático en el marco del congreso internacional de salud pública, 2023 buscó generar intercambio de experiencias técnicas y metodológicas, así como resultados de investigaciones que fomentaran una apuesta operativa que les permitiera a los diferentes actores implementar intervenciones dirigidas a la educación para la SSR en los diferentes entornos del desarrollo y con un claro reconocimiento e incorporación del enfoque de curso de vida, para contribuir al ejercicio y goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de la población colombiana.

La red estuvo abierta a todas aquellas instituciones y otros actores que comparten interés por la educación en el campo de la salud sexual y reproductiva, quienes habían manifestado su disposición para participar en el espacio designado al interior del congreso y continuar un trabajo en el mediano y largo plazo que consolide la propuesta.

### Objetivo

Articular aportes para la construcción de contenidos y características de un manual pedagógico y posibles recursos de una caja de herramientas para la educación para la salud sexual y reproductiva con base en una propuesta preliminar previamente preparada, con representantes de universidades, sociedades científicas/ grupos de investigación/, profesionales prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva y cooperación según perfil de asistentes al evento.

## Educación para la salud en la Primera Infancia: una apuesta intersectorial

### Objetivo

Reconocer y aportar a los procesos de educación para la salud dirigidos a la primera infancia mediante la articulación de los diferentes sectores y actores para generar una apuesta en común que movilice acciones y experiencias que promuevan las prácticas de cuidado, la protección y el desarrollo integral de los niños y las niñas.

## Escuela y Cambio Climático desde Salud Ambiental

### Objetivo

- Fortalecer las capacidades de maestras y maestros para la coconstrucción de conocimiento y desarrollo de las competencias básicas y ciudadanas referidas a la adaptación al cambio climático desde salud ambiental, bajo un enfoque transversal al currículo, en aras de impactar los proyectos pedagógicos de educación ambiental en las instituciones educativas de Antioquia.
- Proporcionar una perspectiva del cambio climático desde salud ambiental en la escuela hacia los debates académicos, con el fin de lograr una mayor adaptación a la crisis global de cambio climático.
- Develar las afectaciones en la salud ambiental de todos los actores institucionales.
- Revisar y proponer cómo se puede aumentar la resiliencia de niños, niñas, adolescentes y jóvenes al cambio climático.
- Generar acciones que aporten a la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero desde la escuela.
- Reflexionar sobre las alternativas de solución generadas desde la escuela y las familias, centrando la atención en niños, niñas, adolescentes y jóvenes como protagonistas del proceso de adaptación y la necesidad de protección por las autoridades institucionales.

## Alfabetización en salud

### Propósito

La alfabetización en salud (en inglés: Health Literacy) es considerada una corriente de educación para la salud con amplia trayectoria en algunos países de Europa, Norteamérica y Oceanía. En el congreso se tuvo un grupo de trabajo en red con el propósito de dar a conocer algunos elementos sobre esta perspectiva.

## Formación de Talento Humano en Salud

### Propósito

Esta juntanza tuvo como eje central la reflexionar cuestiones clave sobre la formación al talento humano, explorando las mejores prácticas, los enfoques innovadores y las estrategias para fortalecer la formación de profesionales de la salud. Esto, a través de la discusión de preguntas orientadoras y provocadoras, que buscaban generar ideas, propuestas y recomendaciones que contribuyeran a la mejora continua de la formación en salud.

### Objetivo

Reflexionar sobre los retos y desafíos de la Formación del Talento Humano en el campo de la Salud.

## Formación del talento humano en salud en educación para la salud - Manual de formación en educación para la salud en las Rutas Integrales de Atención en Salud

### Objetivo

Dinamizar una conversación con las personas participantes de la Juntanza que favorezca la reflexión y discusión en torno a la comprensión de la educación para la salud en el marco de la Rutas Integrales de Atención en Salud en interlocución con la experiencia y los aportes del manual.



# Mesas temáticas

# Mesas temáticas

Las mesas se configuraron con un grupo de máximo seis participantes, quienes definieron un tema en relación con la temática del Congreso. Cada grupo de participantes estableció una agenda para la presentación de cada uno de los integrantes de la mesa en consonancia con los objetivos definidos en dicha agenda. Las mesas tuvieron una dinámica flexible y se plantearon a manera de paneles o conversatorios. Las sesiones de las mesas tuvieron un espacio de hora y media: 60 minutos para las exposiciones de los integrantes de la mesa y 30 minutos para intercambios con los asistentes. Las presentaciones realizadas en cada mesa versaron sobre resultados de investigaciones, experiencias de la práctica o reflexiones teóricas y metodológicas. A continuación, se presentan las mesas que accedieron a incluir sus resúmenes en las memorias.

- Educación en salud en el ámbito escolar: La escuela, entretejidos pedagógicos en salud.
- Perspectiva educativa integral por la salud nutricional de los escolares
- La Pedagogía Hospitalaria como práctica educativa en el campo de la salud: tensiones y horizontes.
- Gobierno y academia para la gobernanza: Alianza para avanzar en el derecho a la salud y bienestar del territorio caucano.
- Experiencias de educación para la salud en lo público: formación, material didáctico, etnosalud y talento humano.
- La teatropedagogía, su papel activo en la producción y democratización de la salud mental.

**Puede consultar los videos de las mesas temáticas**  
**<https://bit.ly/3TfG26Q>**



## Educación en salud en el ámbito escolar: La escuela, entretejidos pedagógicos en salud

### Coordinador

Bibiana Edivey Castro Franco  
Universidad del Cauca

### Presentación de la Mesa:

La mesa se ha organizado alrededor de diferentes temáticas de la educación en el campo de la salud en el ámbito escolar universitario como de la básica primaria y secundaria o en la interrelación (intersectorialidad) de ambos contextos, debido a que alude a procesos de formación de estudiantes de licenciatura tanto en su nivel conceptual como en su práctica pedagógica educativa en las escuelas, quienes independiente de su formación disciplinar se ven abocados durante su ejercicio como maestros a promover procesos alusivos a educar en algún ámbito de la salud, entendida esta más allá de un fenómeno meramente biológico que es influido por las características del contexto social, así como por elementos propios del sujeto.

Los licenciados que se forman en el departamento de Educación y Pedagogía de la Universidad del Cauca, lo hacen en el campo de la básica primaria, lo artístico, en las ciencias naturales y educación ambiental, al igual que en lo comunitario, en el Departamento del Cauca, donde el conflicto social no sólo es histórico sino que permea todas las esferas de la dimensión humana de sus habitantes. Por lo anterior el ejercicio como maestros, trasciende lo estrictamente disciplinar e implica abordarse a sí mismos y a los educandos de manera holística y ética considerando aspectos humanos y sociales y es ahí donde la salud de los individuos (educandos y educadores) se convierte en una dimensión que no se puede obviar -es parte de la praxis educativa-.

La mesa tiene como objetivos:

- Visibilizar el papel del maestro de instituciones escolares en la educación en salud;
- Reflexionar sobre la práctica de educación en salud (transdisciplinar) en el contexto escolar, con el fin de lograr nuevos aprendizajes y cualificar dicha educación;
- Ampliar el sentido de las praxis educativas en el ámbito escolar, mediante la articulación del sector salud y educación.

Los componentes o subtemas que presentarán los integrantes son:

- a. Formación del maestro en educación en el campo de la salud mediante una asignatura en Educación y salud dirigida a maestros en formación.
- b. Educación popular en salud, a partir de un proyecto de paz que retoma la convivencia escolar en las escuelas rurales y urbanas.

### Títulos de las ponencias

- Re-existir de la escuela en medio del conflicto armado. Construyendo caminos de paz.
- Diálogos amorosos entretejidos desde la educación popular.
- Que Tu Voz tenga quien la escuche.
- Experiencia educativa universitaria en formación de maestros en educación para la salud.



## Re-existir de la escuela en medio del conflicto armado. Construyendo caminos de paz

### Ponente:

Stella Pino Salamanca  
Universidad del Cauca

### Autores

Robert Alfredo Euscátegui Pachón<sup>1</sup>  
Stella Pino Salamanca<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

La presente ponencia hace parte de las reflexiones que se vienen adelantando en el proyecto de investigación “Entretnejidos de la Educación Popular y sus aportes comunitarios en la construcción de memoria y procesos de paz” apoyado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca, cuyo propósito central es el de generar estrategias educativas y pedagógicas desde la Educación Popular para comunidades afectadas por la violencia del conflicto armado en el Cauca y las diversas violencias a las que se ven afectados la niñez y juventud, las cuales generan serias dificultades en su salud física, mental y social. De esta manera, generar espacios de reflexión para los mismos actores y fortalecer espacios de convivencia y paz al interior de las instituciones educativas donde se desarrolla la investigación, es una de las tareas desarrolladas en la investigación, comprendiendo las problemáticas que los afectan y las diversas formas como se puede lograr espacios de bienestar a partir de otras maneras de convivencia.

El proyecto se realiza a partir de la Investigación Acción, permitiendo analizar los ejes problematizadores de la educación, en particular desde las violencias que cotidianamente sufren los niños, comprendiendo su complejidad y maneras de accionar y visibilizar como las apuestas que desde los territorios se construyen para así recrear otras formas de estar y vivir la salud integral de los infantes.

Como parte de las conclusiones finales se encuentra un ejercicio reflexivo que devela las concepciones que tienen la niñez y juventud con respecto a las violencias y sus anhelos de vivenciar procesos de paz, además del desarrollo de apuestas diversas que rompen la forma tradicional de hacer educación, de hacer pedagogía desde alternativas educativas y pedagógicas de la educación crítica latinoamericana para pensarnos distinto la salud y bienestar de los niños y sus familias y que abren un camino de esperanza, de sueños, de vida y recrean la escuela y el ser maestros.

Es a partir de los encuentros colectivos y diálogo que participativo donde encontramos inicialmente:

- Se parte del reconocimiento de las experiencias, métodos, formas de mirar el mundo, además se reconoce que todos tenemos saberes y conocimiento fundamentales en el proceso de enseñanza aprendizaje: parafraseando a Freire (1968) nadie lo sabe todo, nadie lo ignora todo, de esta manera, se analiza como el saber popular nos muestra el camino de la salud desde una mirada integral que no se reduce a lo físico o a la atención sino a la construcción de una cosmovisión propia de bien-estar.

<sup>1,2</sup> Universidad del Cauca

- Entre los principios éticos de la Educación Popular tenemos: el respeto por la vida, la palabra y las acciones de los otros, la solidaridad, el amor, la confianza, la humildad, el compromiso, la responsabilidad, el cuidado propio y colectivo.

Estos primeros aportes vivenciados en las experiencias son una muestra más, del trabajo colectivo, ético, autónomo, solidario y participativo que desde la región se construye, como alternativas para lograr una educación, una sociedad distinta, que aporta a los procesos de construcción de convivencia y paz.

### Referencias Bibliográficas

- Ahumada, Magda y Pino, Stella. (2020). De los mundos sociales y culturales a los mundos pedagógicos transformadores; Conversaciones desde la Educación Popular. En: Redes de Solidaridad y organizaciones en contextos de diversidad. Garcés, Noe, Robayo, Linay y Mendoza Selma (compiladores). Editorial Artemis. Brasil. pp:144-162.
- Escobar, Arturo. (2014). Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre el desarrollo, territorio y diferencia. Editorial Unaula, Medellín
- Freire, Paulo. (1968). La Educación como práctica de la libertad. Siglo XXI de España Editores. Madrid.

## Diálogos amorosos entretnejidos desde la educación popular

### Ponente:

Magda Alicia Ahumada Pardo - Colombia  
Universidad del Cauca

### Autores

Magda Alicia Ahumada Pardo<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

Las experiencias investigativas que compartimos hacen parte del proyecto de investigación “Entretnejidos de la Educación Popular y sus aportes comunitarios en la construcción de memoria y los procesos de paz. fase I”, liderado por el Grupo de Educación Popular de la Universidad del Cauca.

Este proceso educativo y pedagógico que tiene como propósito acercarse a las dinámicas locales de la escuela que parte de las experiencias de la violencia física y verbal, hacia los caminos y tejidos educativos transformadores que posibilitan el florecimiento de procesos organizativos, solidarios, participativos, incluyentes y de vida, desde los principios fundamentales de la Educación Popular. En este sentido se teje desde la propuesta de los diálogos amorosos, entendidos siguiendo con Freire (1985:8) La esperanza es una necesidad ontológica”.

Justificación. El Cauca es un territorio biodiverso, con gran riqueza social, de empoderamiento del movimiento social y de los caminos de empoderamiento popular. Así se siguen trazando caminos que movilizan las voces por la vida, por la alegría, el reconcomiendo de la desnaturalización de las acciones diarias que hacen daño y niegan la posibilidad de la existencia. Lo que nos motiva a preguntarnos sobre ¿Cómo desde los diálogos amorosos se puede aportar en la transformación de vivencias de violencia físicas y verbales en la escuela?

Método. Metodológicamente se teje desde una perspectiva cualitativa que se aproxima a la vivencia de los contextos educativos. el diálogo educativo surge a partir del encuentro y la conversación con la comunidad educativa: maestros, maestra, estudiantes y padres y madres de familia, para pensar colectivamente caminos de convivencia y esperanza en contexto.

En esta experiencia se fundamenta en la pedagogía del amor, siguiendo con López, (2019: 261):“ desde la esencia de una pedagogía humanista y amorosa en función de promover un clima armonioso y enriquecedor de aprendizajes para los estudiantes en la procura de la ternura de aceptación de las individualidades, características, habilidades, destrezas y limitaciones de los alumnos en el marco de la construcción del conocimiento colectivo y sin barreras o limitaciones, la aceptación mutua docentes y estudiantes en un solo acto de aprendizaje y enseñanza común.”.

<sup>1</sup>Universidad del Cauca

Hallazgos: Si bien la vivencia de la violencia armada y el desplazamiento están presentes en muchos de los relatos de los niños y niñas, fundamentalmente encontramos el acercamiento a la experiencia cercana, “que su madre no lo castigue y le dé un abrazo”, “que su perro no muera a causa de un envenenamiento propiciado por su vecino”, “la alegría de poder jugar fútbol en su colegio” o de vivenciar la agresión y las pandillas, así como la inseguridad en sus barrios y casas.

De acuerdo con Ghiso (1999: 58): “se debe construir una pedagogía que no enseñe a guardar silencio sobre lo que el estudiante piensa y siente, se debe desarrollar propuestas educativas con el diálogo con el cual no se permita que se guarde lo que se piense y siente el estudiante, se debe impulsar prácticas y teorías educativas para formar convivencia y, así se permita que la palabra retorne de su exilio”.

Discusión: Compartimos con ellos el repensar de la violencia al espacio íntimo que se visibiliza en la escuela y que se comparte desde sus dibujos e interpretaciones, al tiempo la naturalización de la violencia cotidiana que en muchos casos ya no sorprende, se considera como “normal” y se asume como constituyente de las relaciones sociales. La violencia familiar de las carencias afectivas se desplaza hacia el trato con sus amigos, a la representación de sus juegos, a la forma como se asumen en el mundo.

### Referencias Bibliográficas

- Freire, Paulo (1985). “La Pedagogía de la esperanza. México. Siglo XXI.
- Ghiso, Alfredo (1999). Pedagogía y Conflicto: Pistas para deconstruir mitos y desarrollar propuestas de convivencia. Signo y Pensamiento. N° 34. Universidad Javeriana Departamento de Comunicación pp. 35-58. Colombia.
- López, Cesar. (2019). La Pedagogía del Amor y la Ternura: Una Práctica Humana del Docente de Educación Primaria. Revista Cientific, vol. 4, núm. 13, pp. 261-277, 2019. Instituto Internacional de Investigación y Desarrollo Tecnológico Educativo. Venezuela.

## Experiencia educativa universitaria en formación de maestros en educación para la salud

### Ponente:

Bibiana Edivey Castro Franco - Colombia  
Universidad del Cauca

### Autores

Bibiana Edivey Castro Franco<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

La ponencia alude a una experiencia de formación de estudiantes de licenciatura en el campo de la educación en salud, a partir de una asignatura denominada “Educación y salud” que se ofrece como parte del currículo a programas de licenciatura de la Universidad del Cauca, en aras de establecer articulación entre el sector salud y educación. Problema y justificación. El Cauca es un Departamento de difícil acceso geográfico, presenta una diversidad cultural y étnica, es una región afectada por la violencia ejercida por grupos armados, por cultivos ilícitos y por el asesinato de maestros y maestras, líderes comunitarios y es en estas condiciones adversas que tienen lugar los procesos educativos.

En correspondencia con lo anterior, los maestros de instituciones educativas se ven abocados a desarrollar prácticas educativas en salud, sin ser conscientes en muchos casos de que incursionan en este campo. Los maestros orientan sus prácticas educativas retomando las dificultades encontradas: exclusión, maltrato infantil, las carencias físicas, económicas y emocionales, educación sexual, hábitos de alimentación, asepsia y medio ambiente, lo anterior se evidencia no solo en los proyectos transversales sino en la práctica educativa cotidiana del ejercicio profesoral. Una situación encontrada en este ejercicio es que los maestros cuentan en su formación con bases sólidas a nivel de enfoques pedagógicos y praxis educativas que ponen al servicio del proceso, enseñanza, aprendizaje de su disciplina, no obstante requieren conocimientos y rutas de trabajo en salud, lo que sugiere la necesidad de lograr una articulación de los diferentes saberes de la salud y lo pedagógico para cualificar su práctica educativa en salud.

Las situaciones descritas han llevado a que en la asignatura “educación y salud”, en aras de lograr una articulación entre el campo de la salud y la educación, se formulen preguntas problematizadoras para dar encuadre a la experiencia en formación de maestros en educación en salud: ¿qué entendemos por salud? ¿Qué entendemos por educación en salud? ¿Cuál es el papel del maestro en la promoción de la salud y en la educación en salud?

Teoría que sustenta la experiencia educativa. Se parte de las cartas internacionales de Atención Primaria en Salud y Promoción en salud, se da apertura al concepto de salud y al papel de la educación en su promoción. Se acogen las perspectivas del contexto y epistemes que emergen en función de la diversidad de pueblos y culturas que se presentan en el Departamento del Cauca. Se retoma la concepción de salud de

<sup>1</sup>Universidad del Cauca

los pueblos originarios que conciben la salud como “buen vivir” o “armonización-equilibrio”, se toma en cuenta aspectos sociales, ambientales, culturales y espirituales. Lo anterior implica que las acciones de salud deban adaptarse a las cosmovisiones propias y a los contextos comunitarios. Se retoma la propuesta de Educación para la salud, que contempla como ejes la justicia social, la ética y lo político, y concibe la educación en salud como un derecho.

Método, metodología y didácticas: En la asignatura, se retoman diferentes perspectivas epistemológicas en articulación con el método.

Objetivos: Reflexionar sobre la formación del maestro de instituciones educativas en educación en el campo de la salud, en el ámbito de la educación superior. Visibilizar el rol del maestro de instituciones educativas en la educación en salud. Proporcionar elementos teóricos- prácticos y éticos, para abordar, desde el ámbito escolar, procesos formativos y conceptuales de la salud. Comprender la educación en salud como práctica social y política.

Resultados y conclusiones: Con la asignatura, se logra en los licenciados, una reflexión de la educación en salud en contextos sociales diversos. Se identifica los fenómenos y temáticas en salud abordados por los maestros en el Cauca.

### Referencias Bibliográficas

- Castro, B y Murillo, M. (2023). ¿Qué y para qué se observa en pedagogía? Popayán, Colombia: Editorial Universidad del Cauca.
- Peñaranda F, López JM, Molina DP. La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 123-133. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.10.
- Tirado, A. (2021). El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Revista Ciencias Biomédicas*, 10(1), 55-60

## Que tu voz tenga quien la escuche

### Ponente:

Alejandra María Henao - Colombia  
Universidad del Cauca

### Autores

Alejandra María Henao<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

El Departamento del Cauca ubicado al sur occidente del país, no ha sido ajeno a las múltiples expresiones de violencia, la convivencia y el conflicto armado. La experiencia de “Que tu voz tenga quien la escuche” se ha adelantado en el municipio de Santander de Quilichao con el grado 9° de la Institución Educativa Cauca. Desde Educación popular en salud, a partir del proyecto “Entretrejos de la educación popular y sus aportes comunitarios en la construcción de memoria y procesos de paz, Fase I”, logra dar sentido a la vivencia y el valor social que tiene la paz en un diálogo y encuentro con los otros, la convivencia y la reconciliación.

Objetivos: Generar estrategias educativas y pedagógicas en salud (entendida esta en una perspectiva holística) desde la educación popular para la comunidad escolar en escenarios del conflicto armado que contribuyeron a fomentar procesos de convivencia y paz en sus territorios. Nos hemos valido de la lectura de historias y narraciones orales como una gran experiencia en cualquier etapa de la vida. Y, si queremos profundizar en el conocimiento acerca de la misma, tendremos que explorar en la escuela y en otros lugares como las bibliotecas y la comunidad en general donde están todas aquellas personas que se interesan en ella para acercarnos cada vez más en sensibilizar al público asistente sobre la importancia de la lectura para generar diálogos conjuntos, no aleccionadores, y al contrario, poner en cada escenario de encuentro historias complejas de vida que permiten interpretar las propias realidades desde otras perspectivas en aras de resignificar nuestra interlocución con el mundo y dar la posibilidad de hacer memoria, sanar, reparar y adelantar construcciones de paz. Proceso educativo, método y didáctica. Contamos como aliado estratégico el proyecto “La paz se toma la palabra” del área cultural de la ciudad de Popayán del Banco de la República.

El método: Se acoge la Investigación Acción. Materiales como libros de las cajas viajeras que traen historias de autores de nacionalidades diversas que narran desde sus experiencias propias las huellas de la guerra y personajes que página a página dan cuenta de una complejidad de vida marcada por situaciones dolorosas. Estas historias nos permitieron escucharnos con un diálogo de experiencias más personales y conversar sobre inquietudes, temores, incertidumbres y anhelos de quienes participan. La segunda estrategia fue el “Baúl de herramientas” que contiene líneas temáticas con recursos en físico como “Hechos de paz”, “Los niños piensan la paz” y “Contando historias”.

<sup>1</sup>Universidad del Cauca

Resultados: Aportar en la formación de maestros y estudiantes desde la escucha y el desarmar la palabra. Lo significativo fue la expresión individual y colectiva de emociones, pensamientos, relatos y dibujos de guerra y paz. Lo primordial fue la reflexión acerca de nuestra historia desde la región nada ajena al país.

Conclusiones: Las conclusiones son aperturas desde la expresión individual y colectiva de emociones, pensamientos, relatos de guerra y paz, toma de conciencia y reflexión acerca de nuestra historia como país, marcada no solo por hechos violentos y victimizantes, sino también por acciones de convivencia que invitan al respeto, la memoria y la esperanza. Solo es cuestión de aceptar la invitación desde las letras, generar vínculos desde la palabra en los diferentes grupos poblacionales y así cruzar sin ninguna distinción todo tipo de fronteras.

### Referencias Bibliográficas

- Biblioteca Banco de la República.(26 de abril, 2023). Línea temática, La paz se toma la palabra. Recuperado de <https://www.banrepcultural.org/proyectos/la-paz-se-toma-la-palabra/baul-de-herramientas/hagamos-las-paces>
- Yunes. E. (2013). Vida que te quiero leer. Lectores en camino. Formando agentes de lectura. Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte. Bogotá, 23.



## Perspectiva educativa integral por la salud nutricional de los escolares

### Coordinador

Teresita Alzate Yepes  
Universidad de Antioquia

### Presentación de la Mesa:

En esta mesa temática se abordarán diferentes trabajos relacionados con la prevención del cáncer de colon y la lucha contra la obesidad desde una perspectiva educativa. El objetivo principal será analizar las lecciones aprendidas y los desafíos enfrentados en una intervención educativa con enfoque socio ecológico, con el fin de contribuir al diseño e implementación de políticas públicas efectivas en la región.

Los trabajos que se trataron fueron los siguientes:

- Marco conceptual y pedagógico para la prevención y promoción de una alimentación saludable en el entorno escolar: Se presentó un marco conceptual y pedagógico para la prevención y promoción de una alimentación saludable en el entorno escolar, con el objetivo de prevenir la obesidad infantil.
- La salud bucal en la prevención de la obesidad infantil: lecciones aprendidas y recomendaciones: Se discutió la importancia de la salud bucal en la prevención de la obesidad, y se compartirán lecciones aprendidas y recomendaciones basadas en experiencias previas.
- Estrategias educativas convencionales y no convencionales transformadoras en actitudes, conocimientos y prácticas para la salud bucal: Se exploraron diferentes estrategias educativas, tanto convencionales como no convencionales, que se han demostrado efectivas en transformar las actitudes, conocimientos y prácticas relacionadas con la salud bucal.
- Desarrollo de un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Escolar (SISVANE): Se presentó el desarrollo de un SISVANE, diseñado específicamente para entornos escolares, con el objetivo de monitorear y evaluar la situación nutricional de los estudiantes.
- Validación de una escala para evaluar el dominio de conocimientos, la autoeficacia y disposición al cambio para la enseñanza de la Educación Alimentaria Nutricional en docentes de escuelas primarias en México: Se compartieron los resultados de la validación de una escala diseñada para evaluar el nivel de conocimientos, la autoeficacia y la disposición al cambio de los docentes de escuelas primarias en relación con la enseñanza de la educación alimentaria nutricional.
- Formación en educación para la salud: fortaleciendo capacidades de los educadores para abordar la obesidad infantil: Se discutió la importancia de la formación en educación para la salud y se presentarán programas y estrategias para fortalecer las capacidades de los educadores en el abordaje de la obesidad infantil.

Los trabajos presentados abordarán diferentes aspectos, como la alimentación saludable, la salud bucal, la vigilancia nutricional escolar, la formación de docentes y las estrategias educativas efectivas. Estos aportes podrán ser de gran utilidad para el diseño e implementación de políticas públicas efectivas para abordar la obesidad.

### Títulos de las ponencias

- Marco conceptual y pedagógico para la prevención y promoción de una alimentación saludable en el entorno escolar.
- La salud bucal en la prevención de la obesidad infantil: lecciones aprendidas y recomendaciones.
- Estrategias educativas presenciales y no presenciales transformadoras para la salud en ambientes escolares.
- Desarrollo de un Sistema integral de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Escolar.
- Validación de una escala para evaluar el dominio de conocimientos, la autoeficacia y disposición al cambio para la enseñanza de la Educación Alimentaria Nutricional en docentes de escuelas primarias en México.
- Formación en educación para la salud: fortaleciendo capacidades de los educadores para abordar la obesidad infantil.

## Marco conceptual y pedagógico para la prevención y promoción de una alimentación saludable en el entorno escolar

### Ponente:

Paula Andrea Giraldo Sánchez  
Universidad de Antioquia

### Autores

Paula Andrea Giraldo Sánchez<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

**Introducción:** La obesidad infantil es un problema de gran magnitud, afectando a más del 30% de la población a nivel mundial (FAO, 2018; Tarragó et al., 2020). Durante la etapa escolar, factores ambientales y sociales ejercen una alta influencia en los individuos, por lo que es crucial abordar el sobrepeso desde la infancia. Sin embargo, muchas acciones preventivas han sido aisladas y se han centrado en un único factor determinante, sin considerar la naturaleza social de dicho fenómeno.

**Propuesta o desarrollo teórico o metodológico:** identificar los componentes de una propuesta educativa alimentaria basada en el enfoque socio ecológico, aplicada a los microambientes del entorno escolar, para la prevención de la obesidad en escolares de 8 a 12 años. Para ello, se empleó un diseño de investigación cualitativa con un enfoque hermenéutico. Se realizaron nueve grupos focales con escolares, docentes y padres de familia, además de encuestas semiestructuradas a escolares y padres. El análisis se basó en la teoría fundamentada y en estadística descriptiva.

**Discusión:** Los resultados revelaron cuatro componentes educativos clave. En primer lugar, se identificó el componente educativo dirigido a los oferentes de alimentos en el entorno escolar, como las tiendas escolares, restaurantes y vendedores ambulantes. Este componente se enfocó en reducir la disponibilidad de productos ultraprocesados y promover preparaciones más saludables, incorporando ingredientes como frutas y verduras. En segundo lugar, se desarrolló un componente educativo para los escolares, centrado en la selección de alimentos y la modificación de preparaciones, fomentando el conocimiento de ingredientes y sus efectos en la salud, considerando las necesidades individuales. En tercer lugar, se implementó un componente educativo para los docentes, abordando los principios de alimentación y nutrición, e integrando la alimentación como eje transversal en las áreas del conocimiento y en el plan educativo institucional. Por último, se diseñó un componente educativo para los padres, enfocado en la alimentación casera, mediante sesiones de culinaria que promovieron la práctica de preparaciones adaptadas al contexto y al estado nutricional del escolar y los miembros del hogar.

**Conclusiones:** se destacó la importancia de implementar acciones educativas con un enfoque diferencial y basadas en el diálogo de saberes, involucrando a la comunidad educativa en su conjunto. Estas acciones deben abordar los factores obesogénicos desde las percepciones, significados y creencias de los actores involucrados, permitiendo una intervención sinérgica y efectiva. La propuesta educativa alimentaria basada en el enfoque socio ecológico mostró ser una estrategia prometedora para la prevención de la

<sup>1</sup>Universidad de Antioquia

obesidad infantil en escolares de Antioquia. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la educación en el campo de la salud, destacando la necesidad de adoptar un enfoque integral y colaborativo en la lucha contra la obesidad infantil.

Los aprendizajes mencionados en la comunidad educativa dan cuenta de la apropiación de los principios básicos de una alimentación saludable, aprendizajes que permitirán la toma de decisiones conscientes sobre alimentación y que se ven reflejados, en alguna medida, en la reducción en las cifras de exceso de peso en los escolares de Institución Educativa; durante los tres años de intervenciones las cifras de exceso de peso se redujeron en un 10% (paso de un 38% en el año 2018 a un 28,6% en el año 2022). Sin embargo, se debe resaltar que esta disminución en las cifras de exceso de peso puede ser producto en gran parte por el abordaje integral con intervenciones en todos los entornos alimentarios de los escolares; en la escuela (desde la tienda escolar, el servicio de alimentación, y la lonchera escolar), en el hogar y la comunidad.

### Referencias Bibliográficas

- FAO. (2018). El Director General de la FAO alerta sobre el alarmante aumento del sobrepeso y la obesidad en América Latina y el Caribe. <http://www.fao.org/news/story/es/item/1105554/icode/>
- Tarragó, O. F., Francisco, C., Müller, A., Asdrúbal, S., & Pons, J. E. (2020). El problema del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia. Una mirada desde la Bioética. 4(1), 249–253. <https://doi.org/10.4324/9780203403068-37>

## La salud bucal en la prevención de la obesidad infantil: lecciones aprendidas y recomendaciones

### Ponente:

Tomas Bernal Álvarez - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Tomas Bernal Álvarez<sup>1</sup>  
Adriana Posada López<sup>2</sup>  
Paula Andrea Zapata Marín<sup>3</sup>  
Jessica Alejandra Velásquez Benítez  
Jorge Andrés Álvarez Córdoba

### Resumen de la ponencia

**Introducción:** La obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente y sus causas fundamentales son sociales, derivadas de ambientes que promueven hábitos alimentarios y estilos de vida inadecuados (Mariño, A., Gámez, A., & Landrove, O. 2015). A pesar de que se han reportado estudios que establecen una relación entre la malnutrición y la salud bucodental, no existe un factor claro, pero sí, atiende a implicaciones previas y concomitantes. La Revisión Sistemática sobre la relación entre la presencia de caries y el problema de salud pública, sobrepeso y obesidad infantil, muestra resultados no claros, pues no se concluye si existe relación de causalidad o de coexistencia en el tiempo, ya que comparten etiología común y factores contribuyentes similares (González, Adobes, & González, 2013). Por lo anterior, se evaluó el efecto de la intervención educativa en la salud bucodental en relación con el IMC de los escolares de la institución Educativa Monseñor Gerardo Valencia Cano.

**Propuesta o desarrollo teórico o metodológico:** Se realizó un estudio longitudinal en dos momentos, 2019 (471 estudiantes) y 2022 (437 estudiantes). Se seleccionaron 83 escolares, quienes contaban con la valoración odontológica y valoración nutricional antropométrica en los dos momentos. Posterior a esto se diseñaron diferentes intervenciones educativas. El análisis descriptivo se realizó mediante el cálculo de medidas de dispersión y posición para las variables cuantitativas. Para el caso de las variables cualitativas, se obtuvieron frecuencias y porcentajes, para establecer las variables cualitativas que se asociaban estadísticamente con el IHOS, se aplicó la prueba de Chi cuadrado. Se asumió como asociación significativa aquella cuyo valor “p” fuera menor a 0,05. Con el fin de observar los cambios entre el antes y el después se realizó Prueba U Mann Whitney con el Intervalo de confianza al 95% y Prueba de rangos de Wilcoxon para explorar diferencias intragrupalas. Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizaron los softwares Microsoft Office Excel y Access® 2013, el software estadístico IBM Spssv20, Power Bi.

**Discusión:** En cuanto a la intervención educativa realizada, se evidenció una mejoría en los estilos de vida, ya que el consumo de ciertos alimentos es directamente proporcional al riesgo de caries, sin embargo, no se establece que haya relación directa con la aparición de la caries, pues esta es multifactorial.

Posterior a las evaluaciones, intervenciones y análisis ejecutados, se evidencia que las comunidades demandan una mayor respuesta interdisciplinaria, ya que los hábitos de vida saludable no se pueden individualizar, y es por eso que exige una mayor relación, no solo entre las áreas de la salud, sino también

<sup>1,2,3</sup> Universidad de Antioquia

fuera de ella, llevando a las comunidades proyectos que, más allá de evaluar o generar conocimiento para el investigador y comunidad científica, genere aprendizajes para el crecimiento personal de la población objeto.

Conclusiones: Los escolares incrementaron el uso de elementos de higiene bucal, aumentó la proporción de personas con higiene excelente y buena en 2022 y la necesidad de tratamiento mediano y hubo una disminución en la necesidad de tratamiento de operatoria, riesgo de caries, IHOS y Ceo-d posterior a la intervención educativa.

### Referencias Bibliográficas

- Mariño, A., Gámez, A., & Landrove, O. (2015). Obesidad y su relación con algunos factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. *Revistas médicas cubanas*, 16(2).
- González, M., Adobes, M., & González, J. (2013). Revisión sistemática sobre la caries en niños y adolescentes con obesidad y/o sobrepeso. *Nutr.Hosp* [online], 28(5), 1372-1383. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.5.667>.

## Estrategias educativas presenciales y no presenciales transformadoras para la salud en ambientes escolares

### Ponente:

Paula Andrea Zapata Marín - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Paula Andrea Zapata Marín<sup>1</sup>  
Jessica Alejandra Velásquez Benítez  
Jorge Andrés Álvarez Córdoba  
Tomas Bernal Álvarez<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

**Introducción:** La escuela se convierte en demandante de estrategias de promoción de la salud, cuando la obesidad y el sobrepeso en escolares es un problema en aumento, producto de un alto consumo de alimentos ultraprocesados, carbohidratos, azúcares, bajo consumo de proteína; lo anterior, transversalizado por las condiciones socioeconómicas de la población, pues la alimentación se basa en el poder adquisitivo de las familias, y en ocasiones, los niños no cuentan con un acompañamiento permanente en casa, lo que obliga a sus padres mantener productos fáciles y rápidos de preparar, fomentando malos hábitos alimentarios.

La presente experiencia investigativa y de intervención, aborda el problema de la obesidad para su prevención desde el entorno escolar y familiar, desarrollando acciones educativas sobre los hábitos alimentarios y salud bucal, mediante estrategias educativas para la salud dirigidas a docentes, estudiantes y cuidadores.

**Propuesta o desarrollo teórico o metodológico:** Mediante grupos focales, observación, revisión documental y entrevistas a profundidad, se identificó en estudiantes, docentes, padres y tienda escolar las características socioculturales del contexto de los escolares, significados y prácticas sobre estilo de vida, salud, estado nutricional, hábitos de alimentación, higiene bucal, así como las percepciones y los factores determinantes de la obesidad.

Mediante datos cualitativos y cuantitativos se diseñaron e implementaron las intervenciones educativas con enfoque interdisciplinario.

**Discusión:** Los participantes en las estrategias presenciales, en su mayoría estudiantes (428), se convierten en replicadores de los conocimientos adquiridos en sus familias; el acercamiento con docentes y padres de familia fue bajo y su participación limitada por tiempos de trabajo, siendo un factor para mejorar dentro de la planeación de las estrategias. En cuanto a las estrategias virtuales, se logra mayor acercamiento con padres de familia, aumentando la participación, sin embargo, los estudiantes son los que tienen mayor acceso a herramientas digitales.

El cumplimiento del objetivo educativo en actividades presenciales es de 94,67%, indica acierto en el diseño, desarrollo e implementación de las estrategias educativas. En las herramientas digitales se logra un cumplimiento del 100%, pero son los estudiantes quienes tienen un acercamiento directo a las mismas.

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

Conclusiones: Las voluntades y disposiciones de los actores posibilitaron el desarrollo de la propuesta de intervención comunitaria.

Posterior al desarrollo de esta se evidencia una disminución de los estilos de vida no saludables, generadores de obesidad y sobrepeso, impactando favorablemente en la salud de los escolares.

Con la efectividad de la acción educativa en higiene bucal y de alimentación se impactó favorablemente en la salud de los escolares, generando cambios en los hábitos de vida, lo cual aporta a disminuir los estilos de vida no saludables.

### Referencias Bibliográficas

- Plan de desarrollo local, Comuna 7 Robledo. (2015). Disponible en: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano\\_2/PlandeDesarrollo\\_0\\_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA7\\_ROBLEDO.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA7_ROBLEDO.pdf)
- OMS. Fomento de la salud a través de la escuela. (1997). Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42206/WHO\\_TRS\\_870\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42206/WHO_TRS_870_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



## Desarrollo de un Sistema Integral de Vigilancia Alimentaria y Nutricional Escolar

### Ponente:

Carlos Andrés Sepúlveda Calle - Colombia

### Autores

Carlos Andrés Sepúlveda Calle<sup>1</sup>  
Paula Andrea Giraldo Sánchez<sup>2</sup>  
Tomas Bernal Álvarez<sup>3</sup>  
Teresita Alzate Yepes<sup>4</sup>

### Resumen de la ponencia

**Introducción:** Como parte de las estrategias de prevención de enfermedades relacionadas con el estado nutricional, entidades como la FAO y la OMS han propuesto y desarrollado sistemas de vigilancia que han demostrado ser herramientas útiles para encaminar la toma de decisiones de los gobiernos en cuanto a la salud nutricional de sus poblaciones, lo cual ha demostrado ser eficaz para la detección de situaciones problemáticas y para el seguimiento de la evolución de la situación nutricional a nivel local, nacional e, incluso, global. Con esto en mente, se consideró pertinente el desarrollo de un software que sirviera como Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional interno en la Institución Educativa Monseñor Gerardo Valencia Cano, debido a la necesidad de documentar y estudiar los cambios sobre diferentes variables relacionadas a la salud y nutrición que tengan los estudiantes a lo largo del proyecto y en la posteridad.

**Propuesta o desarrollo teórico o metodológico:** Para el estudio de las variables utilizadas en la creación del SISVANE, se tuvo en cuenta el diagnóstico realizado por los componentes de Salud Bucal y Alimentación. **Salud bucal:** Por medio del análisis del índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S), el indicador de Prevalencia e Historia de Caries en dientes permanentes y en dientes deciduos COP-Dyceo-d y la valoración del riesgo de caries, se identifica el estado de salud bucal de los estudiantes de la institución, y se genera un reporte de las condiciones de salud bucal que permite el diseño de intervenciones de acuerdo con las necesidades identificadas y realizar un seguimiento a cada estudiante o grupo de estudiantes en el tiempo. **Alimentación:** Por medio de mediciones antropométricas y evaluaciones de consumo, aporta información sobre la calidad de la dieta de los estudiantes que permite identificar posibles factores de riesgo y factores protectores para la salud. Mediante el estudio periódico de la evaluación del estado nutricional y los hábitos alimentarios es posible evaluar las variaciones que indiquen el impacto logrado a través de la educación nutricional, logrando graficar la dirección y la tendencia del estado nutricional de la población e identificar los individuos o grupos que requieran adaptación, focalización y refuerzo de las estrategias.

El SISVANE sirve como herramienta de seguimiento en el tiempo a los cambios logrados en los estudiantes como población y como individuos, debido a que recopila periódicamente la evolución de cada uno en cuanto a sus perspectivas y prácticas de hábitos de vida saludable, y lo relaciona con el estado nutricional de los sujetos, permitiendo realizar comparaciones entre individuos y subgrupos (por edad, sexo, grado

<sup>1</sup> ISA Intercolombia

<sup>2,3</sup> Universidad de Antioquia - Escuela nutrición y Dietética

<sup>4</sup> Universidad de Antioquia - Facultad de Odontología

de escolaridad, etc.). Así mismo, mediante el análisis de los resultados arrojados periódicamente por el SISVANE, es posible conocer la efectividad de las intervenciones realizadas con los estudiantes desde los diferentes componentes del proyecto (Actividad Física, Alimentación y Salud Bucal), para realizar las modificaciones pertinentes, o bien, para fortalecer aquellas estrategias que demuestran ser efectivas para la prevención del exceso de peso en la infancia y adolescencia, y para la promoción de hábitos de vida saludable.

Conclusiones: Por medio del desarrollo del SISVANE se pretende contribuir a que la Institución Educativa tenga las herramientas para autogestionar el seguimiento de los cambios en el estado nutricional de los estudiantes, y así evaluar periódicamente las necesidades de los escolares en cuanto al desarrollo o fortalecimiento de estrategias educativas para la salud.

### Referencias Bibliográficas

- FAO. (1974). El estado mundial de la agricultura y la alimentación. Informe del consejo de la FAO. 64o Período De Sesiones Roma, 18–29 De Noviembre De 1974. . Recuperado: marzo 14, 2023, de: <https://www.fao.org/3/F5340S/F5340S03.htm#ch3.4>.
- World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations & United Nations Children’s Fund (UNICEF). (1976). Metodología de la vigilancia nutricional: informe de un Comité Mixto FAO/UNICEF/OMS de Expertos [1 al 10 de octubre de 1975]. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40953>

## Validación de una escala para evaluar el dominio de conocimientos, la autoeficacia y disposición al cambio para la enseñanza de la Educación Alimentaria Nutricional en docentes de escuelas primarias en México

### Ponente:

Gabriel Eduardo Lara Abad - México  
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

### Autores

Gabriel Eduardo Lara Abad<sup>1</sup>  
Marcos Galván García<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

Resumen: Derivado de estilos de vida no saludables, como dietas de alta densidad energética, sedentarismo y desinformación en nutrición, una parte importante de la población mundial vive con sobrepeso y la obesidad, desarrollando además otras comorbilidades. Una de las áreas de oportunidad para contrarrestar esta situación es la educación alimentaria nutricional (EAN) dentro de las escuelas de educación básica. Los docentes desempeñan un rol fundamental en la enseñanza de hábitos y conductas saludables; sin embargo, en algunos casos pueden carecer de dichos hábitos o no estar completamente desarrollados. Además, se reconoce que factores internos, como la personalidad, la autoeficacia y las creencias en salud, desempeñan un papel importante en el desarrollo de hábitos relacionados con el sobrepeso y la obesidad.

Propuesta o desarrollo teórico o metodológico: Estudio de tipo observacional de validación. Descripción de la población de estudio: Expertos en educación para la salud en México que se encuentren activos dentro de instituciones de educación superior públicas o privadas, centros de investigación o instituciones de prestación de servicios educativos con trayectoria en el tema de educación alimentaria nutricional probada a través de publicaciones o el desarrollo de proyectos de investigación e intervención. Docentes adscritos a escuelas públicas que atiendan estudiantes de nivel primaria (niños de 6 a 12 años) que se encuentren en funciones activas de docencia frente a grupo, que acepten participar por invitación abierta que se realizará por diversos medios (redes sociales, página web, correo electrónico, invitación a escuelas, y otros canales de comunicación).

Discusión: De los 88 ítems evaluados, se obtuvo un total de 58 ítems con comunalidades significativas en la matriz de comunalidades. Esto significa que estos 58 ítems mostraron una correlación sustancial con los factores extraídos y contribuyeron de manera significativa a la explicación de la varianza en el conjunto de datos. Las comunalidades obtenidas indican que estos 58 ítems están fuertemente relacionados con los constructos subyacentes de autoeficacia, disponibilidad al cambio y conocimientos en Educación Alimentaria Nutricional (EAN). Estos ítems reflejan aspectos relevantes y representativos de los conceptos que se deseaban evaluar en el instrumento. Así, estos ítems representan una parte importante de la estructura subyacente de los constructos de autoeficacia, disponibilidad al cambio y conocimientos en EAN.

<sup>1,2</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Estos hallazgos respaldan la validez y la fiabilidad de los ítems seleccionados en el instrumento, dando cuenta así de la posibilidad para el análisis e interpretación de los datos obtenidos en relación con el objetivo de la investigación.

### Referencias Bibliográficas

- Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*
- World. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2021 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organismos internacionales alertan sobre las enfermedades crónicas en el contexto de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2018 [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/22-9-2020-organismos-internacionales-alertan-sobre-enfermedades-cronicas-contexto-covid-19>

## Fortaleciendo capacidades de los educadores para prevenir la obesidad escolar

### Ponente:

Teresita Alzate Yepes - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Teresita Alzate Yepes<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

**Introducción:** Prevenir la obesidad en escolares es un reto y una urgencia social. Uno de los ambientes más importantes donde se desarrolla el niño es la escuela, después del hogar, es el segundo espacio en el que pasa el mayor tiempo, tal como menciona Jaramillo et al. (2022): “los niños pasan la mayor parte del tiempo en las instituciones educativas, permanecen por lo menos la mitad del día y gran parte de ellos realizan hasta dos comidas en el mismo lugar” (p. 15), por lo que la escuela para varios autores, es concebida como el lugar que más influye en la adquisición de hábitos alimentarios, por ello es el ambiente más propicio para realizar acciones de promoción de hábitos y de estilos de vida saludables.

**Propuesta o desarrollo teórico o metodológico:** Se centró desde el componente de actividad física (AF) en ambientes saludables, promoción de actividad física en el entorno escolar y actividad física en el hogar, buscando en este, hacer extensiva la visión de los ejes anteriores.

En relación con las necesidades educativas de los docentes y priorizadas como temáticas problemáticas en alimentación, se definieron: limpieza y desinfección de alimentos, la importancia del desayuno, refrigerios y loncheras saludables, y caldos, sopas y guisos saludables y naturales, en coherencia con tres propósitos fundantes: la disminución del consumo de productos ultraprocesados, el aumento de la fibra en la alimentación y la promoción de los alimentos con propiedades anticancerígenas. Derivado de los retos curriculares de esta completa capacitación, que incluyó talleres y demostraciones culinarias, se desarrolló durante dos años un proyecto de aula con preescolares, la huerta escolar, alrededor de la cual se organizaron los conocimientos de las distintas áreas de la educación inicial.

Se desarrolló una estrategia de sostenibilidad del proyecto creando un Equipo de Promotores para la Salud Nutricional (EPSN) con participación motivada, voluntaria y decisiva de cinco docentes y directivos (40% del EPSN), que se involucró con estudiantes y padres de familia, en la profundización de los determinantes sociales de la obesidad, en la evaluación del estado nutricional y en la formación o fortalecimiento de habilidades para la vida y la gestión de proyectos.

**Discusión:** El papel del docente como eje de la prevención de la obesidad en la escuela es fundamental, ya que los docentes tienen un contacto diario con los estudiantes y pueden influir positivamente en sus

<sup>1</sup>Universidad de Antioquia

hábitos alimentarios y de actividad física. Aragón et al., (2021), frente al papel de los maestros durante las intervenciones, considera que deberá incluir el hecho de planificar el tiempo y la distribución de las sesiones a trabajar, así como la realización de las sesiones de conocimiento, la promoción de actitudes y opiniones respecto a la alimentación, actividad física saludable y reducción del sedentarismo como estilo de vida, la importancia del sueño y el uso de los recursos/activos para la salud disponibles para los estudiantes.

Conclusiones: Los docentes pueden educar a los estudiantes sobre una postura crítica y analítica del contexto en relación con la alimentación y la salud, así como fomentar la importancia de hacer ejercicio y actividad física regularmente. Pueden, desde el ejemplo, fomentar la actividad física. Pueden animar a los estudiantes a llevar loncheras saludables y nutritivas y coadyuvar con el establecimiento de normas para la venta de alimentos y bebidas en el entorno escolar.

### Referencias Bibliográficas

- Aragón-Martín, R., Gómez-Sánchez, M.M., Jiménez-Pavón, D., Martínez-Nieto, J.M., Schwarz-Rodríguez, M., Segundo-Iglesias, C., Novalbos-Ruiz, J.P., Santi-Cano, M. J., Castro-Piñero, J., Lineros-González, C., García, M.H. y Rodríguez-Martín, A. (2021). Study Protocol a Multimodal Intervention for Prevention of Overweight and Obesity in Schoolchildren. A Protocol Study "PREVIENE-CÁDIZ". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1622 <https://doi.org/10.3390/ijerph18041622>
- Ayala, G.X., Monge-Rojas, R., King, A.C., Hunter, R., Berge, J.M. (2021). Entorno social y obesidad infantil: implicaciones para la investigación y la práctica en Estados Unidos y en los países latinoamericanos. *Obesity Reviews*, 22(S5):e13350. DOI 10.1111/obr.13350. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/obr.13350>
- De la fuente Marañón, C. y Cervera Gasch, A. (2018). Revisión integradora sobre intervenciones escolares para la prevención primaria de la obesidad infantil. *Revista Científica de Enfermería*, (18), 19-35.

## La Pedagogía Hospitalaria como práctica educativa en el campo de la salud: tensiones y horizontes

### Coordinador

Colombia Hernández Enríquez  
Universidad de Antioquia

### Presentación de la Mesa:

La mesa presenta un grupo de prácticas pedagógicas, de carácter formativo e investigativo, adelantadas por profesionales de las Ciencias de la salud, las Ciencias sociales y la Educación, en torno a la atención educativa de niños, niñas, jóvenes y comunidades que enfrentan situaciones de salud que conllevan procesos prolongados o recurrentes de hospitalización o tratamiento que limitan sus posibilidades de participación en procesos educativos de carácter formal e informal.

Organizada a manera de un panel, la mesa tiene como objetivo destacar la pluralidad de prácticas en donde se pone en juego un componente educativo orientado a promover el cuidado de la salud, la atención de la enfermedad y el bienestar de personas y comunidades. Mediante la presentación de las experiencias de los y las panelistas participantes, se destacan elementos de la Pedagogía Hospitalaria, que sirven de marco de orientación del trabajo que llevan a cabo estos profesores, egresados y estudiantes de la Universidad de Antioquia, en diferentes contextos y desde distintos campos y enfoques disciplinares.

La mesa inicia con una reflexión teórica y metodológica en torno al concepto de Pedagogía Hospitalaria, en donde se destaca las condiciones que han dado lugar a su emergencia, la pluralidad de referentes que la sustentan y la diversidad de maneras de estudiarla e implementarla. Luego de esta contextualización, se da paso a la presentación de cuatro experiencias de práctica pedagógica, orientadas por principios de la Pedagogía Hospitalaria, adelantadas en Hospitales infantiles, en instituciones Educativas y en proyectos de investigación relacionados con la prevención de enfermedades en comunidades diversas.

En segundo lugar, se dió paso al diálogo entre panelistas y asistentes de la mesa, a partir de tres preguntas orientadoras: ¿Qué entendemos por Pedagogía Hospitalaria?, ¿qué tensiones observamos en estas prácticas? Y ¿cómo valoramos sus aportes o los horizontes que nos brindan? Finalmente, se dió de nuevo la palabra a cada subgrupo de panelistas, invitándoles a derivar una reflexión o una recomendación respecto a su práctica a partir de los aspectos discutidos con sus pares y con los asistentes de la mesa. El cierre de la sesión se realizará mediante la lectura de un poema alusivo a los principios de la Pedagogía Hospitalaria.

### Referencias Bibliográficas

- Ariza, C. (2017). La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 13-32. <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/handle/11162/148943>
- Lizasoain, O. (2016). *Pedagogía hospitalaria. Guía para la atención psicoeducativa del alumno enfermo*. Editorial Síntesis.
- Ocampo González, A., & Monsalve Labrador, C. (2020). Epistemología de la pedagogía hospitalaria. *Revista Educación Las Américas*, 10(1), 118-128. <https://doi.org/10.35811/rea.v10i0.93>

### Títulos de las ponencias

- Pedagogía Hospitalaria: tensiones y horizontes de un concepto en deconstrucción y construcción
- Acompañamiento pedagógico de niños y niñas hospitalizados.
- Acompañamiento pedagógico en las aulas hospitalarias y fuera de estas: lugares emergentes para las familias.
- Articulación entre la pedagogía hospitalaria y la educación inclusiva: una propuesta de fundamentación.
- Formación del docente universitario en Pedagogía Hospitalaria: una apuesta por la promoción de la Permanencia.



## Pedagogía Hospitalaria: tensiones y horizontes de un concepto en deconstrucción y construcción

### Ponente:

Leidy Yaneth Vásquez Ramírez - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Colombia Hernández Enríquez<sup>1</sup>  
Leidy Yaneth Vásquez Ramírez<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

La educación de niños, niñas y jóvenes que enfrentan situaciones de salud, en las que hospitalizaciones amplias o reiteradas, se constituye en una necesidad social y educativa apremiante para Colombia y para otros países del mundo. Aunque ante esta emergencia se han privilegiado apuestas centradas en acciones de intervención directa, sigue pendiente una discusión teórica que le dé mayor fuerza al concepto de Pedagogía Hospitalaria (en adelante PH). En este sentido, creemos que el posicionamiento conceptual de la PH precisa de la revisión de tres componentes: 1) bases conceptuales de salud, educación y enfermedad, 2) enfoques y 3) elementos de la práctica en PH en nuestro contexto.

En respuesta a lo anterior, se aborda un diseño metodológico centrado en el análisis de una propuesta de curso-diploma iniciada en el 2022 con un proceso formativo piloto denominado Curso: Fundamentos Básicos en Pedagogía Hospitalaria, el cual, como proceso propedéutico, permite a los participantes complementar la formación como diplomado en la primera mitad del 2023 y de unirse a la agenda del Seminario Específico I de la línea de Maestría en Educación y Salud, de la Facultad de Educación de la UdeA. Este vínculo de diferentes espacios (formación continua, complementaria y posgradual) favorece una experiencia interdisciplinaria significativa y retadora para la Universidad y, también, aporta tres líneas de avance conceptual para el campo.

En primer lugar, se tensiona el concepto de PH desde la problematización del espacio de la formación social, cultural y emocional de los sujetos y agentes vinculados en procesos de atención, desde la perspectiva de las filosofías de la diferencia, que sostienen que para obrar en otros, es necesario primero hacerlo en uno mismo; en este sentido, se aborda el componente de la atención centrada en la persona y la política de las sensaciones en la práctica de PH, articulando diferentes conceptualizaciones en torno al dolor, la enfermedad y el cuidado de sí y de los otros; lo anterior, la sitúa como un campo de diversificación diferenciado por grupos de individuos: "La Pedagogía Hospitalaria es más que una educación de niños en el hospital [...] precisa de un espacio multifacético, multilocalizado, morfodinámico" (Ocampo, 2022. p.17) y aplicable a diferentes instancias de la educación a lo largo de la vida.

En segundo lugar, se destaca un panorama general sobre los enfoques y los marcos conceptuales desde los cuales se ha construido en Iberoamérica la pregunta por la PH, en relación con una apuesta ampliada

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

que atraviesa los referentes conceptuales de la educación inclusiva, pasando por una pedagogía crítica y los enfoques diversos del cuidado de sí y de los otros desde los estudios culturales; así, se destaca la necesidad de pasar del activismo a los referentes para una educación alternativa que recoja las tensiones teóricas existentes en el campo y desplazan el lugar de las aulas y maestros hospitalarios hacia territorios existenciales para la relación entre Educación y Salud.

Y finalmente, en tercer lugar, se problematiza la formación social, cultural y emocional como elementos articuladores de una definición compleja de PH que la sitúa como un “no espacio educativo” que precisa de la creación de su objeto de estudio y metodología propias, pasando de un enfoque centrado en “garantizar el cumplimiento de derechos y dar respuesta a las necesidades biopsicosociales” (Molina, 2020, p.50; citada por Lizasoain, 2021, p.8), hacia uno situado en los márgenes de diferentes disciplinas (Monsalve, 2020), atravesado por tensiones críticas, diferentes epistemes y luchas paradigmáticas que comienzan a trazar un mapa propio de identidad para la PH.

### Referencias Bibliográficas

- Lizasoain, O. (2021). De qué hablamos cuando hablamos de pedagogía hospitalaria. EDUTEC. Revista Electrónica de Tecnología Educativa, 77, DOI: <https://doi.org/10.21556/edutec.2021.77.2143>.
- Monsalve, C. (2020). (Re)pensar la pedagogía hospitalaria desde sus fundamentos epistemológicos. Revista Intersaberes, 15(35). <https://acortar.link/Gsr1zb>.
- Ocampo González, A. (2022). Argumentos para una epistemología sobre pedagogía hospitalaria. En: Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos. Santiago (Chile): Ediciones CELEI. <https://www.aacademica.org/aldo.ocampo.gonzalez/91>

## Acompañamiento pedagógico de niños y niñas hospitalizados

### Ponente:

Angie Marcela Arroyave Rendón - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Leidy Vanessa del Río Castrillón<sup>1</sup>  
Angie Marcela Arroyave Rendón<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

Esta intervención destaca el lugar de la pregunta por el acompañamiento pedagógico en uno de los escenarios más comunes para la Pedagogía Hospitalaria: el aula hospitalaria.

Esta propuesta destaca la necesidad de intervenciones pedagógicas por parte de un educador en ambientes hospitalarios para los pacientes pediátricos, donde, por medio de un plan de trabajo estructurado desde referentes pedagógicos y didácticos, se acompañe a los niños, niñas y adolescentes en un proceso de aceptación de su condición de enfermedad, de modo que los lenguajes iconográficos y literarios le ayuden a comprender mejor su estado y se pueda abordar el fin de la vida como un estado natural y parte de la condición del ser humano.

Resignificar la experiencia de los niños frente a la enfermedad y el dolor en un hospital para contribuir en su estabilidad emocional, es importante dado que su estancia se caracteriza por períodos largos de inactividad en las habitaciones, abandono de la escuela, separación de la familia, juegos y amigos; además de tener la presencia de profesionales de la salud que son extraños para ellos y estar sometidos a procedimientos médicos ajenos a su realidad.

Todo lo anterior genera respuestas en ellos como ira, agresión, miedo, tristeza, desánimo, apatía, aburrimiento, rechazo, lo cual conlleva a una mayor dificultad para la recuperación o preparación para la partida. Es por lo anterior que, soportado desde los Derechos del niño, el eje del proyecto debe definir cuáles estrategias se plantean dentro de las Aulas Hospitalarias para fortalecer la iniciación y continuidad a los procesos académicos, al juego y a la salud. Un niño aunque esté en condición de enfermedad, sigue siendo niño, un niño con derecho a recrearse, a estudiar, a ser amado en su familia.

Debesse (1986) difundió el término “Pedagogía Curativa” señalando que “la Pedagogía Hospitalaria es pedagogía en tanto que constituye el conjunto de aquellos medios- puestos en acción para llevar a cabo educación y es hospitalaria en tanto que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario” (citado por Lizasoain y Polaino-Lorente, 1996, 15). Estos autores observan que el término hospitalario

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

tiene una función nuclear porque en torno a él se configura toda la tarea pedagógica que tiene un ámbito propio y una significación específica y distinta de otra tarea pedagógica.

En líneas globales, esta propuesta propone un acercamiento a cómo el acompañamiento planteado por la pedagogía hospitalaria permite la implementación de estrategias enfocadas en la aceptación de la situación de enfermedad y la muerte como una parte de la experiencia humana.

### Referencias Bibliográficas

- Beltrán Jiménez, H. y Martínez Sánchez, A. P. (2012). Pedagogía hospitalaria: Campo de acción interdisciplinar para la atención de niños, niñas y jóvenes en situación de enfermedad. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, (11), 96-103. [https://pdfs.semanticscholar.org/5148/c1a86b901113903478343bb7abbdeb3e6795.pdf?\\_ga=2.172210595.1051373485.1593528361-1865627425.1593528361](https://pdfs.semanticscholar.org/5148/c1a86b901113903478343bb7abbdeb3e6795.pdf?_ga=2.172210595.1051373485.1593528361-1865627425.1593528361)
- Lizasoain, O, y Polaino-Lorente, A. (1996). La Pedagogía Hospitalaria como un concepto unívoco e innovador. *Revista Comunidad Educativa*, 231(3), 14-16.
- Ocampo González, A., & Monsalve Labrador, C. (2020). Epistemología de la pedagogía hospitalaria. *Revista Educación Las Américas*, 10(1), 118-128. <https://doi.org/10.35811/rea.v10i0.93>

## Acompañamiento pedagógico en las aulas hospitalarias y fuera de estas: lugares emergentes para las familias

### Ponente:

Valentina Hernández Cano - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Valentina Hernández Cano<sup>1</sup>  
Diana Lorena Duque Hernández<sup>2</sup>

### Resumen de la ponencia

Esta iniciativa presenta una discusión alrededor del tema del acompañamiento pedagógico en las Aulas hospitalarias, centrándose en los roles y acciones particulares de aquellos sujetos que son considerados como actores acompañantes en los diferentes momentos de la hospitalización y postratamiento. De esta manera, se destacan las acciones pedagógicas y del cuidado que llevan a cabo con niños y jóvenes en condición de enfermedad con el fin de favorecer su proceso educativo dentro y fuera del sistema educativo formal, lo cual permite advertir la presencia de cierto tipo de prácticas de acompañamiento que evidencian particularidades en las maneras de dicho acompañamiento que entrarían a fortalecer la idea de un campo conceptual, procedimental e investigativo propio para la Pedagogía Hospitalaria.

Esta experiencia aborda el estudio de caso como una apuesta metodológica que permite desplegar reflexiones en torno a las prácticas del acompañamiento de docentes y familias; desde la presentación y el análisis de dos situaciones en las cuales las prácticas de acompañamiento desafiaron las barreras e hicieron posible la prestación del servicio educativo, se presenta el enfoque de educación basado en la relación con el paciente, para la creación de un ambiente educativo adecuado y la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud y la educación, resaltando la importancia de la participación activa del paciente en su propio proceso educativo y de atención médica (Fernández Hawrylak, 2002; Bernal Zambrano, 2021).

En conclusión, este proyecto de investigación busca profundizar en las prácticas de acompañamiento pedagógico en las Aulas hospitalarias y fuera de estas, pero avanza hacia la generación de unas líneas de recomendaciones para articular a las diferentes maneras de acompañamiento posibles en el campo de la PH.

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

### Referencias Bibliográficas

- Bernal Zambrano, N. (2021). Educación Hospitalaria. Una Visión de Complementariedad. Revista Científica Hallazgos, 6(2), 215-224 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8276770>
- Fernández-Hawrylak, M. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. Tabanque: Revista pedagógica, 15, 139-150. ISSN 0214-7742. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=127613>.
- Grau, M. (2001). Educación hospitalaria. Siglo XXI. [https://www.researchgate.net/publication/31727040\\_La\\_pedagogia\\_hospitalaria\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_una\\_educacion\\_inclusiva](https://www.researchgate.net/publication/31727040_La_pedagogia_hospitalaria_en_el_marco_de_una_educacion_inclusiva).

# Articulación entre la pedagogía hospitalaria y la educación inclusiva: una propuesta de fundamentación

## Ponente:

Sergio Andrés Castaño Cano - Colombia  
Universidad de Antioquia

## Autores

Leidy Carolina Monroy Echeverri<sup>1</sup>  
Isabel Cristina Acevedo Granados<sup>2</sup>  
Sergio Andrés Castaño Cano<sup>3</sup>

## Resumen de la ponencia

La presente propuesta está centrada en la configuración de una estrategia de acompañamiento para jóvenes, niños y niñas que atraviesan periodos prolongados de hospitalización. Para ello, se tomará como base un enfoque de inclusión y restitución de derechos como base, de modo que justifique la necesidad de que las instituciones educativas se comprometan con generar estrategias que permitan la continuidad de los procesos formativos de estudiantes con las condiciones antes descritas.

La concepción de educación inclusiva se basa en lo planteado por el Ministerio de Educación Nacional (2013), al sostener que a la educación inclusiva se sustenta sobre una apuesta contra la exclusión social y el acceso a los derechos que distintos colectivos, entre los que se encuentran los jóvenes, niños y niñas en condición de enfermedad y hospitalización, han padecido a lo largo de la historia. En ese sentido, la educación propone un escenario de restitución de derechos que motiva a las instituciones a generar estrategias que permitan el acceso a dichos derechos.

Al respecto, Palomares-Ruíz et al. (2016) sostienen que la pedagogía hospitalaria permite la implementación de acciones de educación inclusiva sensibles a la diversidad y multiplicidad de capacidades que tienen los y las estudiantes en condición de enfermedad y hospitalización.

A partir de estos fundamentos, nos proponemos construir un marco que retome los aportes investigativos y la normatividad vigente para la generación de un cuerpo de fundamentos que articule la pedagogía hospitalaria y la educación inclusiva para su implementación en instituciones educativas de Colombia.

## Referencias Bibliográficas

- Palomares Ruiz, A., Sánchez Navalón, B. y Garrote Rojas, D. (2016). Educación inclusiva en contextos inéditos: la implementación de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14 (2), pp. 1507-1522.
- Ministerio de Educación Nacional (2013). *Lineamientos de Educación Superior Inclusiva*.
- Zapata López, S. C. (2016). *Aulas hospitalarias, un aporte articulado a la Política Pública de Discapacidad para disminuir la deserción escolar por causa de enfermedad en el departamento de Antioquia*. [título de máster, Universidad de EAFIT]. Repositorio EAFIT. [https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11651/ZapataLopez\\_SilviaCristina\\_2016.pdf?sequence=2](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/11651/ZapataLopez_SilviaCristina_2016.pdf?sequence=2)

<sup>1,2,3</sup> Universidad de Antioquia

## Formación del docente universitario en Pedagogía Hospitalaria: una apuesta por la promoción de la Permanencia

### Ponente:

Héctor Hernán Vélez Santamaría - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Jhon Alexander Estrada Ossa<sup>1</sup>  
Carlos Alberto Rojas Arbeláez<sup>2</sup>  
Héctor Hernán Vélez Santamaría<sup>3</sup>

### Resumen de la ponencia

En el marco del retorno bioseguro a la escuela tras el virus por la COVID-19, diferentes Instituciones de Educación Superior de la ciudad de Medellín, en vínculo intersectorial con algunos sectores sociales, desarrollaron elementos de protección personal y estrategias didácticas para fortalecer las acciones de cuidado de sí y del otro en los espacios escolares. Sin embargo, la recepción de la propuesta fue problemática para los docentes, debido a que el abordaje de discursos y recomendaciones de la salud y el cuidado brindados por Organizaciones Internacionales de Salud, no tiene en cuenta los problemas estructurales, arquitectónicos, económicos y sociales de los contextos y escuelas de la ciudad.

Lo anterior, además de permitirnos comprender que, en términos de Skliar (2017), el cuidado de sí y del otro implica también los dilemas educativos; evidencia que existe un ambiente hegemónico de miradas y percepciones sobre la salud que no permite visibilizar otras formas de cuidado propias de personas y comunidades. Desde esta perspectiva, más que aludir a prácticas específicas, el cuidado es una categoría que construye subjetividades diversas de cuerpos y grupos sociales, integrándose dentro de lo que Díaz, et.al (2010) nombra como Educación para la salud, dado que esta categoría está asociada con prácticas sociales y culturales para atender a la salud y al desarrollo humano.

Cuando los vínculos intersectoriales de Instituciones de Educación Superior no reconocen estas diversas formas de cuidado para la salud, hay una problemática propia desde la inclusión. La educación inclusiva reconoce la diversidad y la otredad. Por tanto, consideramos que en el reconocimiento de cuerpos diversos, otros que asumen y experimentan otras formas de cuidar o ser cuidados se abre una pregunta por la construcción de escenarios universitarios inclusivos.

Pensar en una educación inclusiva parte también del reconocimiento de formas de cuidado y cuidadores, otros que componen los espacios universitarios y educativos, y es desde esta perspectiva que se compone el interés de leer y reconocer formas de cuidado en la Universidad de Antioquia, a propósito de su lugar como un espacio saludable e inclusivo. Asimismo, las acciones de escuchar y nombrar figuras otras y diversas de cuidadores, que han sido excluidos de los entornos educativos, nos permiten también ampliar, des territorializar otras formas de comprender el concepto de cuidado, tensionando la pregunta por cómo profesionales de la educación también contribuyen a la salud.

<sup>1,2,3</sup> Universidad de Antioquia



### Referencias Bibliográficas

- Díaz, P., et.al. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 28(3), pp.221-230.
- Skliar, C. (2017). El cuidado del otro al cambio educativo: ¿Una oruga? ¿Una mariposa? ¿Ambas? ¿O Ninguna? (A propósito de la Mariposa). [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/75865/CONICET\\_Digital\\_Nro.c9a771a8-9ff0-4551-ae84-567242a7848e\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/75865/CONICET_Digital_Nro.c9a771a8-9ff0-4551-ae84-567242a7848e_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y).

## Gobierno y academia para la gobernanza: Alianza para avanzar en el derecho a la salud y bienestar del territorio caucano

### Coordinador

Kelly Yoana Tello Hoyos  
Gobernación del Cauca - Secretaría Departamental de Salud del Cauca

### Presentación de la Mesa:

Objetivo: Presentar los logros de la alianza estratégica entre la academia y el gobierno departamental como un aporte en el avance a la garantía del derecho a la salud y el bienestar de los habitantes de un territorio pluriétnico y multicultural como el departamento del Cauca.

Los subtemas a presentar en la mesa propuesta son los siguientes:

1. La educación e investigación: promotores de la Estrategia, ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles en el Cauca:

El Departamento del Cauca avanza en el desarrollo de la estrategia ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles - CERSS buscando abordar de forma amplia los problemas territoriales de salud del campo y la ciudad en sus diferentes entornos, además de incluir la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política, mediante la ejecución articulada y focalizada de políticas públicas con participación activa no solo de los diferentes sectores que contribuyen al desarrollo de los territorios sino de la participación social, lo cual pretende contribuir a la disminución de las desigualdades consideradas injustas y evitables entre grupos sociales y territorios; es decir, combatir las inequidades.

2. La humanización del sistema de salud: educando para avanzar en la garantía del derecho a la salud de los Caucanos:

La Secretaría de Salud del departamento del Cauca reconoce la importancia de la humanización como un factor clave para garantizar el derecho a la salud, y por tanto, ha llevado a cabo una estrategia para humanizar el sistema de salud, centrándose en el desarrollo de habilidades humanísticas y técnicas a través de procesos de educación no formal. Es así como en colaboración con la Universidad del Cauca, específicamente con el programa de enfermería, se ha trabajado en la creación de una metodología que amplíe el concepto de "humanización" más allá de la relación prestacional y lo incorpore en el ámbito de la salud pública, incluyendo estrategias relacionadas con los determinantes sociales, las condiciones y los estilos de vida saludables, así como las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) con un enfoque poblacional y colectivo.

3. En el Cauca avanzamos en el cuidado de la salud con la educación en hábitos y estilos de vida saludable:

Para su desarrollo, la Secretaría de Salud del departamento del Cauca se ha interesado por realizar trabajos colaborativos con sectores expertos en procesos formativos, por cuanto, se ha reconocido que la educación a diferentes niveles y de diferentes tipos, es un pilar fundamental para la transformación en el autocuidado de las personas, familias y comunidades. En este orden de ideas, se ha logrado construir propuestas educativas fusionando las perspectivas técnicas del sector salud con los aportes teóricos de la formación profesional desde el sector educativo, teniendo como resultado el concretar varios procesos de formación en el territorio que impactan en estrategias como CERS, Humanización del Sistema de Salud, Estrategia 4x4, las cuales son prioridades desde una perspectiva de salud pública departamental.

4. La práctica formativa de Enfermería en el campo de la salud pública en el Cauca:

El programa de Enfermería de la Universidad del Cauca es el único de esta naturaleza en el departamento, por lo que tiene la responsabilidad social de formar profesionales de Enfermería que respondan a las necesidades de salud pública de la región; en ese contexto existe una alianza con la Secretaría de Salud para formar a los estudiantes con criterios de calidad, para garantizar cuidado humanizado con enfoque intercultural, dando solución a los problemas de salud del territorio; por su parte, la Secretaría obtiene un apoyo desde la academia para fortalecer los procesos de la gestión de la salud pública del departamento del Cauca.

#### **Títulos de las ponencias**

- La educación e investigación: promotores de la Estrategia ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles en el Cauca.
- La humanización del sistema de salud: educando para avanzar en la garantía del derecho a la salud de los caucanos.
- En el Cauca avanzamos en el cuidado de la salud con la educación en hábitos y estilos de vida saludable.
- La práctica formativa de Enfermería en el campo de la salud pública en el Cauca.

## La educación e investigación: promotores de la Estrategia ciudades, entornos y ruralidades saludables y sostenibles en el Cauca

### Ponente:

Rene Mauricio Reina Fernández - Colombia  
Gobernación del Cauca - Secretaría  
Departamental de Salud del Cauca

### Autores

Kelly Yoana Tello Hoyos<sup>1</sup>  
Luisa Fernanda Meneses Bermudez<sup>2</sup>  
Viviana Encarnacion Amaya<sup>3</sup>  
Laura Mercedes Trujillo Uribe<sup>4</sup>  
Rene Mauricio Reina Fernandez<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

La Secretaría de Salud Departamental adelanta acciones de alistamiento e implementación de la estrategia Ciudades Entornos y Ruralidades Saludables y Sostenibles – CERSS, en 14 municipios priorizados, en los cuales sus alcaldes electos firmaron un acuerdo de compromiso confirmando la implementación de la misma en: San Sebastián, Santa Rosa, Bolívar, Sotará, La Vega, Santander de Quilichao, Cajibío, Miranda, Silvia, Puracé, Popayán, Totoró, Morales y Puerto Tejada; territorios que le apostaron a la planeación territorial para la salud, como una prioridad en la agenda Pública, con el fin de lograr municipios saludables y con mejores condiciones de vida. Este proceso es fortalecido con la gestión del conocimiento de dos eventos importantes realizados en el año 2021: el cual certificó, a través del Centro de educación continua, abierta y virtual - CECAV de la Universidad del Cauca, a 20 profesionales de los 14 municipios priorizados; y el Primer Encuentro Regional CERS con sede en el municipio de Santander de Quilichao, que certificó a través del CECAV a 35 profesionales a nivel local, regional y nacional, ya que se contó con la participación de otros departamentos y de referentes técnicos del Ministerio de Salud.

A partir de estos eventos, se identificó la necesidad de conocer y compartir experiencias exitosas implementadas en diferentes partes del territorio colombiano y así, compararlas y contrastarlas, aprendiendo de sus errores y aciertos, para adaptarlas a cada entorno. Por ello, en el año 2022 se realizó el Segundo Encuentro CERS Cauca, con sede en la ciudad de Popayán, generando espacios para compartir experiencias significativas y cómo aplicar esos conocimientos a las necesidades y realidades de cada municipio, permitiendo así formar capital humano que contribuya hacia la consecución de ciudades y territorios saludables y sostenibles. En este encuentro participaron los departamentos de Chocó, Cundinamarca, Nariño, Boyacá, así como el Ministerio de salud y la Organización Panamericana de la Salud; se certificaron 51 participantes a través de la Universidad del Cauca.

Teniendo en cuenta las dificultades para la implementación y avance a largo plazo de la estrategia CERS, se hizo necesario desarrollar un trabajo interinstitucional e intersectorial con el objetivo de construir una metodología adaptable a las particularidades de cada municipio en coherencia a sus necesidades y características territoriales; por ello se plantea el proyecto de investigación “Metodología para la construcción de Planes Municipales de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables – CERS en el departamento del Cauca, 2022 – 2023”, en articulación con Universidad del Cauca y Fundación Universitaria María Cano. Este es un reto de gestión regional que pretende analizar el proceso de construcción e implementación de planes municipales

<sup>1,2,3</sup> Gobernación del Cauca -Secretaría Departamental de Salud del Cauca

<sup>4</sup> Programa de Enfermería Universidad del Cauca

<sup>5</sup> Alcaldía Municipal de Santander de Quilichao- Secretaría Municipal de Salud

enmarcados en la Estrategia CERS, de los municipios de Santa Rosa y Santander de Quilichao, construir una ruta participativa para el despliegue de la Estrategia, e implementar procesos de apropiación social del conocimiento, que aporten a la generación de insumos de política pública para territorios saludables, garantizando así una mejor calidad de vida para todos sus habitantes y cumpliendo con la agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Con el fin de contar con información de base sobre la experiencia realizada en los municipios mencionados, se realiza un análisis documental que espera aportar pautas para identificar categorías de análisis y variables. Paralelamente, se realiza un estudio mixto que desde lo cualitativo se apoya en un diseño investigación-acción y desde lo cuantitativo en un estudio descriptivo, observacional y transversal.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Orientaciones Para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS). p.7. [Archivo PDF]

## La humanización del sistema de salud: educando para avanzar en la garantía del derecho a la salud de los Caucanos

### Ponente:

Yaneth Marcela Muñoz Ángel - Colombia  
Programa de Enfermería Universidad del Cauca

### Autores

Yaneth Marcela Muñoz Ángel<sup>1</sup>  
Kelly Yoana Tello Hoyos<sup>2</sup>  
Yesica Fernanda Duymovic García<sup>3</sup>  
Viviana Encarnación Amaya<sup>4</sup>  
Luisa Fernanda Meneses Bermúdez<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

La Secretaría de Salud Departamental del Cauca, como Entidad Territorial, se ha dedicado a garantizar el derecho fundamental a la salud en su territorio. Durante la transición del modelo de atención, desde el MIAS hasta el MAITE, se llevaron a cabo ejercicios territoriales para adaptar el modelo, donde uno de los principales enfoques fue identificar las realidades territoriales y analizar las barreras y facilitadores que afectaban el pleno disfrute de este derecho, resaltando que las relaciones humanas en la atención de salud eran fundamentales para el buen funcionamiento del sistema. Es así como, la humanización se ha convertido en una prioridad en el trabajo desde salud pública, incorporando el concepto de "humanizar" en estrategias relacionadas con la atención de determinantes sociales, condiciones y estilos de vida saludables, así como en la implementación de RIAS.

Desde 2015 hasta la fecha, en el departamento del Cauca, la Secretaría de Salud ha llevado a cabo acciones colaborativas en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social para mejorar el sistema de salud, creando un Nodo colaborativo a nivel departamental en el primer semestre de 2018, con el desarrollo Diplomado de Humanización del Sistema de Salud, del cual, se han generado aproximadamente 12 réplicas en el territorio, con una cobertura de 832 personas certificadas. Este proceso de educación no formal tiene como objetivo desarrollar capacidades en el talento humano y la comunidad, para contribuir en la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. En este desarrollo, se contextualiza sobre la realidad del sistema de salud en el territorio, se capacita en aspectos teóricos en eventos prioritarios de salud, potencia habilidades humanísticas en el personal de salud y genera un plan de trabajo que integre conceptos teóricos y humanísticos en su labor. El proceso educativo se basa en una metodología participativa en colaboración entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca y la Universidad del Cauca, a través del programa de Enfermería, del cual su impronta es el cuidado humanizado, con la cual se busca integrar aspectos teóricos y humanísticos en la práctica de los actores del sistema de salud, involucrando a IPS, EPS, entidades municipales y representantes de la comunidad en espacios de formación.

En el proceso de desarrollo de capacidades en el talento humano y la comunidad, se ha logrado abordar diversas institucionalidades en salud, con la participación de Entidades territoriales municipales, instituciones prestadoras de servicios de salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. También se ha involucrado a la comunidad mediante la inclusión de líderes de liga de usuarios, representantes de consejos comunitarios, docentes, parteras, entre otros. Un logro importante ha sido la colaboración con la academia,

<sup>1</sup> Programa de Enfermería Universidad del Cauca

<sup>2,3,4,5</sup> Gobernación del Cauca Secretaría Departamental de Salud del Cauca

especialmente con la Universidad del Cauca, así como con otras instituciones educativas como la Universidad María Cano, ESACAUCA y el SENA, para replicar la metodología. En el ejercicio de sensibilización, se han identificado las barreras y facilitadores, proporcionando insumos valiosos para la toma de decisiones en la organización del modelo de APS en el territorio. Además, se han creado espacios para compartir experiencias exitosas y significativas, promoviendo el intercambio de conocimientos en las labores institucionales relacionadas con los eventos de salud abordados. Es así como se evidencia que humanizar el sistema de salud implica un enfoque transversal y amplio en todos los aspectos del sector, así como la transversalidad en sectores como el educativo, ya que la formación del talento humano en salud es fundamental para el cumplimiento de los objetivos en un sistema social de salud.

### Referencias Bibliográficas

- Universidad del Cauca (2019). Proyecto Educativo Programa de Enfermería. [Archivo PDF].

## En el Cauca avanzamos en el cuidado de la salud con la educación en hábitos y estilos de vida saludable

### Ponente:

Kelly Yoana Tello Hoyos - Colombia  
Gobernación del Cauca Secretaría  
Departamental de Salud del Cauca

### Autores

Kelly Yoana Tello Hoyos<sup>1</sup>  
Viviana Encarnación Amaya<sup>2</sup>  
Luisa Fernanda Meneses Bermúdez<sup>3</sup>  
Yesica Fernanda Duymovic García<sup>4</sup>  
Karen Liseth Salazar Muñoz<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

La práctica de actividad física de forma regular acompañada de alimentación saludable, la reducción del consumo y exposición al humo de tabaco y la reducción de consumo de alcohol, son factores protectores de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que según la Organización Panamericana de la Salud son responsables de la muerte de 41 millones de personas cada año, enfermedades que corresponden a las más prevalentes en Colombia.

La situación en el Departamento del Cauca en cuanto al comportamiento de estas enfermedades no es ajena, debido a que para el año 2021, según la cuenta de alto costo se evidencia una importante carga de enfermedades crónicas no transmisibles, con 87.318 casos de hipertensión arterial, 27.343 casos de diabetes, donde los hábitos y estilos de vida saludable (HEVS) son los principales factores de riesgo modificables.

Es por esto que la Gobernación del Cauca, a través de la Secretaría de Salud Departamental, en articulación con diferentes actores, busca promover HEVS en todos los cursos de vida y en los diferentes entornos, con el fin de mejorar y/o mantener la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades. Desde el 2016 viene trabajando con las Empresas Sociales del Estado, instituciones educativas (IE) y entornos comunitarios a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el marco de la estrategia 4x4 ampliada, con diferentes acciones como: información en salud, educación y comunicación para la salud, fortalecimiento de redes sociales y comunitarias, implementación de la estrategia de Escuela de Puertas Abiertas- EPA y jornadas de salud.

En este arduo trabajo, la Secretaría de Educación y Cultura del Cauca ha sido uno de los aliados estratégicos en el desarrollo de capacidades y destrezas psicosociales para la vida personal y comunitaria, a través de un proceso de enseñanza/aprendizaje contextualizado, que le brindan a los niños, niñas y adolescentes en edad escolar herramientas que favorecen la autonomía y la toma responsable de decisiones alrededor de lo saludable a través de la implementación de la estrategia EPA y la búsqueda de su incorporación en el PEI (proyecto educativo institucional) mediante el eje transversal de EVS.

La implementación de la estrategia EPA igualmente busca generar cambios positivos que favorezcan la adopción de HEVS como son la transformación de tiendas escolares saludables y el cambio a recreos y clases activas; beneficiando aproximadamente a 317 Instituciones Educativas desde el 2016 hasta el 2022.

<sup>1,2,3,4,5</sup> Gobernación del Cauca Secretaría Departamental de Salud del Cauca



Otro aliado estratégico ha sido la Universidad del Cauca mediante el Centro de Educación Continua y Virtual (CECAV), permitiendo formar a líderes comunitarios a través del curso de hábitos y estilos de vida saludable para líderes comunitarios de los grupos de actividad física, con una modalidad mixta (presencial y virtual), con un total de 40 horas certificadas, formando aproximadamente 57 líderes en el año 2022, buscando que sean agentes multiplicadores que aporten a la construcción de una comunidad saludable. Los líderes formados hacen parte de los grupos regulares y no regulares de actividad física que desde el 2016 al 2022 han logrado beneficiar 17.792 personas aproximadamente.

El desarrollo de capacidades HEVS contextualizado en los diferentes cursos de vida, brinda herramientas necesarias para que las personas, familias y comunidades tomen decisiones pertinentes frente al cuidado y/o mantenimiento de su salud, aportando al bienestar individual y comunitario.

Contar con una comunidad que sea consciente de la importancia del cuidado de la salud como un deber y que cuente con el conocimiento básico para ello, permitirá disminuir la incidencia y/o complicaciones de las ECNT aportando en la calidad de vida, desarrollo y bienestar en las personas.

### Referencias Bibliográficas

- Universidad del Cauca (2019). Proyecto Educativo Programa de Enfermería. [Archivo PDF].

## La práctica formativa de Enfermería en el campo de la salud pública en el Cauca

### Ponente:

Laura Mercedes Trujillo Uribe - Colombia  
Programa de Enfermería Universidad del Cauca

### Autores

Laura Mercedes Trujillo Uribe<sup>1</sup>  
Kelly Yoana Tello Hoyos<sup>2</sup>  
Viviana Encarnación Amaya<sup>3</sup>  
Luis Gabriel Hurtado Montayo<sup>4</sup>  
Adriana Rodríguez Gómez<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

La Secretaría de Salud del Cauca ha tenido históricamente importantes retos en términos de la gestión de salud pública, esto por las complejidades del departamento, dentro de las cuales se pueden citar la diversidad étnica, cultural, conflicto armado, ruralidad dispersa, entre otros. Aunado a lo anterior, la Secretaría también ha contado con limitación de recursos para gestionar las necesidades de salud del territorio (alta rotación del talento humano, limitación de talento humano, de recursos, en la capacidad para documentar, estandarizar y ajustar los procesos, y para la investigación).

En ese contexto, el Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca ha desarrollado su práctica formativa dentro de la Secretaría de Salud por lo menos durante los últimos 30 años, dicha práctica se ha constituido en una alianza estratégica para abordar las limitaciones en gestión de la salud pública descritas previamente; de manera paralela la articulación entre las dos instituciones ha permitido que los estudiantes que se forman en la disciplina de Enfermería tengan oportunidad de adquirir competencias que les permita una vez se gradúen desempeñarse en el campo de la salud pública cuidando a las personas, las familias y sobre todo a los colectivos poblacionales. En este escenario de práctica formativa en el campo de la salud, la articulación se ha dado no solo entre el sector educativo y el sector salud, sino que se ha generado un trabajo intersectorial con planeación, gobierno, deporte, cultura, justicia, entre otros; al mismo tiempo los estudiantes y docentes han tenido la oportunidad adquirir la competencia de trabajo interdisciplinar para abordar las necesidades en salud pública del departamento.

Para la Universidad del Cauca, el objetivo de la práctica en Secretaría de Salud ha sido contribuir a la formación de profesionales de Enfermería de calidad, que provean cuidado humanizado con enfoque intercultural, quienes además procuren la solución de problemas de salud de acuerdo al contexto; por su parte el objetivo de la Secretaría ha sido obtener un apoyo en la academia para fortalecer los procesos de la gestión de la salud pública del departamento del Cauca. Metodológicamente hablando, para el Programa es esencial que las prácticas estén ligadas a la fundamentación teórica y se centren en la formación integral del ser humano, por ello adopta el Modelo Pedagógico Integrador, el cual integra los componentes: estudiante (protagonista y gestor del aprendizaje); el profesor (facilitador, que ayuda a investigar, analizar, construir significativamente y esgrimir los saberes); los contenidos (disciplinares, integrales, cognoscitivos, procedimentales y actitudinales) y el ambiente o entorno de práctica (que promueve el aprendizaje significativo del estudiante).

<sup>1,2</sup> Programa de Enfermería Universidad del Cauca

<sup>3,4,5</sup> Gobernación del Cauca Secretaría Departamental de Salud del Cauca

A partir de este proceso educativo en el campo de salud se mencionan a continuación algunos de los resultados más relevantes: estandarización de las acciones de planeación, contratación, monitoreo y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC; estandarización de las acciones de los procesos de Asistencia Técnica y el Desarrollo de Capacidades; construcción del instrumento de caracterización y plan de cuidado familiar e individual en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud; y construcción del proceso de formación para líderes comunitarios y para estudiantes en habilidades para la vida y prioridades en salud pública, todo esto en el departamento del Cauca.

Finalmente, se destaca que la unión academia-estado se constituye en una base fundamental para el abordaje integral, pertinente, sectorial e intersectorial de las problemáticas en salud pública de los territorios.

### **Referencias Bibliográficas**

- Universidad del Cauca (2019). Proyecto Educativo Programa de Enfermería. [Archivo PDF].

## Experiencias de educación para la salud en lo público: formación, material didáctico, etnosalud y talento humano.

### Coordinadores

Juan Fernando Aristizabal  
Secretaría de Salud de Medellín

Lina Gómez Lopera  
Secretaría de Salud de Medellín

### Presentación de la Mesa:

Experiencias de educación para la salud en lo público: formación, material didáctico, etnosalud y talento humano.

La Secretaría de Salud del Distrito de Medellín, en el cumplimiento de sus funciones, ha presentado avances en el abordaje de la educación para la salud, hacia el reconocimiento de las necesidades y saberes de la ciudad que sugieren reflexiones frente al hacer de la política, como aporte para el saber hacer gestión de la salud pública desde una perspectiva crítico social.

Las experiencias de la mesa, pretenden visibilizar en la gestión de la salud pública, otros modos de hacer en el campo del saber y saber hacer de la educación para la salud.

Objetivo: Aportar al saber hacer de la gestión de la salud pública desde el ente territorial con las nuevas perspectivas de abordar la educación para la salud a través de experiencias pedagógicas que apuntan a la generación de capacidades, orientaciones didácticas, enfoques diferenciales y formación del talento humano.

Subtemas: Bajo el eje de las experiencias en el campo de la educación para la salud y las políticas públicas, se presentaron cuatro experiencias que, en los últimos 6 años, han sugerido cambios importantes en la manera de materializar las políticas de educación para la salud en el marco del plan Intervenciones Colectivas -PIC-dirigido las personas, familias y comunidades que habitan la ciudad de Medellín.

Resultados: Es importante reconocer que la gestión de la salud pública, determinada por el hacer de la política, permitirá, a través de la experiencia cotidiana, “la adopción de unas herramientas para que las personas, familias y comunidades, consigan desarrollar una capacidad reflexiva y, en consecuencia, adquieran una mayor capacidad de intervenir sobre los factores estructurados que la condicionan, para lo cual se debe realizar un trabajo sistemático para favorecer las capacidades en el ser, saber y saber hacer en contexto.

Existe un avance significativo en las formas de abordar la educación para la salud en el marco de la implementación de las políticas públicas en salud. Inicialmente, se plantearon acciones para transmitir conocimientos en un tema específico de salud y, actualmente, se están generando orientaciones pedagógicas para el cumplimiento de las políticas de salud con procesos pedagógicos que involucra las necesidades sentidas, personas, familias y comunidades como actores con capacidades para reflexionar sobre su propia realidad, los significados y las subjetividades que determinan la salud, alrededor de la vida y el convivir.

Se resalta, también, que esta transformación de la educación para la salud, es resultado de un trabajo conjunto con la institucionalidad, quienes de una u otra forma participan en la planeación de los estudios previos, las adecuaciones en los procesos de implementación y en la evaluación.

Otro acierto en el hacer de la gestión de la salud pública, que favorece los procesos de educación para la salud, es la incorporación de profesionales con formación en las ciencias sociales como la psicología, el trabajo social y la educación, además de los sabedores que se reconocen desde la experiencia del saber y no solo a su profesión.

Conclusiones y recomendaciones: Educar para la salud, tiene como principio, ser críticos con el propio proceso desde el hacer y saber hacer, integrando el ser y actuar en contexto; se deben propiciar espacios conjuntos: académicos y de la gestión pública, con la participación activa de las comunidades para construir saberes colectivos de la salud para la ciudad.

Incluir un proceso de articulación permanente con distintos sectores e instituciones (academia – administración municipal), para crear alianzas que favorezcan el saber hacer de la gestión de la salud pública en procesos de educación para la salud.

### **Títulos de las ponencias**

- Formación en estilos de vida saludables, en búsqueda de la generación de capacidades.
- Material pedagógico como herramienta de educación para la salud.
- Educación para la salud étnica e intercultural: Saberes y sabedores para el acompañamiento integral.
- La escuela de movilización en educación para la salud: una apuesta integral por la formación del talento humano.

## Formación en estilos de vida saludables, en búsqueda de la generación de capacidades

### Ponente:

Diana Carolina Ocampo Rivera - Colombia  
Facultad de Enfermería U de A

### Autores

Lina Gómez Lopera<sup>1</sup>  
Diana Carolina Ocampo Rivera<sup>2</sup>  
Yaneth Edith Bedoya Uribe<sup>3</sup>  
Maria Isabel Rico<sup>4</sup>  
Isabel Cristina Alvarez<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

**Introducción, problema, justificación y objetivos:** La Secretaría de Salud de Medellín ha diseñado un programa de formación que tiene como alcance generar capacidades para el cuidado de la salud y la vida, a partir de la identificación de las necesidades e intereses de la población, respecto a las prácticas de hábitos que aporten al cuidado de sí, del otro y del entorno, teniendo en cuenta el curso de vida. Esta experiencia muestra el avance que se ha realizado en la implementación del programa desde año 2020 hasta la fecha.

**Objetivo:** El programa de formación de estilos de vida saludables, tiene como objetivo desarrollar capacidades para el cuidado de la salud y la vida en las personas, familias y comunidades que habitan la ciudad de Medellín, mediante la implementación de acciones de movilización social y procesos, formación en estilos de vida saludable.

**Proceso educativo, método o didáctica:** Etapa 1 Motivación e integración: Incluye un proceso educativo que involucra la caracterización individual de los Estilos de Vida Saludable, la identificación de necesidades e intereses, la priorización de contenidos, los encuentros educativos, el seguimiento personalizado, la evaluación individual de las capacidades y la evaluación grupal del proceso formativo.

**Etapa 2 Acompañamiento y profundización:** Incluye un proceso de formación que involucra la priorización de necesidades e intereses en Estilos de Vida Saludable que la población desea profundizar, el seguimiento personalizado, encuentros vivenciales, involucra propuestas de los participantes para compartir los saberes con familia y amigos.

**Etapa 3 Seguimiento y permanencia:** Involucra actividades educativas que motiven a la construcción de una propuesta en estilos de vida saludable para la comunidad.

**Metodología:** Los diseños metodológicos se construyen a partir de las orientaciones conceptuales del enfoque de educación para la salud y la guía de Estilos de Vida Saludable de la Secretaría de Salud de Medellín. En este se contempla la ruta didáctica bajo la metodología de las vocales (acercar, emocionar, informar, obrar y universalizar).

<sup>1,2,4,5</sup> Secretaría de Salud de Medellín

<sup>2</sup> Facultad de Enfermería UdeA

Resultados: Este programa de formación inició desde la modalidad virtual como una estrategia para acompañar a las personas en medio de la pandemia. Para la fecha más de cuatro mil personas iniciaron la etapa 1 del programa. Para el año 2022 y 2023, se ha implementado las etapas 2 y 3.

Se cuenta con una caracterización en estilos de vida saludable que analiza las características de los modos de vida de los grupos sociales de participantes en la estrategia a partir de tres categorías centrales-condiciones de trabajo, participación e identidad cultural-, teniendo en cuenta para los análisis variables como inserción sociocultural, la zona de residencia, el género y algunas particularidades étnico-culturales.

Se resalta que los espacios de formación son ideales para este propósito, porque permite identificar prácticas y contrastarlas con las reflexiones que se generan.

Conclusiones: Es necesario mantener la propuesta en el tiempo con evaluaciones permanentes que permitan observar las transformaciones de las personas y presentar resultados con valoraciones de salud.

No todos los participantes que se inscribieron en la etapa 1, han tenido la oportunidad de continuar en las siguientes, debido a la destinación presupuestal para los cupos disponibles por vigencia.

El programa de formación genera un costo más alto que las actividades de sensibilización. Sin embargo, logran demostrar cambios en la adquisición de los hábitos saludables.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio De Salud Y Protección Social Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas - ISBN: 978-958-5401-56-3 Primera Edición: mayo de 2018. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Xiomeli Cordero Rodríguez. Procesos comunitarios, experiencias y reflexiones sobre el método en salud pública. XXVII. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires Argentina, 2009 consultado en: [www.aacademica.com/000-062/1562.pdf](http://www.aacademica.com/000-062/1562.pdf)
- Alfredo Ghiso C. Entre el saber hacer y lo que se hace y el saber lo que se hace. Una revisión sui generis de las bases epistemológicas y de las estrategias metodológicas. consultado en: [www.alboan.org/archivos/538.pdf](http://www.alboan.org/archivos/538.pdf)

## Material pedagógico como herramienta de educación para la salud

### Ponente:

Lina Gómez Lopera - Colombia  
Secretaría de Salud de Medellín

### Autores

Lina Gómez Lopera<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

Resumen: Esta experiencia presenta los portadores de texto, como material didáctico para la promoción de la salud y el cuidado de la vida. Existe gran cantidad de insumos educocomunicativos que aportan a la educación para la salud. Sin embargo, estas construcciones como libros, cartillas, este material por sí solo, pierde su sentido desde una apuesta emancipadora, por tanto, deben integrar una participación de los sujetos y una intencionalidad clara para los fines de la salud pública.

Introducción: problema, justificación y objetivos: Uno de los grandes problemas en el campo de la salud está en el diseño de los materiales educativos, los cuales carecen, en su mayoría, de una intencionalidad pedagógica, que tenga en cuenta aspectos básicos a la hora de diseñar un material, entre estos se encuentra los públicos a los que va dirigido, la planeación previa, los contenidos, la validación y la evaluación. La Secretaría de Salud de Medellín presenta avances en la construcción de material educativo que acompaña la intencionalidad de los procesos de educación para la salud.

Objetivo: Diseñar portadores de texto que posibiliten la interacción pedagógica para el fortalecimiento de las acciones de educación para salud que implementa la Secretaría de Salud de Medellín.

Proceso educativo, método o didáctica: En esta experiencia se presentan tres materiales pedagógicos.

1. “Me siento así” cuento infantil que aporta a la salud mental de niños, niñas y sus familias con enfoque étnico. Con este cuento se ha logrado implementar acciones de educación para la salud mental de niños, niñas, sus familias y cuidadores en la ciudad de Medellín. Adicional al cuento, se diseñaron los tres personajes tejidos, para incentivar el recuerdo de sus mensajes relacionados con las emociones. Se crearon obras de teatro con los personajes del cuento en las que se muestran situaciones de la vida cotidiana donde los niños y niñas se ven enfrentados a sus emociones.
2. “Bitácora Saludable”: Un cuaderno movilizador de los procesos de formación en estilos de vida saludable y universidades saludables que invita a el cuidado de sí, del otro y del entorno. La mediación pedagógica se realiza en el marco de los procesos de formación de estilos de vida saludable. Se ha identificado que si la bitácora se entrega sola, como tipo souvenir, las personas lo visibilizan como un

<sup>1</sup> Secretaría de Salud de Medellín



cuaderno “muy bonito”, pero cuando se hace la presentación de sus contenidos y la interacción que genera, la intención pedagógica cambia.

3. **Bebé Pai:** Un libro educativo que acompaña los procesos de vacunación desde el nacimiento hasta los 5 años y que, a la vez, fomenta vínculos afectivos en la familia. Como elemento trazador, el diario del bebé PAI, incluye los ocho momentos de la vacunación desde el nacimiento hasta los cinco años, algunas observaciones del crecimiento en estas etapas y actividades para el fortalecimiento del vínculo a través de acciones de agradecimiento.

**Resultados:** La Secretaría de Salud de Medellín ha avanzado en la construcción de material educativo acompañado de un proceso de educación para la salud, teniendo en cuenta la interacción pedagógica de los portadores de texto, la integración de la multimedia a la propuesta educativa, la duración y actualización de contenidos atendiendo a las necesidades de la población, las temáticas acorde a los públicos, y la horizontalidad en la relación entre educando y educador.

Se hace necesario avanzar y fortalecer los procesos de validación previa, así como el seguimiento y evaluación de las estrategias. Es necesario ampliar más las investigaciones en el material pedagógico de educación para la salud, que permita conocer propuestas, experiencias y compartirlas a nivel nacional e internacional.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas - ISBN: 978-958-5401-56-3 Primera Edición: mayo de 2018. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Xiomeli Cordero Rodríguez. Procesos comunitarios, experiencias y reflexiones sobre el método en salud pública. XXVII. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires Argentina, 2009 consultado en: [www.aacademica.com/000-062/1562.pdf](http://www.aacademica.com/000-062/1562.pdf)
- Alfredo Ghiso C. Entre el saber hacer y lo que se hace y el saber lo que se hace. Una revisión sui generis de las bases epistemológicas y de las estrategias metodológicas. consultado en: [www.alboan.org/archivos/538.pdf](http://www.alboan.org/archivos/538.pdf)

## Educación para la salud étnica e intercultural: Saberes y sabedores para el acompañamiento integral

### Ponente:

William Alveiro Cuaical Palma - Colombia  
Secretaría de Salud de Medellín Lina

### Autores

Lina Gómez Lopera<sup>1</sup>  
Yibell Emilia Avendaño<sup>2</sup>  
William Alveiro Cuaical Palma<sup>3</sup>  
Yesenia Liseth Becerra Rentería<sup>4</sup>  
Deisy Yuliana Ríos Castro<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

Resumen: Esta experiencia destaca la importancia de la educación para la salud en el trabajo con las comunidades étnicas que habitan la ciudad de Medellín. Se presentan estrategias pedagógicas que promueven la participación activa de las comunidades en el marco de los saberes propios y el rol de los sabedores; reconociendo la diversidad cultural y los conocimientos tradicionales en los procesos de gestión del derecho a la salud.

Introducción: problema, justificación y objetivos: La caracterización de las condiciones de vida y salud de familias afrocolombianas e indígenas de Medellín, realizada por la secretaría de salud, a través de la Universidad de Antioquia en el año 2020, “pone en evidencia, que el fortalecimiento de la identidad cultural juega un papel transversal en la conformación de comunidades bajo la armonía del buen vivir, donde las personas se reconocen y diferencian frente a las mayorías”. Adicional, se recomienda la generación y fortalecimiento de espacios de encuentro como los mecanismos que facilitarán la persistencia o continuidad de sus usos y costumbres.

El objetivo de esta propuesta es visibilizar las acciones de educación para la salud que se promueven en la gestión de la salud con las comunidades étnicas que habitan en Medellín.

Proceso educativo, método o didáctica: El proceso educativo se basa en el reconocimiento y valoración de los saberes propios y los sabedores de las comunidades étnicas. Se promueve un enfoque participativo y de diálogo, donde las comunidades son consideradas como agentes activos en la gestión de su propia salud.

Los sabedores desempeñan un papel fundamental en este proceso, compartiendo sus conocimientos tradicionales y colaborando estrechamente con los educadores y profesionales de la salud durante las acciones desarrolladas en campo.

La Secretaría de Salud de Medellín cuenta con una guía para gestión de la salud de las comunidades étnicas, con un procedimiento establecido que orienta el quehacer, organizado en seis componentes: Espacios y Mesas de Concertación; caracterización, gestión e intervenciones de salud con enfoque étnico; espacios de construcción de lo propio (SISPI-Modelo Propio de Atención Integral en Salud para poblaciones afrodescendientes); actividades de salud propia e iniciativas autónomas; Transversalización /sensibilización; y articulación para el fortalecimiento de la capacidad de acción colectiva.

Resultados: Se ha observado un mayor compromiso y participación activa de las comunidades étnicas con las construcciones que se han realizado desde el año 2018, para la gestión de salud.

Las acciones educativas, con el objetivo de la sensibilización y transversalización del enfoque étnico en diversos entornos, han permitido mayor comprensión de las comunidades étnicas y realizar adecuaciones socioculturales y acciones afirmativas que aportan al buen vivir de dichas comunidades en contextos de ciudad.

Conclusiones: Este enfoque educativo inclusivo, participativo y multiétnico ha permitido establecer relaciones de confianza y respeto mutuo entre educadores y comunidades, fortaleciendo así el proceso de acompañamiento integral en la gestión de la salud.

La propuesta de educación para la salud con comunidades étnicas de Medellín, centrada en rescatar los saberes propios y los sabedores, representa un avance significativo en la promoción de la equidad y el bienestar. En el marco del eje temático, "El educador y el contexto", esta propuesta también destaca la importancia de la interacción entre educadores y comunidades étnicas, rescatando la concertación de los saberes y sabedores como elementos esenciales en el proceso de acompañamiento desde la educación para la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas - ISBN: 978-958-5401-56-3 Primera Edición: mayo de 2018. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Xiomeli Cordero Rodríguez. Procesos comunitarios, experiencias y reflexiones sobre el método en salud pública. XXVII. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires Argentina, 2009 consultado en: [www.academica.com/000-062/1562.pdf](http://www.academica.com/000-062/1562.pdf)
- Alfredo Ghiso C. Entre el saber hacer y lo que se hace y el saber lo que se hace. Una revisión sui generis de las bases epistemológicas y de las estrategias metodológicas. consultado en: [www.alboan.org/archivos/538.pdf](http://www.alboan.org/archivos/538.pdf)

## La escuela de movilización en educación para la salud: una apuesta integral por la formación del talento humano

### Ponente:

Kelly Johana Santiago Ramírez - Colombia  
Secretaría de Salud de Medellín

### Autores

Edilson Bustamante Ospina<sup>1</sup>  
David Alexander Tavera Borja<sup>2</sup>  
Diego Armando Gil Zapata<sup>3</sup>  
Kelly Johana Santiago Ramírez<sup>4</sup>  
Judy Saldarriaga Agudelo<sup>5</sup>

### Resumen de la ponencia

Resumen: La Escuela de la Movilización Social para la Salud es una estrategia que desde los alcances de la información, identificación-motivación, imagen, integración, formación, y gestión y construcción del conocimiento, tiene el propósito de dar respuesta a los colaboradores de las diferentes dimensiones del programa Medellín Me Cuida Salud de la Secretaría de Salud para fortalecer sus competencias desde el ser, el saber y el saber hacer, es decir, motivar, humanizar y cualificar la práctica profesional como factor clave en la promoción de la cultura del cuidado del individuo, las familias y colectivos humanos en su entorno.

Introducción: problema, justificación y objetivos: El programa “Medellín me Cuida Salud”-MMCS, cuenta con el componente de Movilización Social como área estratégica para potenciar la cultura del cuidado en todos los entornos y cursos de vida, teniendo como eje central una educación para la salud renovada.

El programa hace una apuesta por la humanización de la práctica profesional y el desarrollo de habilidades comunicativas que impacten el quehacer de los profesionales hacia afuera, a través de institucionalización de la Escuela de la Movilización Social para la Salud.

Proceso educativo, método o didáctica: El proceso educativo de la escuela se orienta al desarrollo de la competencia del cuidado, lo cual, implica la instalación de capacidades desde el ser, el saber y el saber hacer, desde el modelo de las instituciones de educación superior (IES) en los que se desarrollan las variables de Información, Identificación, Imagen, Integración, Formación y Evaluación. Se definen cuatro alcances para el desarrollo de la competencia del cuidado, así:

Alcance informativo: acciones orientadas a mantener informados sobre diferentes temas relacionados con el programa a los colaboradores de Medellín Me Cuida Salud.

Alcance de sensibilización y motivación: acciones orientadas a motivar, sensibilizar, formar, reconocer, premiar, incentivar y mejorar la calidad de vida de los colaboradores del programa.

Alcance formativo: acciones orientadas a potenciar las competencias en el ser, saber y saber hacer de los profesionales, a través de diferentes espacios formativos con metodologías experienciales, y creativas, que incluyen cuatro (4) dimensiones así: Formación técnica; Formación metodológica; Formación en habilidades blandas; Formación transversal (enfoque étnico, gestión de familias, evaluación y educación para la salud, movilización social, LGTBIQ+, violencias, activaciones de ruta, entre otros).

Alcance gestión del conocimiento: acciones tendientes a la construcción y gestión del conocimiento, a través de la estrategia de comunidades de aprendizaje (Comunidades de aprendizaje), las cuales, parten de un principio regulador, el aprendizaje dialógico.

Resultados: Se han identificado necesidades relacionadas con el desarrollo de competencia de los profesionales para la Educación Para la Salud –EPS y se han ejecutado acciones para el fortalecimiento en temáticas y herramientas metodológicas. Estas necesidades responden a los vacíos que desde la academia se están generando alrededor de la formación de habilidades educomunicativas para la educación para la salud.

Conclusiones: La mirada desde adentro hacia fuera en los programas de salud (la cualificación y bienestar con los colaboradores como forma de potenciar el trabajo con la comunidad), se convierte en la oportunidad de garantizar el éxito de las interacciones en salud llamadas a cambiar comportamientos y a educar a las comunidades.

La gestión del conocimiento sigue siendo uno de los grandes retos dentro de los programas que hacen educación para la salud, se requieren más tiempos de reflexión de la práctica para potenciar los objetivos de la educación para la salud con sentido humano.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas - ISBN: 978-958-5401-56-3 Primera Edición: mayo de 2018. Consultado en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Xiomeli Cordero Rodríguez. Procesos comunitarios, experiencias y reflexiones sobre el método en salud pública. XXVII. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología. Buenos Aires Argentina, 2009 consultado en: [www.academica.com/000-062/1562.pdf](http://www.academica.com/000-062/1562.pdf)
- Alfredo Ghiso C. Entre el saber hacer y lo que se hace y el saber lo que se hace. Una revisión sui generis de las bases epistemológicas y de las estrategias metodológicas. consultado en: [www.alboan.org/archivos/538.pdf](http://www.alboan.org/archivos/538.pdf)

## La teatropedagogía, su papel activo en la producción y democratización de la salud mental

### Coordinador

Dora María Hernández Holguín  
Universidad de Antioquia

### Presentación de la Mesa:

El arte, a través de su proyección estética, se ha posicionado como pilar fundamental en el desarrollo y expresión de las culturas, siendo el mecanismo estratégico a la hora de recoger y representar costumbres, estilos y modos de vida, hechos cotidianos e históricos, que enriquecen y dinamizan el tejido social, político, económico y cultural de los pueblos. Las artes representativas, concretamente el teatro, desde sus albores ha marcado la pauta, como manifestación artística, en el desarrollo expresivo de lo social, lo político y lo cultural. Alegóricamente, se habla del teatro como la vida misma, escena del individuo, de un grupo social, de una nación, con sus conflictos, contrastes y expresiones.

El teatro tiene la capacidad de confrontar directamente a las personas a manera de tragedia, farsa o comedia; además, como en sus inicios, deseduca; educa, transforma, conversa, desarrolla conciencia y juicio crítico, a la vez que produce goce estético como manifestación artística y diálogo intercultural de diversas miradas y poéticas teatrales, permitiendo que tanto el público como el actor o la actriz, se comuniquen de manera bidireccional y directa en su valoración mutua; escenario propicio para la expresión de la salud mental en términos individuales y colectivos.

En las experiencias que se retoman en la mesa sobre la formación en teatro con maestros y maestras de educación básica y media y sus estudiantes, se hace explícita la pedagogía social como eje articulador de la formación en teatro y en búsqueda de transformación social, pues, la pedagogía social actúa como aquella que puede direccionar las intenciones y reciprocidades recibidas por los y las maestras en interacción con sus estudiantes, en múltiples direcciones, a saber: la búsqueda de construcción de paz, el cuidado y producción de salud mental, y el acompañamiento en temas de sexualidad juvenil con el interés puesto en el teatro como estrategia clave e integral para la comprensión y vivencia de la salud, mental, sexual, social.

La mesa “La teatropedagogía, su papel activo en la producción y democratización de la salud mental” es propuesta por dos profesores y una profesora que participamos desde diferentes frentes en el proceso de formación en teatropedagogía llevado a cabo desde la Corporación para el Desarrollo Integral (COREDI), y la investigación “Sentidos de la salud mental en la experiencia de teatropedagogía para la

construcción de paz en algunos municipios de Antioquia”, financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia en alianza con COREDI. El profesor Rubén Darío Urrea como directivo de COREDI y coinvestigador en el estudio, junto con la Profesora Dora Hernández, de la Universidad de Antioquia. Por su parte, el Profesor Juan Diego Ramírez participó en el proceso como estudiante y como multiplicador del mismo en el municipio de Sonsón, en el cual es el Director de teatro en la Escuela de Teatro Lucía Javier y en la Escuela Municipal de Teatro. A esta experiencia se suma la reflexión del Profesor Carlos Iván Pacheco Sánchez, de la Universidad Nacional de Colombia, en torno a la pedagogía, el teatro del oprimido y el campo de la sexualidad juvenil.

Esta mesa se propone como un espacio para compartir experiencias de formación e investigación que tienen como particularidades: la formación en teatro desde la teatropedagogía y el teatro del oprimido, ambas guardan una coherencia en su posición crítica ante la sociedad, la concepción de un sujeto – joven – estudiante conocedor de su realidad y con capacidad de transformarla, y para la producción de salud.

Las ponencias de las y los docentes estuvo precedida por un ejercicio corporal, denominado “de lo racional a lo orgánico, experiencias corporales”, orientado por el profesor Juan Diego Ramírez.

### **Títulos de las ponencias**

- Pedagogía con incidencia territorial.
- Teatralidad y cuerpo.
- Teatropedagogía: producción de salud mental y democratización en el campo de la salud mental.
- Pedagogía y teatro del oprimido en el campo de la sexualidad juvenil.

## Pedagogía con incidencia territorial

### Ponente:

Rubén Darío Urrea Arroyave - Colombia  
Corporación Educativa para el Desarrollo  
Integral - COREDI

### Autores

Rubén Darío Urrea Arroyave<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

El “teatro social” busca la problematización y transformación de las relaciones sociales, además, tiene diversas formas de nombrarse en correspondencia con los énfasis por países y autores; uno de sus principales hitos se dio en la primera mitad del siglo XX en Alemania, el teatro épico-narrativo de Brecht (1898-1956). Para ese momento, en el teatro clásico el conflicto de intereses entre los personajes tenía un fin racional tendiente al “deber ser”, que Brecht discute como formas dramáticas degradadas. El principal criterio para el teatro épico sería “el valor pedagógico”, un teatro para personas del común, quienes aprendían y enseñaban a los espectadores a considerar una mirada investigadora y crítica de la significación histórico-social de los comportamientos, hacia una toma de conciencia colectiva. Este aspecto permite leer en clave de experiencia situada lo que viven las y los estudiantes durante la formación en teatropedagogía, las victimizaciones recibidas en el contexto de la ruralidad (en Antioquia), las afectaciones, las vivencias de sanación y la denuncia de los problemas sociales, no solo en espacios rurales sino también en espacios urbanos y de ciudad.

De otro lado, Brecht renuncia a toda diferenciación entre la sala y la escena, actores y espectadores deben ser igualmente activos, en una propuesta pedagógica crítica: Los actores están allí solo para enseñar habilidades al espectador, el cual a su vez está allí solo para prepararse para el papel activo que deberá desempeñar en el gran combate político de la sociedad. En esta misma línea, se encuentran autores de América Latina como Augusto Boal, con el “teatro del oprimido”, el cual se fundamenta en el teatro épico de Brecht y en la Pedagogía del oprimido de Freire, en búsqueda de que las clases oprimidas, como los campesinos, las mujeres y los jóvenes proyecten su voz; un teatro cimentado en cuatro ámbitos de actuación (artístico, educativo, político-social y terapéutico); y el “teatro de creación colectiva”, en Colombia, con Enrique Buenaventura y Santiago García, y su construcción de la obra dramática por todos los integrantes del colectivo teatral.

En afirmación de lo anterior, está Paulo Freire (1998), quien en su texto *¿Extensión o comunicación?: la concientización en el medio rural*, sobre la educación rural, plantea que el hombre no puede ser comprendido fuera de sus relaciones con el mundo, puesto que es un “ser-en-situación”, es también un ser de trabajo y de transformación del mundo. El hombre es un ser de la “praxis”, de la acción y de la reflexión. (p. 29). Es desde este punto de vista que COREDI con sus proyectos y actividades misionales, también le ha apostado a la formación de los tutores y tutoras en el ámbito rural. Con todo esto, el conflicto armado, los problemas estructurales y de justicia social en la ruralidad y la importancia de la formación en pensamiento crítico de estos grupos sociales, se dio el proceso de formación en teatropedagogía, entendido, junto con el teatro social y el teatro comunitario,

<sup>1</sup> Corporación Educativa para el Desarrollo Integral - COREDI



como prácticas de formación teatral que tienen en común el hacer teatro con personas no-profesionales, y que en general tienen un propósito social, político, emancipador de los y las participantes.

Esta ponencia “Pedagogía con incidencia territorial” profundiza en la pedagogía social en el contexto de la ruralidad en Antioquia, en municipios afectados por el conflicto armado, con énfasis en la ruralidad, al tiempo que da a conocer las estrategias educativas orientadoras de una posición crítica y transformadora en comunidades educativas con marcadas experiencias de injusticia social y violencias, que ponen en escena sus experiencias, sufrimientos y sus anhelos.

## Referencias Bibliográficas

- Freire, P. (1998). ¿Extensión o comunicación?: la concientización en el medio rural. Siglo XXI Editores.

## Teatralidad y cuerpo

### Ponente:

Juan Diego Ramírez Loaiza - Colombia  
Escuela de Teatro Lucía Javier,  
municipio de Sonsón

### Autores

Juan Diego Ramírez Loaiza<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

Teniendo en cuenta la contextualización previa acerca del teatro, vamos a entrar a comprender la importancia del cuerpo en el campo teatral y para ello, se cuenta con el apoyo del texto: “Construcciones de Cuerpos” de Consuelo Pabón. Partimos de la idea de que el Cuerpo no solo lo veríamos desde un componente biológico, sino también, desde las representaciones sociales que se tienen del cuerpo en el lugar y en la época en la que el ser humano se encuentre. El cuerpo siempre ha sido objeto de intereses y manipulaciones; en toda sociedad, el cuerpo queda suspendido en el interior de poderes muy ceñidos que le imponen formas, coacciones, interdicciones, obligaciones, códigos de comportamiento, etc. (Pabón, 2002, p. 4) Permite realizar una lectura desde diferentes enfoques a la historia y cómo, desde tiempos inmemoriales, dichas lecturas e interpretaciones del Cuerpo, pueden llegar a ser de corte ético, moral y semiótico.

Es interesante cómo se va dando una transición, una evolución, una epistemología del pensamiento en relación con el Cuerpo. Ahora, cómo el Cuerpo se coloca a favor del proceso creativo-creador, cómo maestros y maestras del teatro a lo largo de la historia, fundamentan sus teorías y prácticas artísticas, teatrales, a favor de la corporalidad, del estudio de las características morfológicas y fisiológicas del Cuerpo en relación con el proceso creativo. Entender al cuerpo como un medio, un vehículo que comunica y es dúctil de una serie de informaciones que son atravesadas por la experiencia vital de cada individuo y que trasciende la muerte misma. Hay una memoria corporal grabada en la historia.

El Cuerpo es una de las principales herramientas para el trabajo del actor/actriz y, por ello, se hace necesario una indagación frente a las múltiples Dramaturgias Corporales (a partir de donde se enuncie, su contexto) de cada persona, para comprender su Universo y con el interés de estimular y fortalecer el potencial creativo; así mismo, de proporcionar un maletín de instrumentos que sirvan para la vida misma. Ese vehículo sensible y comunicativo que toma gran relevancia a la hora de codificar y transmitir un mensaje sin necesidad del lenguaje hablado y donde la composición de imágenes, es un gran referente en la consolidación de un lenguaje corporal y expresivo, siendo el mecanismo estratégico a la hora de recoger y representar costumbres, estilos de vida, hechos cotidianos e históricos, que enriquecen y dinamizan el tejido social, político, económico y cultural de los pueblos. El Cuerpo, elemento universal en el intercambio de saberes y experiencias.

<sup>1</sup> Escuela de Teatro Lucía Javier, Municipio de Sonsón

Con la ponencia “teatralidad y cuerpo” se presentan los fundamentos y el lugar social del arte y el teatro, con énfasis en el lugar del cuerpo en este tipo de experiencias, y con él, el lenguaje corporal y la comunicación que hace posible, que muchas veces trasciende la comunicación verbal oral.

## Referencias Bibliográficas

- Pabón, C (2002). Construcciones de cuerpos. Expresión y vida: Prácticas de la diferencia. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública.

## Teatropedagogía: producción de salud mental y democratización en el campo de la salud mental

### Ponente:

Dora María Hernández Holguín - Colombia  
Universidad de Antioquia

### Autores

Dora María Hernández Holguín<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

Sobre el cuerpo, el movimiento y la simbolización en el juego, la experiencia de teatropedagogía para los tutores y tutoras de COREDI representó la oportunidad de vivir y facilitar en otros, sus estudiantes, un proceso de sanación y formación del pensamiento crítico (Hernández, Urrea, Vaca, 2023). Es en este último sentido que la conexión del teatro con la pedagogía se refiere desde sus prácticas a la pedagogía crítica en coherencia con la búsqueda constante de elementos para el logro de su propósito central, la transformación social, a partir de lo cual rescatamos tres elementos claves: el cuerpo, el movimiento y la simbolización, presentes en el juego, pues estos fueron claves en esta experiencia en vía a la formación del pensamiento crítico y la sanación. En la confluencia del juego y la pedagogía crítica, se hace posible transformarse a sí mismo, así como propender, como colectivo, por la transformación social, de tal manera que son el cuerpo, el movimiento y la simbolización, elementos que en su interacción permiten la dinámica que fluye a modo de experiencia individual y colectiva con respecto a las relaciones consigo mismo, con los otros y con lo otro, a la sensación de poder, y la construcción de múltiples sentidos.

En cuanto a la democratización en salud mental, descentrar el estudio de la salud mental, de la psicopatología y de los servicios de salud permite, como en este caso, la democratización del saber y avanzar en el encuentro de nuevas comprensiones y de estrategias de acompañamiento centradas en el sujeto que sufre. En la experiencia de COREDI la pedagogía y el teatro social, puestos en diálogo con las vivencias de maestros y maestras rurales en medio del conflicto armado colombiano, permitieron la referencia a procesos de sanación de heridas acumuladas en las biografías de los y las participantes, a la necesidad de trascender lo individual para la comprensión de dinámicas sociales que han llevado a la violencia y al sufrimiento social, hasta proyectar desde un trabajo de investigación y creación colectiva la denuncia de los hechos y la transformación social.

A manera de conclusión, es posible decir que (Hernández, Urrea, Vaca, 2023) se halla una afinidad sensible entre salud mental, conflicto armado y construcción de paz, visible en esta investigación, en la cual encontramos que el proceso de formación en teatro-pedagogía aportó en la comprensión y en la producción de salud mental, el lugar relevante del cuerpo y en él, de la simbolización y el movimiento para el reencuentro con el pasado, su reinterpretación en el presente y la construcción de sentidos para la transformación social, en paz, generando una sintonía entre experiencias de sanación y de subjetivación política de los y las participantes, con lo cual trasciende el lugar de "paciente" como se concibe a las personas con afecciones de salud mental en los servicios de salud, y la experiencia positiva de salud mental como un estado de paz interior tras un tratamiento

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

basado en la medicalización; la sanación, aquí es comprendida, en cambio, a partir de entender la realidad social desde la propia vida, para contribuir a su transformación.

La ponencia: “Teatropedagogía: producción de salud mental y democratización en el campo de la salud mental” permite relieves elementos de la teatropedagogía, como el movimiento, el juego y el trabajo colectivo en tutores y tutoras campesinas y cómo se relaciona con la salud mental, por ejemplo, en forma de sanación de las heridas – de la guerra, de manera que también será un momento integrador de lo dicho sobre pedagogía social, artes, teatro, en relación con la salud mental.

### Referencias Bibliográficas

- Hernández-Holguín DM, Urrea-Arroyave RD, Vaca-Martínez NA (2023). Teatropedagogía, una experiencia de construcción de paz en Antioquia, Colombia. Sus aportes a la salud mental. Interface. Disponible en <https://bit.ly/3oS62bD>

## Pedagogía y teatro del oprimido en el campo de la sexualidad juvenil

### Ponente:

Carlos Iván Pacheco Sánchez - Colombia  
Universidad Nacional de Colombia

### Autores

Carlos Iván Pacheco Sánchez<sup>1</sup>

### Resumen de la ponencia

Desde finales del siglo XX y lo que va corrido del siglo XXI, la adolescencia y la juventud han sido puestas en el foco de organizaciones de salud y población internacionales, de los diferentes gobiernos y de organizaciones no gubernamentales que parten de considerar que los sujetos son proclives a desarrollar comportamientos de riesgo. Cómo plantea Viveros (2006) las acciones de salud pública en estas poblaciones se pueden encuadrar en modalidades actuales de gobierno de la sexualidad juvenil. Desde el discurso biomédico hegemónico del riesgo y el adultocentrismo, se enfatiza en los efectos negativos para la salud del ejercicio de la sexualidad, tomando las definiciones problemáticas que se hacen desde la biomedicina: el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y el Vih-sida. Las voces de las y los adolescentes y jóvenes son ignoradas y/o invisibilizadas, constituyéndose de esta manera en sujetos que en su sexualidad son situados en la zona del no-ser (Fanon, 2010). Cuando se promueve la participación adolescente y juvenil, lo que prevalece en estos procesos son los saberes expertos que normalizan y controlan la sexualidad y los cuerpos (Foucault, 2007) incluso formando líderes que sirven de caja de resonancia entre sus pares de esos saberes expertos. Este trabajo muestra la utilización del Teatro del Oprimido (TO) de Augusto Boal como una posibilidad de transformación política de las y los adolescentes. Para ello recurre a la realización de una entrevista colectiva a actores del Teatro Experimental de Fontibón (TEF), quienes han trabajado El Teatro del oprimido, principalmente el Teatro Foro, como una metodología de transformación en las matrices culturales que enmarcan la sexualidad de adolescentes y jóvenes. Se recurre, además, a las sistematizaciones de la experiencia publicadas para la triangulación de los datos.

El TO parte de la tesis de que el teatro es político y de que, así como las clases dominantes lo han convertido en un instrumento de dominación, lo podemos convertir en un arma de liberación de los oprimidos (Boal, 2015). Inspirado en la pedagogía de Freire, con quien colaboró estrechamente en Recife, Boal plantea que se requiere un teatro para cambiar la realidad y, a diferencia de otras experiencias de teatro militante desarrollado en América Latina, que “no solamente ayude a cambiar la conciencia del espectador. El espectador que va a cambiar su realidad la cambiará con su cuerpo.

Como resultados relevantes se muestra que el teatro foro propicia la emergencia de las voces de los jóvenes desde la opresión generacional adultocéntrica y, de manera muy importante, las voces de las mujeres que en la vida cotidiana están bajo el vector opresivo del patriarcado. Me atrevo a proponer que el teatro foro logra

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Colombia

producir un efecto similar al que mencionan Siqueira- Silva y Nunes (2015), denominado sonoridad social. En este caso podríamos hablar de sonoridad social emergente en el campo de la sexualidad, sobre todo entre las mujeres.

Podemos concluir que el TO parte de definirse en campo simbólico y estético desde tesis similares a las epistemologías del sur y también ambas propuestas reconocen los diversos sistemas opresivos del mundo actual. En ese sentido, la propuesta de TO y específicamente el Teatro Foro, ha mostrado en la experiencia que se rememora, un potencial de abrir diálogos entre los oprimidos y excluidos, en este caso, en el campo de una sexualidad hegemónica, patriarcal y heteronormativa. Adicionalmente, el Teatro Foro mostró posibilidades de transformación en los públicos juveniles, pero también en los actores y actrices del TEF que han asumido la técnica como herramienta de su labor pedagógica y artística. Lo que ocurre con lxs jóvenes y con los actores y actrices podría enmarcarse en el concepto de sonoridad social (Siqueira –Silva y Nunes, 2015).



# **Presentación de libros**



# Libros

Se presentaron libros cuyo eje central o uno de sus componentes o capítulos, estuviesen relacionados con la Educación en el Campo de la Salud. También hubo espacios para la presentación de otros libros relacionados con la salud pública.

- Salud Pública. Visión Panorámica.
- Cuidemos nuestra salud. Prevención del cáncer cervicouterino material bilingüe en español y cinco lenguas indígenas.
- Salud Pública y teoría cuantica: un puente para la investigación.
- Un deseo para Santi. Manual de trabajo para niños, niñas y adolescentes con Enfermedad Renal Crónica.
- Superando tiempos difíciles: cuentos y relatos sobre migración y derechos humanos.
- Alimentación y nutrición de la mujer en etapas de gestación y lactancia. Capítulo 15: La educación nutricional durante la gestación.
- Cuidemos nuestra salud. Prevención del cáncer cervicouterino material bilingüe en español y cinco lenguas indígenas.
- Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica.
- Me siento así. Libro infanti.
- Prevención de Riesgos: Ruta para la salud y seguridad sostenibles

## Salud Pública. Visión Panorámica

### Ponente

Elkin Martínez Lopez  
Universidad de Antioquia  
elkin.martinez@udea.edu.co

### Autores

Elkin Martínez López<sup>1</sup>  
Juan Manuel Martínez Arango<sup>2</sup>

### Palabras Clave

Salud Pública, Pedagogía, Panorámica.

### Resumen:

¿Será posible que, yo pueda ocuparme solo de mi propia salud y pueda así desentenderme de la salud de los demás? La respuesta es: ¡No, de ninguna manera! La razón es simple: la salud es un estado integral. La salud es el goce de un alto nivel de bienestar físico, mental y social, es decir, tiene un componente colectivo que es imposible de ignorar.

El ambiente físico, la cultura, las costumbres, las tradiciones, las diversas interacciones sociales, los hábitos de vida, los comportamientos, las condiciones económicas, la nutrición, la higiene, el saneamiento, la organización de los servicios médicos, las políticas de salud, en fin, una amplia gama de elementos y factores afectan de una forma u otra, la salud de todas las personas.

La salud de una comunidad puede expresarse a través de indicadores que responden a preguntas como: ¿Cuánto tiempo viven las personas aquí? ¿De qué se mueren? ¿De qué y por qué se enferman? ¿Por qué se incapacitan? ¿Por qué se hospitalizan? ¿Quiénes son más vulnerables? ¿Cuáles son las enfermedades más letales? ¿Cuáles las más comunes? Etc.

La salud en el mundo recién ha cambiado, venimos desde una preeminencia de las enfermedades agudas e infecciosas, a una epidemia moderna de enfermedades crónicas degenerativas que representan un lento, pero real desafío a la supervivencia de la especie humana.

Este libro ofrece una visión panorámica de la Salud Pública, que pretende ser clara, educativa, amena y ante todo, comprensible.

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

<sup>2</sup> Universidad Cooperativa de Colombia

Tema	Página
Introducción	2
Panorama	3
Contenido	4
Maestros de la Salud Pública	5
Epidemias	17
Etapas de la Salud	31
Conceptos en Salud	55
Mortalidad	75
Morbilidad	95
Indicadores de Salud	105
Factores Determinantes de la Salud	127
Transición Epidemiológica	163
Estudios investigativos	179
Créditos y Aclaraciones	201
Bibliografía	202

### Referencias Bibliográficas

- Martínez Ma Conceptos de Salud pública y Estrategias Preventivas 2a edición Barcelona. 2018
- Piedrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 12a edición Elsevier Masson ed. Madrid. 2015
- US Dept of Health. Healthy People 2030 Disease prevention and Health Promotion USA. 2022

# Salud Pública y teoría cuántica: un puente para la investigación

## Ponente

Adriana Lucía Acevedo Supelano  
Universidad de Antioquia  
adrianalucia.acevedo@udea.edu.co

## Autores

Adriana Lucia Acevedo Supelano<sup>1</sup>  
Edwin Mauricio Millan Hernández<sup>2</sup>  
Erika Marcela Quintero Hernández<sup>3</sup>  
Camilo José González Martínez<sup>4</sup>  
Rosalía Olaya Zuñiga<sup>5</sup>  
James Frank Trujillo Perdomo<sup>6</sup>  
Karina Susana Pastor Sierra<sup>7</sup>

## Palabras Clave

Ciencias de la salud, Fenomenología, Salud pública. Sociedad cuántica.

## Resumen:

Las ciencias sociales y humanas, al igual que las ciencias de la salud –incluida la medicina–, son, a la fecha, precuánticas. Si les va bien, en el mejor de los casos, son relativistas, en el sentido de la teoría de la relatividad de Einstein. Es imposible entender el mundo de hoy, la realidad y la naturaleza sin un conocimiento básico de la teoría cuántica. Este libro busca llenar un vacío en una triple dirección: tender puentes entre la física cuántica y las ciencias sociales, tenderlos entre la teoría cuántica y las ciencias de la salud, y pensar, al mismo tiempo, la salud (no ya la enfermedad). El marco genérico es el contexto de las relaciones entre la salud y las ciencias de la complejidad. Una idea de base: la salud no es única –ni principalmente– un problema antropológico, antropomórfico o antropocéntrico.

## Referencias Bibliográficas

- Foucault, M. (1990). Tecnologías del yo, 95-140. Recuperado de <http://experienciasinvestigacion2012.pbworks.com/w/file/fetch/52494208/foucault-omnes-et-singulatim.pdf>
- Gilder, L. (2008). *The Age of Entanglement*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- Maldonado, C. (2018a). Quantum physics and consciousness: a (strong) defense of panpsychism. *Quantum Physics and Consciousness*, 41, 101-118. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/330510998\\_Quantum\\_Physics\\_and\\_Consciousness\\_A\\_Strong\\_Defense\\_of\\_Panpsychism](https://www.researchgate.net/publication/330510998_Quantum_Physics_and_Consciousness_A_Strong_Defense_of_Panpsychism)

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

<sup>2,6</sup> Institución Universitaria Antonio José Camacho

<sup>3,4</sup> Universidad El Bosque

<sup>5</sup> UDCA

<sup>7</sup> Universidad del Sinú, sede Montería

# Un deseo para Santi. Manual de trabajo para niños, niñas y adolescentes con Enfermedad Renal Crónica

## Ponente

Karla Yunuén Guzmán Carrillo  
Universidad Michoacana de San Nicolás de  
Hidalgo  
Kyguzmanc@Gmail.com

## Autores

Karla Yunuén Guzmán Carrillo<sup>1</sup>  
Fabiola González Betanzos<sup>2</sup>  
María Elena Rivera Heredia<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Manual de intervención, niños, enfermedad renal crónica.

## Resumen:

“Un deseo para Santi”, es un libro que por su estructura y contenido puede ser utilizado por distintos profesionales de la salud como médicos, psicólogos, nutriólogos, enfermeros y trabajadores sociales que brindan atención a niñas, niños y adolescentes de entre 8 a 18 años de edad con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica.

Al respecto, la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un padecimiento frecuente en población mexicana, cuyo diagnóstico con frecuencia se otorga hasta que el paciente se encuentra en fase terminal y requiere Terapias de Reemplazo Renal (TRR; García-García & Chávez-Iñiguez, 2018; Obrador et al., 2016).

En el caso de niños, niñas y adolescentes, el cuidador primario suele asumir la responsabilidad del tratamiento, situación que le provoca niveles elevados de estrés que afectan su salud física y emocional (Romero Massa et al., 2014). Por otro lado, debido a la complejidad de la enfermedad, con frecuencia los pacientes presentan dificultades en la adhesión a su tratamiento, que se suman a consecuencias emocionales como tristeza y enojo por las limitaciones y cambios en su vida cotidiana (Panduro & Ramos, 2018; Quezada et al., 2021).

Debido ello, se desarrolló y validó a través de jueces expertos el manual de intervención psicológica con técnicas cognitivo conductuales para población pediátrica con ERC denominado “Un deseo para Santi”. Cabe destacar que el material está diseñado para ser aplicado con los pacientes y sus cuidadores primarios, quienes generalmente son sus padres.

El libro se conforma por siete lecciones que abordan aspectos biológicos, psicológicos y sociales del padecimiento a través de distintos personajes que van explicándole a “Santi”, un niño de 11 años con dicho

<sup>1,2,3</sup> Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

padecimiento, la función de los riñones, qué es la ERC, la importancia de la toma de los medicamentos, de tener una alimentación saludable, el manejo de emociones y del estrés como parte de un tratamiento interdisciplinario.

Asimismo, como parte de las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la enfermedad, se integran estrategias de solución de problemas, reestructuración cognitiva, identificación de recursos psicológicos y de redes de apoyo. Cada lección cuenta con distintas actividades de trabajo para corroborar los aprendizajes del tratamiento.

Finalmente, es importante destacar que al finalizar las siete lecciones del tratamiento se cuenta con un glosario, así como con las cartas descriptivas de cada una de las sesiones, con la finalidad de que la intervención pueda replicarse en distintos escenarios hospitalarios o ambulatorios, dependiendo de la situación de cada paciente.

### Referencias Bibliográficas

- García-García, G., & Chávez-Iñiguez, J. S. (2018). The tragedy of having ESRD in Mexico. *Kidney International Reports*, 3(5), 1027–1029. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2018.07.018>
- Panduro, B. V., & Ramos, S. L. (2018). Bases para una propuesta de alfabetización en salud de niños con enfermedad renal crónica. *Innovación Educativa*, 18(77), 13-36.
- Romero Massa, E., Maccausland, Y., & Solórzano, L. (2014). El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(2), 146-157.

# Superando tiempos difíciles: cuentos y relatos sobre migración y derechos humanos

## Ponente

María Elena Rivera Heredia  
 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
 maelenarivera@gmail.com

## Autores

María Elena Rivera Heredia<sup>1</sup> | Pedro Fernández Carapia<sup>2</sup> | Itzhel Liliana Fernández Montaña<sup>3</sup>  
 Diana Escobar Chávez<sup>4</sup> | Jurhamuti José Velázquez Morales<sup>5</sup> | Ana Isabel Orozco Orozco<sup>6</sup>  
 Juan Carlos Bermúdez Huerta<sup>7</sup> | María Guadalupe López Andrade<sup>8</sup> | Sara Ruiz Suárez<sup>9</sup>  
 Ulises Sebastián Serrano Ávila<sup>10</sup> | Diana Pamela Zambrano Vázquez<sup>11</sup> | Beatriz Adriana Gaytán Villalpando<sup>12</sup>  
 Miriam Camacho Valladares<sup>13</sup> | Francisco Javier Becerra Gamiño<sup>14</sup> | José Arturo Villaseñor Gómez<sup>15</sup>  
 Beatriz Curintzita López<sup>16</sup> | Jocelyn Valle Ortiz<sup>17</sup> | Perla Guadalupe Jerónimo Guzmán<sup>18</sup>  
 Yolanda Guerrero Valdovino<sup>19</sup> | Eduardo Romero Aldana<sup>20</sup>

## Palabras Clave

Migración, Derechos Humanos, educación para la salud, retorno, transmigrantes.

## Resumen:

Con la intención de generar material psicoeducativo que pueda apoyar a las personas impactadas por la migración para que conozcan más sobre sus derechos y la forma de defenderlos, la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en México edita el libro “Superando tiempos difíciles: cuentos y relatos sobre Migración y Derechos Humanos”, el cual también beneficia a la sociedad en general y al personal en el campo de la salud y educación, así como a diversos servidores públicos que tienen contacto con las personas migrantes y sus familias.

Incluye 38 cuentos o relatos con historias sobre la pandemia de COVID-19 en población migrante, la experiencia de las familias que se quedan en el lugar de origen, riesgos al migrar, migración de tránsito y de retorno, jornaleros agrícolas y exbraceros, impacto de la separación familiar, engaños y extorsiones hacia los migrantes, la importancia de la cultura, entre otras, con historias para todas las etapas del ciclo vital. Por todo ello, es un libro que contribuye al campo de la promoción de la salud al brindar elementos para fomentar el bienestar físico y mental.

Los 10 grandes temas que se abordan en este libro son:

1. Los derechos humanos universales y los derechos de las personas migrantes y sus familias.
2. Los derechos que todo niño, niña y adolescentes en condición de migración debe conocer.

<sup>1,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20</sup> Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

<sup>2</sup> Fuerza migrante sin fronteras y Coalición Migrante de Michoacán

3. Los derechos humanos de las personas migrantes y sus familias.
4. El derecho a regresar a tu lugar de origen y ser incluido.
5. El derecho a la movilidad.
6. Comunicación solidaria: expresarnos para comprendernos, para dar y pedir ayuda.
7. Prevención de acoso sexual en jornaleros agrícolas.
8. Los Ex braceros y la lucha por sus derechos laborales y humanos.
9. Los Derechos Humanos ante la contingencia sanitaria del COVID-19 dentro y fuera de México.
10. La cultura Cura: reconociendo las raíces de mi familia migrante.

Las historias son diversas y se pueden leer en familia, o a título personal, o como parte de una clase o grupo de trabajo; son un medio para abrir conversaciones, para reflexionar en torno a las diferentes experiencias que tienen las personas impactadas por la migración, y a la importancia de que conozcan sus derechos humanos, brindando elementos para identificar cuándo es necesario defenderlos, apoyar a otras personas para que no sean víctimas de injusticia, además de conocer con quién acudir y qué pueden hacer para ser respetados. La lectura de este libro favorece el tener presentes ideas sobre cómo enfrentar situaciones difíciles, y reflexionar sobre la inclusión, las diferencias culturales, los valores, las redes de apoyo, entre otros temas.

Para la selección de los cuentos y relatos se contó con un proceso de arbitraje de la población meta: niños, jóvenes y personas impactadas por la migración de diferentes edades, y de adultos expertos en temas migratorios y educativos.

Puedes consultarlo en la siguiente liga: [https://www.researchgate.net/publication/354984566\\_Superando\\_tiempos\\_dificiles\\_cuentos\\_y\\_relatos\\_sobre\\_Migracion\\_y\\_Derechos\\_Humanos](https://www.researchgate.net/publication/354984566_Superando_tiempos_dificiles_cuentos_y_relatos_sobre_Migracion_y_Derechos_Humanos)

Por lo tanto, el libro tiene una variedad de aportaciones al campo de educación para la salud y aporta información relevante en torno a diferentes tipos de experiencias migratorias, así como sobre los derechos humanos que debemos conocer y defender, es en sí mismo una herramienta para la educación para la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Guzmán-Carrillo, K.Y., Obregón-Velasco, N., Cabrera-Mora, L. y Rivera-Heredia, M. E. (2020). Estrategias para promover bienestar psicológico en niñas y niños impactados por la migración: experiencias desde Michoacán, México. *Diarios del Terruño. Reflexiones sobre migración y movilidad*. 10, 145-174 (ISSN:2448-6876). <https://www.revistadiariosdelterrano.com/guzman-obregon-cabrera-rivera/>
- Rivera Heredia, M.E. (Coord) (2021). "Superando tiempos difíciles: cuentos y relatos sobre Migración y Derechos Humanos". Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. [https://www.researchgate.net/publication/354984566\\_Superando\\_tiempos\\_dificiles\\_cuentos\\_y\\_relatos\\_sobre\\_Migracion\\_y\\_Derechos\\_Humanos](https://www.researchgate.net/publication/354984566_Superando_tiempos_dificiles_cuentos_y_relatos_sobre_Migracion_y_Derechos_Humanos)
- Rivera Heredia, M.E. y Pardo Fernández, R. (2018). *Migración: Miradas y reflexiones desde la universidad*. Colección del Centenario de la UMSNH. Morelia: editorial Miguel Ángel Porrúa.



# Alimentación y nutrición de la mujer en etapas de gestación y lactancia.

## Capítulo 15: La educación nutricional durante la gestación

### Ponente

Isabel Cristina Carmona Garcés  
Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición  
y Dietética, Grupo GII ESEN  
isabel.carmona@udea.edu.co

### Autores

Sandra Lucia Restrepo Mesa<sup>1</sup>  
Luz Mariela Manjarrés Correa<sup>2</sup>  
Beatriz Elena Parra Sosa<sup>3</sup>  
Isabel Cristina Carmona Garcés<sup>4</sup>

### Palabras Clave

Gestación, Lactancia, Educación Alimentaria y Nutricional, Atención Nutricional.

### Resumen:

Se presenta el libro Alimentación y nutrición de la mujer en etapas de gestación y lactancia: de lo básico a lo aplicado, y específicamente el capítulo 15: La educación nutricional durante la gestación: una mirada desde la consulta nutricional.

El libro en mención es una obra construida para estudiantes de pregrado y posgrado, profesionales, académicos, científicos y demás personas interesadas en la salud, la nutrición materna, el bienestar y desarrollo humano.

El capítulo a presentar tiene dos propósitos, el primero, generar reflexión en los estudiantes y nutricionistas dietistas sobre la importancia de la educación alimentaria y nutricional, como uno de los ejes fundamentales para aportar a la salud y la nutrición del binomio madre e hijo en sus primeros mil días. El segundo, brindar herramientas que faciliten la planeación, ejecución y evaluación de estrategias educativas en alimentación y nutrición, en el nivel individual.

Parte de una reflexión sobre la educación en la atención nutricional de la gestante como proceso complejo y se analizan las barreras que vale la pena considerar, como la remisión tardía de las gestantes, el tiempo limitado para la atención, la falta de recursos en las instituciones y de entrenamiento adecuado de los profesionales de la salud, las dificultades para el desarrollo de actividades de aprendizaje participativo y vivencial y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Posteriormente, se enfoca en la educación nutricional durante la atención nutricional en el embarazo como factor crucial para garantizar una ganancia de peso y una suplementación adecuada, que contribuyan al crecimiento y desarrollo del feto y facilitar la lactancia materna.

Para desarrollar los cómo de la atención nutricional, el capítulo se divide en tres fases, la introductoria o de diagnóstico, la de planeación de la acción educativa y la fase de evaluación.

Estas tres fases son tratadas desde un bricolaje de tres orientaciones pedagógicas: La educación dialógica, el modelo biosicosocial y el modelo transteórico.

En las tres etapas, el proceso educativo se fundamenta en el modelo dialógico, que parte del educando, de sus argumentos y verdades, se abordan las habilidades del educador, tales como escuchar, preguntar y convertir el diálogo en un acto pedagógico. Se hace énfasis en la necesidad de convertir la atención nutricional en un espacio que posibilite el compartir de saberes y experiencias cotidianas, para trascender la planificación educativa y hacer un acercamiento a la realidad social.

Desde el modelo transteórico, se fundamenta la necesidad de un diagnóstico que permita identificar la etapa de cambio de comportamiento en la que la gestante se encuentra, con el fin de garantizar la educación alimentaria y nutricional centrada en sus necesidades.

Por último, desde el modelo biopsicosocial se profundiza en la importancia del entorno en las decisiones individuales y viceversa y, la necesidad de procesos educativos, dialógicos e integrales, con el fin de lograr un impacto positivo en el estado nutricional y de salud del binomio Madre-Hijo.

### Referencias Bibliográficas

- Contento IR. Working with diverse age, cultural and literacy population groups. En: Nutrition Education: Linking Research, Theory and Practice. 3rd ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2016. p. 556-96.
- Restrepo SL, Carmona IC, Bonilla J, Meneses YL. Educación nutricional en gestantes, perspectivas para la acción. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2013;19(4):207-15.
- Snetselaar LG. Nutrition Counseling Skills for the Nutrition Care Process. 4th ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett; 2009.

# Cuidemos nuestra salud. Prevención del cáncer cervicouterino material bilingüe en español y cinco lenguas indígenas

## Ponente

Claudia Marcela Velásquez Jiménez  
Universidad de Ciencias Aplicadas y  
Ambientales  
mvelasquez@udca.edu.co

## Autores

Claudia Marcela Velásquez Jiménez<sup>1</sup>  
Maria Ines Sarmiento Medina<sup>2</sup>  
Sandra Vargas<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Material educativo, cartillas bilingües, sexualidad, cancer cervicouterino.

## Resumen:

La construcción de material educativo conjunto (cartillas bilingües en 5 lenguas indígenas) en español, y lenguas Puinave, Piapoco, Sikuani, Cubeo y Curripako es el resultado del trabajo conjunto realizado con lideresas indígenas de Guainía en el marco del proyecto “estrategia intercultural de educación en salud sexual y reproductiva,

Estrategia intercultural educativa para prevención de cáncer cervicouterino en mujeres de 5 etnias indígenas en Guainía. Que se realizó con apoyo de min ciencias y de las universidades: Ciencias aplicadas y ambientales UDCA, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS y el Bosque. Las cartillas fueron elaboradas a partir de los conversatorios con las lideresas, ajustados los contenidos, revisados los dibujos y escritos en lenguas propias lo que permitió demostrar que es posible un trabajo intercultural centrado en lo que las comunidades requieren y necesitan. Las cartillas permitieron también hacer reflexiones sobre los que significa lo intercultural, la importancia de construir contenidos negociados y el trabajo de información en conversatorios y pares.

## Referencias Bibliográficas

- Organización mundial de la salud, OMS. (2022). Cáncer cervicouterino, enero 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Jackson, L. R., & Ward, J. E. (2000). An analysis of resources for indigenous women in NSW about cervical screening. Australian and New Zealand journal of public health, 24(3), 327–330. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2000.tb01578.x>
- Así vamos en salud (2022). Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino. <https://asivamosensalud.org/enfermedades/Tasa-de-Mortalidad-por-C%C3%A1ncer-de-Cuello-Uterino>

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias aplicadas y ambientales UDCA

<sup>2</sup>Maria Ines Sarmiento Medina

<sup>3</sup>Sandra Vargas

## Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica

### Ponente

Fernando Peñaranda Correa  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia  
fernando.penaranda@udea.edu.co

### Autores

Fernando Peñaranda Correa<sup>1</sup>

### Palabras Clave

Educación para la salud, pedagogía, salud pública, propuesta pedagógica.

### Resumen:

La educación tradicionalmente se ha planteado como un asunto relevante para la salud pública. Sin embargo, un análisis cuidadoso sobre esta en el ámbito colombiano revela una situación diferente, pues esa supuesta relevancia no se refleja en las políticas de salud pública, ni en la formación del talento humano en las disciplinas del área de la salud, ni en el campo de la investigación. La educación tampoco es relevante para la teoría de la salud pública convencional, pues en esta prima una visión reduccionista que la concibe como instrumento o estrategia.

Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica propone que para fortalecer el ejercicio ético y crítico de la educación en el campo de la salud pública se requiere una sólida fundamentación pedagógica. Por ello el autor presenta un análisis que articula la teoría y los debates en los campos de la educación y la salud pública para generar nuevos significados sobre la praxis de esta última. Al final de la obra, se ofrece una propuesta pedagógica sustentada en la educación popular y usando como caso, y a manera de ejemplo, la educación en crianza, con el propósito de formular una forma de construir alternativas a las perspectivas tradicionales con la aplicación de las conceptualizaciones y desarrollos teóricos presentados en el libro.

Es un libro dirigido a los profesionales del área de la salud y a todos los educadores que adelantan acciones de salud pública y que reflexionan sobre sus prácticas pedagógicas.

### Referencias Bibliográficas

- Almeida, N. (2000). *La ciencia tímida*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Almeida, N., & Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5–30.
- Álvarez, C., & González, E. M. (1998). *Lecciones de didáctica general*. Medellín, Colombia: Editorial Magisterio.

<sup>1</sup>Universidad de Antioquia

## Me siento así. Libro infantil

### Ponente

Lina Gómez Lopera  
Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín  
lina.gomez@medellin.gov.co

### Autores

Lina Gómez Lopera<sup>1</sup>

### Resumen:

El libro Me Siento Así, es un cuento infantil ilustrado, que tiene como propósito apoyar la educación para la salud emocional.

La pandemia, elevó los trastornos mentales, especialmente en niños y jóvenes, como depresión, ansiedad, déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, de comportamiento disruptivo y disocial, de neurodesarrollo, entre otros. En 2021, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas — Dane— publicó el estudio Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia, que incluyó cifras más dramáticas: alrededor del 52.2 % de los jóvenes, entre 12 y 17 años, presentaban entre uno o dos síntomas de ansiedad. (Johansson Cruz Lopera – Periodista, Universidad de Antioquia, 2023).



El efecto postpandemia es el aumento evidente de problemáticas asociadas a la salud mental, y es por ello que desde la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública de Salud Mental se han incrementado estrategias de atención para todo el grupo poblacional, como los escuchaderos, la línea amiga saludable y el código dorado, priorizando actividades de prevención y gestión del riesgo.

“El monstruo de colores”, “te quiero casi siempre” y “el vacío”, de Anna Llenas fueron textos inspiradores que guiaron este camino, orientado a la educación emocional.

En el cuento Me siento así, los personajes se constituyen como niños o niñas que no sabemos que les pasa. Se ven tristes y enojados, y es aquí, donde se develan las interpretaciones del sujeto lector sobre lo que cree que siente cada personaje, algo que el sujeto lector, desde su singularidad, conecta con la imagen que le evoca y le posibilita generar otras historias a partir de los sentimientos y las emociones.

El trabajo de educación para la salud mental a través del cuento Me siento así, ha tenido alto impacto en la comunidad, en un primer momento la asistencia a los encuentros superó las expectativas al 100%, se cuenta con evaluación de las actividades con la comunidad y cómo esta da cuenta del objetivo logrado que es aportar al adecuado manejo de la emociones desde la primera infancia.

<sup>1</sup>Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín



Actualmente, se han beneficiado más de 12.000 niños, niñas y sus familias de Medellín, con una inversión de más de \$ 800.000.000 millones de pesos.

Las entidades estatales deben seguir promoviendo producción de textos que aporten significativamente a la educación para salud, no solo en el campo de la salud, sino también con la articulación de otros sectores, instituciones, universidades y comunidad.

El libro Me siento así, se constituye en un portador de texto que no solo está orientado para los niños y niñas, sino también para todos los cursos de vida. Un libro, que en sí mismo, brinda herramientas para la salud mental. No como un cuento que solo narra una historia, sino como un posibilitador de experiencias educativas para la salud.

# Prevención de Riesgos: Ruta para la salud y seguridad sostenibles

## Ponente:

Belka Bellini Bonnett Bogallo - Panamá  
UDELAS Universidad Especializada de las  
Américas  
belka.bonnett@udelas.ac.pa

## Autores

Belka Bellini Bonnett Bogallo<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Prevención, riesgo, salud, seguridad, sostenible, integral.

## Resumen:

La prevención de riesgos laborales (PRL) como disciplina que busca promover la seguridad y salud del trabajador mediante la identificación de peligros, evaluación y control de los riesgos asociados al entorno de trabajo, además fomenta el desarrollo de actividades y medidas necesarias para prevenir los riesgos (Creus S., 2014). Las causas de accidentes es el comportamiento del ser humano frente al riesgo laboral, donde el control del comportamiento es la clave para evitar accidentes, según se sustenta en la teoría de prevención de Heinrich (1931, citado por Bush, 2019).

En el siguiente capítulo, se especifican el valor de la salud y de la seguridad laboral, los aspectos generales de salud atribuidos desde la antigua civilización griega como un equilibrio dinámico entre los elementos opuestos del cuerpo, la mente y el alma; la antigua Grecia, argumenta que la salud es un estado de equilibrio y armonía entre el cuerpo y el alma, centraba en que la salud era un estado de equilibrio y bienestar general, y que no se podía separar la salud del bienestar emocional y espiritual, entre otros planeamientos y se hacía hincapié en la importancia del equilibrio y la armonía en la vida de las personas para mantener una buena salud. Además, rescatamos la importancia de la seguridad en el trabajo, a pesar de siempre estar presentada como un binomio perfecto con la salud, son ciencias con especializaciones de campos en común; pero con técnicas diferentes, y mencionan los modelos de salud.

La presentación del recorrido histórico de la salud ocupacional, hoy denominada laboral y el surgimiento de la seguridad en el trabajo, se abordan en el capítulo II, además, se explican los antecedentes de modulan la salud en el país y la adopción de la atención primaria como modelo de salud en Panamá.

<sup>1</sup> UDELAS Universidad Especializada de las Américas

Seguido desarrollamos la prevención de riesgos laborales, el rol del Estado como ente regulador con marco legal y normativo, acompañados de los modelos de capacitación y de formación en riesgos, en el tercer capítulo III. La gestión de salud y seguridad laboral la enmarcamos en el Capítulo IV, se expresan los diferentes estilos de la gestión para la prevención de riesgos, la gestión para la salud y la gestión de la seguridad laboral, con base en objetivos y componentes académicos y parámetros establecidos.

Con el capítulo Formar en prevención es un programa PRL, basada y fundamentada en competencias de saber conocer, saber hacer y saber ser. Definidas como un universo articulado y activo de conocimientos, habilidades, actitudes, y valores; que toman porción activa en el desempeño responsable y adecuado de las actividades cotidianas dentro de un contexto determinado (Gilbert, Rodríguez, & Silverio, 2017). La evaluación de riesgos, el proceso de gestión de riesgos específicos acompañados de la medicina pre-ocupacional, exámenes y la medicina laboral, programas de control y de capacitación son importantes; pero; la gestión para prevención del riesgo laboral, para la salud laboral en entorno laboral, la prevención interdisciplinar y participativa y los sistemas de gestión de la SST son propulsores para alcanzar una seguridad y salud integral y sostenibles.

También valora y recoge los resultados de las indagaciones teóricas y de la valoración integral de las informaciones suministradas y recopilada, el análisis de documentos revisados, constatándose la necesidad de transformar la enseñanza de prevención de riesgos en los que imparten conocimientos, crean habilidades en los estudiantes que cursan estudios en Panamá.

### Referencias Bibliográficas

- Arias, W. (2012). Revisión Histórica de la Salud Ocupacional y la Seguridad Industrial. Medigraphic.com, 1-8.
- Ávila González, C. (2017). Formación de competencias profesionales en la universidad pública: Una vista panorámica desde la globalización. Revista Observatorio, 365-393.
- Bakkali, I. (2020). Hacia una Educación Transformadora, propuestas, proyectos y experiencias. Madrid: Adaya Press.
- Badía, M. (1985). OPS Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, DC.: OPS.
- Bonnett Bogallo, B. (2022). Programa de prevención de riesgos laborales (PRL), para una salud y seguridad sostenible, dirigido a profesores del bachillerato industrial, de educación media en Panamá. Panamá: RIUDELAS.
- Bonnett-Bogallo, B. B., & Lebrija, A. (2023). Prevención de riesgo laboral: Desafío para la seguridad y salud en el trabajo desde la educación media profesional y técnica en Panamá. Redes, 70-90.
- Burgos García, A. (2014). La seguridad como factor clave en las organizaciones educativas. Educar, Vol. 50, n.º 2, , pp285-21.
- Creus S., A. (2014). Actitud segura. Gestión de la prevención. España: Casa del libro.
- Gilbert, G. A., Rodríguez, G. d., & Silverio, L. N. (2017). Diseño de un modelo de desarrollo de competencias docentes para ambientes b-learning. Espcaios, 1-8.
- Martínez-Freire, P. F. (2003). Concepciones cognitivas del ser humano. Contrastes, Revista internacional de filosofía, 109-122.



- Narváez, J., & Boada, G. (4 de abril de 2023). La Percepción. Obtenido de LMDV, Social Neuro Gym©SNG: <https://juanantonionarvaez.com/la-percepcion/>
- OHSAS, I. (2015). OHSAS 18001. Riesgos en los procesos. Córdoba, España: Escuela Europea de Excelencia.
- OIT. (2018). Normas del Trabajo: Seguridad y salud en el trabajo. Ginebra: OIT.
- OIT. (2022). 110ª Conferencia Internacional del Trabajo: Añade la seguridad y la salud a los principios y derechos fundamentales en el trabajo. Ginebra : OIT.
- OMS. (2009). Salud de los Trabajadores: Recursos. P: OMS, OPS.
- ONU. (2022). "Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y Metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU.



# **Comunicaciones Orales**

# Comunicaciones orales

Se presentaron comunicaciones orales de resultados de investigación, experiencias educativas o reflexiones teórico - metodológicas en torno a la educación en el campo de la salud.

Se organizaron en grupos de máximo seis comunicaciones. Cada participante contó con 10 minutos para hacer su exposición. Las sesiones tuvieron una duración de una hora y media: 60 minutos para las exposiciones y 30 minutos para intercambiar opiniones y preguntas con los asistentes.

En cada espacio fue designado un moderador quien hizo la presentación de los expositores y dinamizó la sesión de comentarios y preguntas.

A continuación se presentan las temáticas en que se categorizaron las presentaciones:

- Formación del talento humano en salud en educación superior.
- Educación en enfermedades crónicas no transmisibles.
- Educación para la salud sexual, la salud reproductiva y el género.
- Formación del maestro en educación en el campo de la salud.
- Educación en el campo de la salud pública en el marco de la innovación y las nuevas tecnologías.
- Educación en el campo de la salud con niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar.
- Interdisciplinariedad en la educación en el campo de la salud.
- Intersectorialidad en la educación en el campo de la salud.
- Educación en enfermedades transmitidas por vectores.
- Educación en crianza y primera infancia.
- Educación en salud mental.
- Educación en salud ambiental.
- Formación del talento humano en salud no formal/educación continuada.

- Interseccionalidad y violencias basadas en género.
- Educación en el campo de la salud en el ámbito comunitario.
- Educación en el campo de la salud nutricional.
- Educación en el campo de la salud en diferentes entornos.
- Educación en el campo de la salud, ruralidad y educación popular.

# Formación del talento humano en salud en educación superior

- 327 Educación en enfermería comunitaria: acción y creación
- 329 Intervención educativa con enfoque STEAM, en personal de salud en formación para el diagnóstico de micosis oportunistas
- 331 Educación sexual y reproductiva, desde la mirada de trabajadoras con empleos de subsistencia, Medellín-Colombia 2021-2023. Resultados preliminares
- 333 Las herramientas de investigación cualitativa en salud para generar información en el campo de la salud, Medellín Colombia 2013-2022
- 335 Error médico y caos determinista como nuevas directrices para la educación médica
- 337 Acciones Intersectoriales para medidas no epidemiológicas en grupos vulnerables. Municipio Jesús Menéndez. Las Tunas. Cuba
- 339 Entre pócimas y juegos. Enseñanza de toxíndromes en el Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara
- 341 Alfabetización en salud para el contexto cubano. Avances y Brechas
- 343 Dispositivos para la formación en el campo de la Educación y Promoción de la Salud
- 345 El Seminario Integrador como cultivo de la humanidad para el nutricionista de la UdeA. El caso de la perspectiva ética
- 347 Fisioterapia comunitaria: reconocimiento y diálogo con la comunidad en los escenarios de la cotidianidad
- 349 Doctorado en Psicología de la Salud y la Formación Científica de Profesionales en la Promoción de la Salud de la UDG
- 351 Propuesta en educación popular: Diplomado Líderes y lideresas en promoción de la salud comunitaria
- 353 Psicología y Síndrome de Ovario Poliquístico: Una reflexión sobre la educación en salud
- 355 El nutricionista dietista y su rol como educador para la salud
- 357 Impacto de la pandemia COVID-19 en profesores durante el proceso de enseñanza aprendizaje de enfermería
- 359 Sintonías entre el docente y el estudiante en el aula

- 361 Educación para la Salud Oral. Experiencias y practicas de docentes de tres programas de odontología en la ciudad de Cartagena
- 363 Experiencias formativas en el campo de la salud pública: la articulación entre pregrado y posgrado
- 365 Factores de riesgo cardiovascular y de periodontitis: oportunidad de educación en salud para odontólogos
- 367 Influencia de los Métodos de Enseñanza Aprendizaje en la Enseñanza de la Salud Pública
- 369 Investigación en la formación de profesionales de ciencias de la salud: reflexiones y apuestas teórico-metodológicas
- 371 Conductas de riesgo en HSH: un redireccionamiento a la reflexión
- 373 Retos y desafíos de los docentes universitarios en los Programas en Educación para la Salud en la Formación Posgradual
- 375 Aprendizaje en telemedicina para HiCEC (Historia Clínica Electrónica para pacientes tratados con derivados del Cannabis)
- 377 Evaluación del nivel de alfabetización en salud sexual reproductiva en estudiantes de medicina cubanos
- 379 Aproximación metacrítica a la Educación Alimentaria en programas y proyectos de salud
- 381 Educación en Salud y Seguridad: Orientación en prevención para una salud sostenible
- 383 El juego como estrategia pedagógica para el aprendizaje significativo en la formación en educación para la Salud
- 385 Evaluación del razonamiento estadístico en estudiantes de posgrado de las ciencias de la salud
- 386 La autoevaluación del aprendizaje en clave de la formación profesional
- 388 La Educación de movilidad sustentable en las IES. Una acción necesaria y congruente en la promoción de la salud
- 390 Reflexiones sobre promoción de la salud, desde una experiencia de docencia universitaria
- 392 Articulación territorial de prácticas académicas
- 394 Continuidad académica virtual desde la perspectiva de una emergencia de salud pública: huracanes y pandemias
- 396 Formar en prevención de riesgos en el trabajo: Reto para una salud y seguridad laboral sostenible e integral
- 398 Innovación y Políticas Públicas: necesidad universitaria para la formación de lideres en Salud Pública
- 400 Políticas de educación superior, promoción de la salud y curriculum de enfermería en universidades mexicanas
- 402 Modelo evaluativo de las prácticas académicas en Instrumentación Quirúrgica: un aporte a la salud pública como campo pedagógico
- 404 El educador en el campo de la salud pública alternativa
- 406 Cátedra en sistema endocannabinoide y cannabis medicinal: un reto para la actualización de los currículos académicos
- 408 Significados de los/as educadores/as sobre género, a partir de sus prácticas pedagógicas alrededor de la educación sexual

## Educación en enfermería comunitaria: acción y creación

### Ponente:

Liliana Orozco Castillo - Colombia  
Universidad de Caldas  
liliana.orozco@ucaldas.edu.co

### Autores

María Eugenia Pico Merchán<sup>1</sup>  
Diana Paola Betancourth Loaiza<sup>1</sup>  
Liliana Orozco Castillo<sup>1</sup>

### Palabras Clave

Educación en Salud, Enfermería, Comunidad, Atención primaria de salud, Educación.

### Resumen:

**Introducción:** Enfermería comunitaria sustenta su quehacer en conocimientos sólidos y actualizados para cumplir su papel con las personas que cuida y el acercamiento a la comunidad. El Consejo Internacional de Enfermería exhorta a que sus programas integren, entre otras estrategias de cuidado, la educación para la salud. Según investigaciones, existe un vacío en el conocimiento frente a la enfermería comunitaria, (Cai, 2020) que contemple una práctica, que por su misma naturaleza, involucre componentes del cuidado para impulsar la educación en salud, esta considerada como parte central del cuidado que brinda enfermería a la comunidad. En este sentido, el objetivo del trabajo se centra en analizar la educación en enfermería comunitaria, en específico, en las prácticas académicas en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

**Método:** Se realizó una revisión narrativa con un protocolo para la búsqueda y revisión de artículos científicos publicados entre el 2011- 2022, en español, inglés y portugués; en la Biblioteca Virtual en Salud, PubMed y Google Scholar. Se obtuvieron 1.690 artículos, de los cuales se seleccionaron 15 artículos a través de 5 filtros. Se realizó análisis interpretativo, con ATLAS-ti versión 8, lo que permitió la ordenación por categorías y subcategorías, que se agruparon y permitieron, a la vez, identificar las tensiones en un proceso de comparación constante (Strauss & Corbin, 2002). La investigación forma parte de un macroproyecto con aval ético de la Facultad de Ciencias para la Salud de una universidad pública.

**Resultados o hallazgos:** En la educación en enfermería comunitaria emergen tres tendencias: La acción educativa de acuerdo con los contextos y los actores. Toma relevancia educar comunitariamente para la promoción de la salud y, en consecuencia, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

La creación como generadora de bien común y, con ello, el trascendental rol de docentes, estudiantes y la comunidad. Los contextos más favorables a la práctica reflexiva son aquellos que incluyen la integración enseñanza-servicio-comunidad, esta última, se logra con la participación de los miembros y el reconocimiento de diferentes actores sociales como sujetos activos

<sup>1</sup> Universidad de Caldas

Las habilidades pedagógicas con el aprovechamiento de las tecnologías puestas al servicio del aprendizaje comunitario entre ellas: las simulaciones, el desarrollo de avatares y la preparación de material educativo de forma autodidacta, con la adopción de los contenidos que requiere cada población.

Discusión y conclusiones: La revisión de la literatura muestra una relación de la acción educativa comunitaria y la capacidad creativa en el marco de la Atención Primaria en Salud en pro de la superación de las formas tradicionales, acartonadas y verticales de educar (Jordan *et al.*, 2021). Lo anterior implica incorporar enfoques renovados con apoyo de tecnologías que vinculen las prácticas con contextos sociales amplios, abiertos y reflexivos. La capacidad creativa, como principio innovador, plantea propuestas educativas y didácticas alternativas para aportar a los dominios afectivos, desarrollo ético y moral, por ejemplo: educación basada en artes, enfermería basada en la evidencia (EBE), la simulación en las prácticas comunitarias, ludificación y juegos de escape rooms, trabajo cooperativo, pensamiento creativo y aprendizaje activo. Con base en lo anterior, se puede concluir que la educación en enfermería comunitaria presenta grandes desafíos, que conlleven a resignificar y transformar sus prácticas educativas, con formas innovadoras y, así, potenciar los activos de las comunidades a partir de la educación para la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Cai, D. (2020). Community health nursing courses in baccalaureate nursing programs in China: A descriptive study based on website information. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.001>
- Jordan, K., Lofton, S., & Richards, E. A. (2021). Strategies for embedding population health concepts into nursing education. *Nursing Forum*, 56(1), 208–213. <https://doi.org/10.1111/nuf.12498>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1st ed.). Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.1016/j.vetpar.2012.11.002>



# Intervención educativa con enfoque STEAM, en personal de salud en formación para el diagnóstico de micosis oportunistas

## Ponente:

Dalila del Socorro Contreras Briones - México  
Universidad Autónoma de  
San Luis Potosí  
dalilacontreras39@gmail.com

## Autores

Yolanda Terán Figueroa<sup>1</sup>  
Carmen del Pilar Suárez Rodríguez<sup>2</sup>  
Sandra Olimpia Gutiérrez Enríquez<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Micosis oportunistas, enfoque STEAM, personal de salud en formación.

## Resumen:

Introducción: El personal de la salud es pieza clave en la transformación de los sistemas de salud, por ende, es necesario que su formación brinde respuestas eficaces, eficientes, seguras e integrales para garantizar calidad en las necesidades del bienestar de la población.

Szafran *et al.*, (2019), mencionan que la experiencia de educación multidisciplinaria es útil para hacer frente a problemas de morbilidad por enfermedades no transmisibles, siendo este el caso de las micosis oportunistas. Actualmente, estas se incrementan día con día, algunas de ellas son consideradas emergentes.

La importancia de estas enfermedades en la Salud Pública radica en: dificultades de diagnóstico, asociación con la Covid-19, resistencia a fármacos antimicóticos que se utilizan habitualmente, fácil transmisión en hospitales, que generan brotes relacionados con la asistencia sanitaria.

Recientemente en Matamoros y en Durango, México, se han presentado brotes que han causado muertes, sobre todo en mujeres manejadas con bloqueo en el parto. Lo anterior justifica la necesidad de incorporar enfoques multidisciplinarios en la educación de los profesionales de la salud en formación, además de realizar estudios donde se implementen intervenciones educativas para hacer el diagnóstico adecuado de micosis oportunistas.

Una estrategia actual es utilizar el enfoque educativo STEAM el cual engloba el uso de la Ciencia, Tecnología, Ingeniería, Arte y Matemáticas. Este está basado en la resolución de problemas con la finalidad de dar respuestas a necesidades profesionales, en este caso al diagnóstico de las micosis oportunistas, donde el conocimiento teórico y práctico confluyan en la resolución de un diagnóstico oportuno. Una de sus ventajas es que su enseñanza es inclusiva. La tarea docente en el STEAM no solo

<sup>1,2,3</sup> Universidad Autónoma de San Luis Potosí

es compartir conocimientos, sino disponer de un ambiente propicio para el aprendizaje que fomente la curiosidad, adaptado a los estudiantes y a los problemas que se desean resolver.

La efectividad de esta intervención educativa se valorará a través de un instrumento que mida el conocimiento de las micosis oportunistas en dos momentos: Pre-intervención y Post-intervención. El instrumento tiene un valor de 100 puntos, distribuidos en función de la cantidad de ítems respondidos correctamente, se clasificarán de acuerdo con el nivel de conocimiento: alto (80 a 100 puntos), medio (60 a 79 puntos) y bajo (< de 59 puntos).

Objetivo general: Evaluar la efectividad de una intervención educativa en personal de salud en formación para el diagnóstico de micosis oportunistas basado en el enfoque STEAM.

Objetivos específicos:

Desarrollar una intervención educativa de ocho etapas basada en el enfoque educativo STEAM.

Establecer el nivel de conocimientos en el personal de salud en formación sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las micosis oportunistas, en una evaluación pre y post intervención.

Proceso educativo, método o didáctica: Estudio descriptivo.

Diseño metodológico: cuasi experimental, longitudinal y prospectivo.

Cálculo del tamaño de muestra: muestreo por conveniencia.

Metodología de aprendizaje: se utilizará el Aprendizaje Basado en Problemas, además se implementará el enfoque educativo STEAM. La intervención tendrá una duración de 40 horas, 20 serán teórico-prácticas presenciales y 20 de trabajo independiente.

Resultados esperados: los participantes tienen el conocimiento teórico y práctico para realizar de manera oportuna el diagnóstico de micosis oportunistas.

Conclusiones: la finalidad de este proyecto es implementar una estrategia de enseñanza-aprendizaje en la que el personal de salud en formación participe de forma activa en una intervención educativa basada en un modelo actual e innovador conocido como STEAM, donde se puedan resolver casos clínicos, y brotes hospitalarios relacionados con las micosis oportunistas.

### Referencias Bibliográficas

- Szafran, O., Kennett, S. L., Bell, N. R., & Torti, J. M. I. (2019). Interprofessional collaboration in diabetes care: perceptions of family physicians practicing in or not in a primary health care team. *BMC Family Practice*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0932-9>
- Reyes, P. (2022). ¿Qué entendemos por STEM y cuál es su importancia en la educación del siglo XXI? Fundación Siemens.
- WHO. (Noviembre de 2022). WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060241>

## Educación sexual y reproductiva, desde la mirada de trabajadoras con empleos de subsistencia, Medellín-Colombia 2021-2023. Resultados preliminares

### Ponente:

María Osley Garzón Duque - Colombia  
Universidad CES - Facultad de Medicina  
mgarzonduque@gmail.com

### Autores

María Osley Garzón Duque<sup>1</sup>  
Fabio León Rodríguez Ospina<sup>2</sup>  
Clara María de la Inmaculada Mesa Restrepo<sup>3</sup>  
Marcela Valencia Franco<sup>4</sup>  
Laura Marcela Sierra Alcaraz<sup>5</sup>  
Susana López Castañeda<sup>6</sup>

### Palabras Clave

Educación en salud, trabajadoras informales, salud pública, trabajadoras con empleos de subsistencia, educación.

### Resumen:

**Introducción:** Aunque se ha avanzado en la comprensión del proceso salud-enfermedad con algunas trabajadoras informales en Medellín, aún es escasa la evidencia que dé cuenta de sus experiencias en salud sexual y reproductiva, en el contexto de la educación en salud, cómo la reciben y reproducen, y las implicaciones que esta puede tener para ellas, sus familias y la sociedad.

**Objetivo:** explorar, desde la mirada de un grupo de trabajadoras informales “venteras”, sus experiencias con la educación en salud, y salud sexual y reproductiva. Medellín, 2021-2023.

**Método:** Resultados preliminares de las categorías emergentes; salud de la mujer, salud sexual y reproductiva de macroproyecto aprobado mediante Acta 156/2021, Comité de Ética Universidad CES. Se toma consentimiento de proceso, previa realización entrevistas grupales e individuales. Se utilizan herramientas etnográficas para trabajo de campo, y de teoría fundamentada para el análisis de datos. Mediante muestreo tipo bola de nieve y teórico, han participado 56 mujeres, para explorar sus experiencias y significados de salud de la mujer, salud sexual y reproductiva. Se utilizaron guion de entrevistas individuales y grupales, guía de observación y diario de campo. Se graban y transcriben entrevistas, los resultados se han discutido con las trabajadoras, y se triangula información. Los textos se acompañan de testimonios in vivo, y se detalla la ruta metodológica del estudio. **Análisis de datos:** Transcripción de entrevistas, codificación abierta y axial, y análisis comparativo constante, para identificar conexiones entre temas y subtemas, previa escritura y análisis de textos.

**Resultados:** La educación en salud sexual y reproductiva, por parte del personal de salud no es alentadora; “me atendió una auxiliar de enfermería... y en la citología, nada, allá no explican nada” (MVDE2), delegan su responsabilidad a los colegios, por no hablar de temas que consideran estigmatizantes, liberales

<sup>1,3,4,5,6</sup> Universidad CES - Facultad de Medicina.

<sup>2</sup> Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública

o no saben manejar; “en el estudio, ellos le enseñan esas cosas, pero yo sino” GFSSRP; “... en el colegio insisten para poner a planificar a las niñas” (GFVSAP), “a mí me preguntan por planificación, y sé más de maternidad de gallinas que de planificación” (GFO).

A nivel familiar, se educa desde la persuasión, el miedo, la intimidación, o se aprende con experiencias propias o ajenas. Quedan condicionadas por la información que reciben, la cual determina la forma en la que educan a sus hijas, y algunas han vivido situaciones irremediables. Refieren de lo que no se recibe, no se da, y se acepta lo que otros impongan sobre su cuerpo y su vida; “... todo el mundo, póngale el yadel, póngale el yadel” (EMVY); “mi mamá a mí no me explico nada, pero el sí me explicaba (el exesposo), ... me decía, cuando tengas cuatro o cinco hijos te dejo...” (ED2).

Rompen el ciclo del maltrato, con acciones violentas; “hasta que un día dije yo, no me lo voy a aguantar más, y cogí ese tubo, y le dije ahora si hijueputa nos vamos a matar...” (RD2); “... mamá, era la que de pronto le explicaba más, pero lo que no hizo conmigo, de pronto lo hizo con la nieta...” (GFP2).

Discusión y conclusiones: La forma en que reciben o no, y tratan de compartir la educación en salud sexual y reproductiva, hace que terminen aceptando, y reproduciendo lo que han construido y recibido, lo que otros impongan sobre sus vidas y sus cuerpos, y caen o perpetúan círculos de violencia, y repetición de patrones que no aportan al buen vivir. Es necesario pensar una educación liberadora en el campo de la salud, que respete los principios y la cultura de trabajadoras con empleos de subsistencia.

Eje al que pertenece: Intersectorialidad, transversalidad e interseccionalidad y educación en el campo de la salud, en educación sexual y reproductiva, educación en salud de las mujeres, en el entorno comunitario, familiar, escolar, laboral e institucional.

### Referencias Bibliográficas

- Carreño, M. (2010). Teoría y práctica de una educación liberadora: el pensamiento pedagógico de Paulo Freire. *Cuestiones Pedagógicas. Revista De Ciencias De La Educación*, (20), 195–214. Recuperado a partir de <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9922>
- Alfonso Rodríguez, Ada C. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (1). Recuperado en junio 02 de 2023, de: [http://scielo.sld.cuba.cu/scielo.php?scrip=sci\\_arttext&pid=S0864-3466200600010001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cuba.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0864-3466200600010001&lng=es&tlng=es)
- Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, Bogotá, Colombia. Feb 2003. 68p. Recuperado en junio 02 de 2023, de: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061\\_archivo\\_pdf\\_politicaSSR.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_politicaSSR.pdf)

# Las herramientas de investigación cualitativa en salud para generar información en el campo de la salud, Medellín Colombia 2013-2022

## Ponente:

María Osley Garzón Duque - Colombia  
Universidad CES - Facultad de Medicina  
mgarzondunque@gmail.com

## Autores

María Osley Garzón Duque<sup>1</sup>  
Universidad CES - Facultad de Medicina

## Palabras Clave

Salud Publica, Epidemiología, Bioética, educación en el campo de la Salud, experiencias formativas en educación superior.

## Resumen:

La docente socializa con cada cohorte de maestría y doctorado, el programa del Seminario de Investigación II, avanza en la explicación y discusión de contenidos temáticos; principios de investigación cualitativa, ciclo de la investigación cualitativa, tipos de abordaje o marcos interpretativos, trabajo de campo-ingreso al campo, y herramientas para la recolección de datos, y con cada cohorte selecciona y aplica una herramienta para la recolección de datos. Además, se discute si hay un tema o temas comunes para cada cohorte, que permita aplicar de manera conjunta, la técnica de grupo focal (GF), con el sentido de construir y aprender juntos. De esta actividad, debe surgir un producto científico, en compañía con la docente, el cual se materializa con la escritura y divulgación científica, una vez finalizado el seminario.

Se aplicó una guía metodológica de GF diseñada por la docente, esta ha sido avalada, revisada y aprobada por el Comité Institucional de Ética de la Universidad. Se solicita la extensión del aval para cada aplicación con adaptación específica, en prepandemia y pandemia. Se toma consentimiento de proceso, y se utilizan herramientas etnográficas y de teoría fundamentada para recolección y análisis de datos. También se aplica guía de observación y diario de campo. Se graban y transcriben GF y los resultados se discuten con los participantes.

Resultados: Se ha avanzado en el reconocimiento académico y social que tiene la formación en investigación cualitativa para profesionales del área de la salud a nivel de posgrados, quienes deben generar evidencia, para ser aplicada en el campo de la salud, entendiendo que la formación de un investigador integral, debe superar las barreras que se han puesto al conocimiento, en tanto que los métodos no son más que formas de acercarse a las realidades en las poblaciones o grupos humanos, y cada uno de ellos aporta significativamente, razón por la cual, lo cuantitativo y lo cualitativo deben ser parte de la solución a los problemas de salud, y aportar para que la vida saludable de las poblaciones,

<sup>1</sup> Universidad CES - Facultad de Medicina.

sea el motivo y la razón de ser de la salud pública y la epidemiología, donde cada vez sea más posible el diálogo inter – transdisciplinario, desde múltiples perspectivas teóricas y metodológicas.

Entre 2013-1 y 2022-2 han participado aproximadamente, 257 estudiantes; 15 cohortes de Maestría en Epidemiología, tres de la Maestría en Salud Pública, una de la Maestría en Bioética y dos del Doctorado en Salud Pública. De las anteriores, nueve cohortes decidieron continuar con la generación de productos de investigación, con la docente responsable del seminario. Se han publicado cinco artículos en revistas indexadas, dos ponencias en Congresos y cuatro pósters.

Discusión y conclusiones: Una educación en el campo de la salud, que respete los principios y las culturas, puede generar conocimiento que permita adelantar acciones para un buen vivir, entendiendo las tensiones que se presentan, al abrir espacios en medio de una educación instrumental, funcionalista y con predominancia biomédica.

Eje al que pertenece: Pedagogía, práctica y evaluación en el campo de la Salud, en educación para magíster y doctores en formación, entendiendo las tensiones que se presentan al tener una educación instrumental, con predominancia biomédica, desde una visión funcionalista.

### Referencias Bibliográficas

- Chapel Mendoza M del C, Martínez Salgado C, Peñaranda Correa F. ¿Por qué necesitamos investigación cualitativa en el campo de las ciencias de la salud? Enseñanzas de la pandemia 2020-2021. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2 de junio de 2022 [citado 9 de junio de 2023];40(2):e349880. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/349880>
- Díaz, Paula A, Peñaranda, Fernando, Cristancho, Sergio, Caicedo, Nydia, Garcés, Marcela, Alzate, Teresita, Bernal, Tomás, Gómez, Margarita M, Valencia, Águeda L, & Gómez, Sol N. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28(3), 221-230. Retrieved June 09, 2023, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2010000300003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2010000300003&lng=en&tlng=es).
- Peñaranda Correa, Fernando; López Ríos, Jennifer Marcela; Molina Berrío, Diana Patricia. La Educación para la Salud en la Salud Pública: Un Análisis Pedagógico. Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 22, núm. 1, 2017. Universidad de Caldas, Colombia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309153664010>
- DOI: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.10>

# Error médico y caos determinista como nuevas directrices para la educación médica

## Ponente:

Irving Omar Sánchez Herrera - México  
Universidad de Guadalajara  
irving.sanchez@cusur.udg.mx

## Autores

Norma Araceli Chávez Vázquez<sup>1</sup>  
Jesús Hermosillo Carrillo<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Errores médicos, educación médica, aprendizaje, dinámicas no lineales.

## Resumen:

Resumen: Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que funciona como un todo, y si bien, cada uno de los elementos de un sistema puede funcionar de manera independiente, siempre formará parte de una estructura mayor que, a su vez, podrá ser un componente de otro sistema que condicionará una mayor complejidad. El grado de complejidad depende de las interacciones que ocurren entre los elementos, desde la acción individual hasta la construcción de un comportamiento colectivo capaz de generar respuestas emergentes impredecibles y condicionantes del error médico. Históricamente, el estudio del proceso de salud-enfermedad y su atención especializada ha creado un enfoque reduccionista a fin de facilitar su comprensión, pero esta estrategia lo aleja de la dinámica real de la atención en salud y permite la generación de errores punibles en lo individual pero con componentes sistemáticos ignorados. Integrar la enseñanza con enfoque en los sistemas no lineales desde la formación en pregrado de recursos humanos en el área de la salud se debe considerar un objetivo prioritario para las instituciones educativas.

Introducción: A finales de la década de los 90s, la frecuencia estadística de muertes asociadas a errores durante el abordaje, atención y tratamiento de pacientes con cuidados hospitalarios asombró a profesionales de la salud y administrativos de los Estados Unidos de América con 98,000 decesos al año. Después de tres décadas, las cifras actualizadas cuadruplican los conteos iniciales, sin embargo, persiste el concepto de que los malos resultados derivan de fallas en la planeación o ejecución provocados por una o varias personas (errores activos), sin considerar el peso de los errores latentes que se gestan en la organización e infraestructura de instituciones. Estas últimas, como sistemas complejos, muestran gran diversidad de elementos interdependientes e interconectados, adaptables a circunstancias cambiantes pero dependientes de las condiciones iniciales y generadores de respuestas emergentes.

<sup>1</sup> Universidad de Guadalajara

<sup>2</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

Propuesta o desarrollo teórico o metodológico: La atención en salud es un ejemplo de sistema dinámico caótico y de gran adaptabilidad, lo que ha condicionado que el Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara, enriquezca las clases en aula con el empleo de escenarios de simulación clínica de alta fidelidad (realismo) durante el pregrado, orientados a la identificación de aspectos positivos y negativos de la participación interprofesional de equipos de atención que trascienden el esquema lineal de la causalidad y migran al abordaje de una realidad ramificada y de comportamiento caótico. Por su alta complejidad, los escenarios simulados orientados a la solución de condiciones críticas en áreas de atención inicial de pacientes graves, permiten a los participantes identificar las trayectorias “buenas”, “malas” y caóticas deterministas en el proceder médico asociado al factor humano, que visibilizan los errores activos y latentes.

Discusión y conclusiones: La atención en salud forma parte de sistemas caóticos adaptativos, por lo que su abordaje debe realizarse desde la perspectiva de un profesional de la salud que es humano y, por ende, falible, pero en cuyo desarrollo lleva el deseo de “hacer el bien”. Al evitar la satanización del error médico desde el pregrado y facilitar la participación en escenarios de simulación clínica, se evita considerar determinantes absolutos de fracaso y busca comprender al factor humano para potenciar la educación médica al permitir respuestas rápidas en escenarios simulados que demandan atención y permiten identificar y prevenir errores médicos antes de que ocurran. Contar con programas educativos que adviertan la pertinencia de abordar la salud y enfermedad desde la mirada de los sistemas dinámicos, capacitan al profesional de la salud del futuro.

### Referencias Bibliográficas

- Aron, D. C. (2019). *Complex Systems in Medicine: A Hedgehog’s Tale of Complexity in Clinical Practice, Research, Education, and Management* (1.a ed.). Springer Nature. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-24593-1>
- Guinzberg, A. L., & De Pomposo García-Cohen, A. S. (2017). Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.06.001>
- Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 42-46. [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4507/1/RestrepoDiego\\_2013\\_DeterminismoIndeterminismoDeterminacion.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4507/1/RestrepoDiego_2013_DeterminismoIndeterminismoDeterminacion.pdf)



# Acciones Intersectoriales para medidas no epidemiológicas en grupos vulnerables. Municipio Jesús Menéndez. Las Tunas. Cuba

## Ponente:

Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos - Cuba  
Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba  
gsanabriaramos95@gmail.com

## Autores

Maritza Ingram Calderon<sup>1</sup>  
Zaida Espino La O<sup>2</sup>  
Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Promoción de salud, intersectorialidad, educación para la salud, vulnerabilidad, comunicación.

## Resumen:

**Introducción:** La Organización Panamericana de la Salud (2020) a tenor de la COVID-19 desarrolló la guía "Orientaciones para la aplicación de medidas de Salud Pública no farmacológicas con grupos en situación de vulnerabilidad" con énfasis en el trabajo intersectorial y la Educación para la Salud. La Carta de Ottawa (OPS/OMS, 1986) enfatiza en empoderar a individuos y comunidades para que sean capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Enfatiza la Educación para la Salud, estimula la participación social y la intersectorialidad, resalta que la salud se concibe como desarrollo de potencialidades. En una dimensión social que precisa del abordaje integral. (Ingram, M. 2017).

**Objetivo:** Sistematizar la experiencia del proyecto de desarrollo local.

**Método:** Estudio de sistematización de experiencia basado en la investigación-acción-participativa y el modelo de Óscar Jara para la sistematización de experiencias. Sede policlínico Dr. Mario Pozo, municipio Jesús Menéndez, Cuba, 2020 -2021. Considera diferentes niveles: micro social, socio-ecológico, de intervención social y estilos de vida. Se realizó la estratificación de grupos sociales de 7 Consejos populares; 31 consultorios del médico y de la enfermera, el hogar de ancianos, la casa de abuelo, círculo infantil, salas de espera del área de salud, que atiende los consejos populares: El Canal, Pueblo Viejo, El Batey, Lora, El trompo, La Yaya y San Martín, con una población total de 34 000, habitantes en situación de vulnerabilidad. Se realizaron reuniones de discusión grupal para recopilar las evidencias.

**Resultados:** Las actividades de Educación para la Salud realizadas incluye: barrios, debates, audiencias sanitarias, charlas educativas sobre la prevención de la COVID-19 y otras afecciones, la participación

<sup>1</sup> Municipio Jesús Menéndez. Las Tunas. Cuba

<sup>2</sup> Universidad Médica de Santiago de Cuba

<sup>3</sup> Escuela Nacional de Salud Pública

fue de un 68.1%. Los intercambios con la población evidenciaron el beneficio del trabajo educativo. Emergió cómo la población se involucró en la medida que se realizaban las actividades educativas. Los participantes mostraron interés por los contenidos y comenzaron a actuar de acuerdo a los aprendizajes (uso de la mascarilla, el lavado de manos, hervir el agua, distanciamiento social, apoyo a ancianos, cuidado de embarazadas, incremento de la lactancia materna; la intersectorialidad logró di-fundir el programa “Por Tu Salud” en la emisora comunitaria con tres frecuencias semanales. Los campesinos apoyaron el abastecimiento de alimentos a enfermos y vulnerables. La divulgación de los resultados se logró con la incorporación del proyecto a la Red Alianza Internacional [México, Ecuador, Brasil] para intercambio de saberes. Se desarrollaron cursos de Educación para la Salud a los actores sociales. Nació la identidad del proyecto “Gestión Participativa Comunitaria en la Atención Primaria de Salud (GPCAPA).

Discusión y Conclusiones: Se demostró factibilidad de articulación entre el municipio y los diferentes consejos populares, se analiza el resultado de la pesquisa activa comunitaria y las sesiones educativas realizadas, trabajadores de salud, estudiantes, universidad, los promotores de salud, trabajadores municipales de educación, cultura y deporte. El cumplimiento de los cronogramas de acciones, integrales en los consejos populares y las acciones educativas, permitieron minimizar limitaciones y obstáculos para cumplir metas a corto, mediano y plazo. En el transcurso del proyecto se estableció un sistema de evaluación permanente que permitió la modificación de las tendencias y la disminución de las brechas en los diferentes problemas. La Educación para la salud catalizó el proceso de gestión participativa comunitaria, encaminadas a corregir y mejorar las acciones programadas, su factibilidad y eficacia del municipio.

### Referencias Bibliográficas

- Ingran Calderon, M. (2017) Experiencias gestión participativa comunitaria en la atención primaria ambiental: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017Concurso-MUN-Intersectorialidad-CUB.pdf>
- OPS/OMS (1986) Primera Conferencia Mundial de Promoción de la salud. Carta de Ottawa <http://www.who.org.Promoción-de-salud/conferencias>
- OPS/OMS (2020) Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>

# Entre pócimas y juegos. Enseñanza de toxíndromes en el Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara

## Ponente:

Irving Omar Sánchez Herrera - México  
Universidad de Guadalajara  
irving.sanchez@cusur.udg.mx

## Autores

Irving Omar Sánchez Herrera<sup>1</sup>  
Norma Araceli Chávez Vázquez<sup>2</sup>  
María Adela Anaya Barrigueté<sup>3</sup>  
Jorge Armando Medina Legarreta<sup>4</sup>  
Eily Casandra Liberto Pérez<sup>5</sup>  
Patricia Lorena Silva Martínez<sup>6</sup>  
Josué Rubio López<sup>7</sup>

## Palabras Clave

Toxicología, entrenamiento simulado, educación médica, enseñanza mediante simulación de alta fidelidad.

## Resumen:

Resumen: Los toxíndromes, contemplados como el conjunto de signos y síntomas asociados a la exposición a distintos xenobióticos, son advertidos como auxiliares básicos para la identificación y decisión terapéutica durante la atención médica inicial de pacientes intoxicados en estado grave. Su enseñanza y capacitación mediante unidades de aprendizaje suelen estar restringidas en algunas instituciones educativas, lo que compromete las acciones del profesional de la salud que egresa desde el pregrado, incrementando el riesgo de comprometer la bioseguridad durante la atención. El desarrollo de un taller con empleo de escenarios de simulación clínica de alta fidelidad (realismo), aunados al uso de plataformas electrónicas de desarrollo local y un modelo original basado en cuadrantes de condiciones clínicas, se proyectan como bases para la comprensión facilitada de los toxíndromes en estudiantes adscritos al Séptimo Semestre de la Carrera en Médico Cirujano y Partero (MCP) del Centro Universitario del Sur (CUSur) de la Universidad de Guadalajara (UdeG).

Introducción: La Región Sur del Estado de Jalisco, México, presenta en la historia reciente un aumento en la producción agrícola que ha llevado al empleo extendido de pesticidas y condiciona modificaciones en la población como fruto de la inmigración. La fluctuación en el número de residentes, su elevada movilidad y exposición a tóxicos lícitos e ilícitos aunado al deterioro de las condiciones ambientales, mala distribución de la riqueza y distintos fenómenos perturbadores antropogénico, geológico e hidrometeorológico obligan a los profesionales de la salud a contar con elevada consciencia situacional de los peligros inmersos en nuestra región. Debido a la configuración del plan de estudios de la Carrera en MCP del CUSur de la UdeG, que contempla la asignatura Clínica de Toxicología en su Área de Formación Especializante Selectiva perteneciente al Sexto Semestre, se advirtieron limitaciones en el acceso a un conocimiento básico en abordaje de pacientes intoxicados a partir de su condición como materia optativa.

Como alternativa, se implementó un taller que brinda la oportunidad al alumnado de Séptimo Semestre adscrito a la asignatura de Urgencias Médicas, la cual es obligatoria para la totalidad de la matrícula, y que permite interactuar mediante el empleo de la simulación clínica en su modalidad de paciente simulado, aunado a material de apoyo en línea y aplicación de un modelo de cuatro condiciones clínicas empleado como esquema de identificación rápida de toxíndromes.

Propuesta o desarrollo teórico o metodológico: Se desarrolló un espacio educativo virtual orientado a la identificación de toxíndromes (anticolinérgico, colinérgico, hipnótico-sedante, opioide, serotoninérgico y simpaticomimético) de 3 unidades didácticas. En clase presencial de 2 horas de duración, se capacita en el abordaje del denominado cuadrante de Sánchez-Chávez para la identificación de pacientes intoxicados el cual advierte la eliminación o mitigación de manifestaciones clínicas de distintos xenobióticos mediante la administración de agentes con efecto antagónico, todo esto inmerso en un contexto narrativo propio de la cosmogonía indígena mesoamericana. Finalmente, se cuenta con la participación de pasantes de servicio social que integran el equipo adscrito a la Unidad de Simulación Clínica (USiC) del CUSur, los cuales representan a lo largo de 2 horas, cuatro de los síndromes tóxicos con empleo de moulage.

Discusión y conclusiones: Las herramientas de aprendizaje simplificadas y los escenarios de simulación clínica con el rescate de una narrativa mitológica, sirven como adyuvantes para la enseñanza tradicional en el pregrado y se advierten como estrategias idóneas para la motivación y aprendizaje en Toxicología Clínica de los profesionales de la salud en formación.

### Referencias Bibliográficas

- Albert, M. H., McCaig, L. F., & Uddin, S. G. (2015). Emergency department visits for drug poisoning: United States, 2008-2011. PubMed, 196, 1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932896>
- Haines, J. A. (2014). World Health Organization/International Programme on Chemical Safety (WHO/IPCS). En Elsevier eBooks (pp. 984-987). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-386454-3.00620-5>

# Alfabetización en salud para el contexto cubano. Avances y Brechas

## Ponente:

Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos - Cuba  
Escuela Nacional de Salud Pública  
gsanabriaramos95@gmail.com

## Autores

Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos<sup>1</sup>  
Zaida Espino La O<sup>2</sup>  
Maritza Ingram Calderon<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Alfabetización en salud, Educación para la salud, Promoción de la salud.

## Resumen:

Introducción: Como campo de estudio teórico y práctico la Alfabetización en salud es relativamente joven, en la revisión de diferentes conceptos se encuentran coincidencias en algunos de ellos. En general, reconocen que implica la capacidad de los individuos para satisfacer las complejas demandas de salud en la sociedad (Sorensen et al 2015). Sin embargo, aunque su importancia es cada vez más reconocida en varios contextos, todavía no hay un consenso claro sobre sus dimensiones conceptuales, tampoco en las propuestas de evaluación, ni las acciones posteriores a partir de los resultados obtenidos. En Cuba, algunos investigadores se acercan al tema, pero aún no es una categoría generalizada en la práctica profesional. Las aproximaciones empíricas demuestran la importancia del tema y su redimensionamiento en los últimos diez años en diferentes países. De igual forma, se manifiesta un desequilibrio en la presencia de publicaciones sobre alfabetización en salud en América latina y prácticamente su escasez en Cuba, en este contexto, en el último quinquenio aparece un grupo de investigaciones terminadas o en curso, que a corto plazo, permitirán tener una mirada integral al problema y serán de valor a la aproximación desde el repaso en cuanto a la utilidad de instrumentos específicos, las necesidades de alfabetización de determinados grupos y los enfoques metodológicos para abordarlos. Las investigaciones en curso, tienen la particularidad de utilizar diferentes instrumentos de medición en escenarios diversos, algunos con adaptaciones lingüísticas de instrumentos conocidos y otros creados al efecto. La presentación en eventos y la publicación de resultados parciales es la forma de socialización más común de esas investigaciones a la fecha. Fuera del campo de la salud y la educación, no es una categoría que se escuche con frecuencia y los programas de formación de capital humano no la hacen visible.

Desarrollo teórico metodológico: En la actualidad, la población mundial se mueve entre la paradoja de una gran cantidad de información proveniente de varias fuentes, de mayor o menor credibilidad, luego

<sup>1</sup> Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

<sup>2</sup> Universidad Ciencias Médica Santiago de Cuba

<sup>3</sup> Municipio Jesús Menéndez, Las Tunas

del acelerado desarrollo de las tecnologías de la comunicación. En general, no está claro el impacto del tamaño del volumen de información en los indicadores de salud; es una realidad que las enfermedades crónicas, ocupan los primeros lugares en estadísticas tanto internacionales como las nacionales y que la accesibilidad a los conocimientos y los medios para obtenerlos no están equitativamente distribuidos. Es interesante cómo algunos de los sitios se centran fundamentalmente en la educación al paciente desde el ámbito hospitalario. En las publicaciones de América se reclama el uso de la alfabetización desde la perspectiva del empoderamiento comunitario (Nutbean, D.2000).

Discusión y conclusiones: El panorama de salud que se avizora, con un retroceso tangible en el cumplimiento de los objetivos y metas para el desarrollo sostenible, (OPS/OMS, 2022), lo que obliga a dirigir la mirada a aquellos recursos que apenas se utilizan y que desde hace años han sido declarados indispensables para solventar las necesidades de las poblaciones en el curso de la vida en cualquier latitud en que se encuentren. La alfabetización debería ser la brújula para poder avanzar tanto en el espacio proximal como en lugares más alejados de nuestro entorno.

### Referencias Bibliográficas

- Nutbean, D. (2000). Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- OPS/OMS. (2022) Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-anual-director-oficina-sanitaria-panamericana>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

# Dispositivos para la formación en el campo de la Educación y Promoción de la Salud

## Ponente:

Claudia Marcela Lomagno - Argentina  
Universidad Nacional de Tres de Febrero  
(UNTref)  
claumarl@hotmail.com

## Autores

María Cristina Chardon<sup>1</sup>  
María Andrea Dakessian<sup>2</sup>  
Claudia Marcela Lomagno<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Formación en Educación y Promoción de la salud- Innovación-Experiencias de aprendizaje.

## Resumen:

**Introducción:** El desarrollo de la Carrera de Especialización en Educación y Promoción de la Salud en la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTref) está pensada como estrategia para abordar situaciones socio-sanitarias desde una perspectiva de salud integral que demandan poner el acento en una formación que desarrolle habilidades profesionales, estimule el pensamiento crítico y reflexivo, interpele a los sujetos para intervenir y tomar decisiones en proyectos que modifiquen y resuelvan problemas de salud con y para la comunidad. Para lograrlo se plantean desafíos pedagógicos y didácticos en que se logre desplegar dispositivos de formación que apunten a la potenciación de aptitudes transversales, el trabajo colaborativo, el desarrollo de nuevas habilidades y experiencias prácticas adecuadas a distintos escenarios sociales y comunitarios.

**Propuesta:** Se inició la primera cohorte, el segundo cuatrimestre de 2019 con el diseño de espacios curriculares innovadores, pero con la convicción que una pedagogía problematizadora y deliberativa diseña desde la lógica de las tecnologías blandas, es decir, planifica desde la evaluación de cada espacio, in situ, creativamente, de acuerdo a las necesidades de formación detectadas y desde el proceso de apropiación del grupo destinatario. En esta presentación, describiremos uno de los dispositivos innovadores: la feria de recursos de promoción de la salud, cuyos objetivos son la construcción colectiva de conocimiento, la articulación teoría – práctica en donde reflexión y acción forman parte del proceso de producción de Salud.

Este dispositivo también apuntó a la profundización en las relaciones interpersonales entre estudiantes y docentes, la facilitación de aprendizajes en el campo en diferentes grupos etarios y en nuevas formas de prácticas socioculturales y en la promoción de la creatividad.

<sup>1,2,3</sup> Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTref)

Discusión y Conclusiones: La experiencia marcó un hito en la formación, con repercusiones en el saber –hacer muy valorada por lxs cursantes. El dispositivo resultó muy potente en la circulación de saberes previos y en la resignificación con los nuevos aprendizajes curriculares. Dispositivos de estas características aportan a la formación de perfiles profesionales que ofrezcan un soporte adecuado y la capacidad de poder realizar múltiples intervenciones en el seno de la estructura social.

En marzo de 2020, la irrupción de la pandemia nos exigió la virtualidad y debilitó la implementación de dispositivos potentes como el descrito. Fue una situación que obligó a nuevos desafíos en la virtualidad y que pudimos recuperar en la presencialidad en la nueva cohorte, lo cual plantea una reflexión sobre si toda la formación es susceptible de virtualizar .

### Referencias Bibliográficas

- Davini, M. Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud. OPS. 2005
- Menéndez, E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En revista Estudios Sociológicos. CIESAS. DF México. 1998.
- Salleras, L. Educación Sanitaria, principios, métodos y aplicaciones. Madrid, Díaz de Santos. 1990.
- Schön, Donald A., and César Coll Salvador. El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan. Paidós Ibérica, 1998.



# El Seminario Integrador como cultivo de la humanidad para el nutricionista de la UdeA. El caso de la perspectiva ética

## Ponente:

Juan Camilo Méndez Rendón - Colombia  
Universidad de Antioquia  
camilo.mendez@udea.edu.co

## Autores

Juan Camilo Méndez Rendón<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Seminario Integrador, estrategia didáctica, cultivo de la humanidad, Escuela de Nutrición y Dietética.

## Resumen:

El plan de estudios del programa de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia considera una estrategia didáctica llamada Seminario Integrador (SI). Se trata de “una estrategia didáctica holística para cualificar aprendizajes significativos y desarrollar capacidades cognitivas. Como estrategia de grupo está orientada al autoaprendizaje, y requiere de reuniones que puedan articular los problemas de conocimiento de cada nivel formativo” (Proyecto de Modernización Curricular, 2017). En el primer semestre del pregrado, cada estudiante participa de este ejercicio, aborda un problema de su campo disciplinar con herramientas de la investigación desde una de las siguientes perspectivas: económica, política, sociocultural, ambiental, psicológica, ética y comunicativa. Uno de los objetivos formativos de la estrategia es posibilitar una formación problémica, contextualizada, que trascienda el enfoque por contenidos. Se busca, además, que el estudiante se apropie de recursos pertinentes para el conocimiento investigativo, y aportarle desde ahí a la formación integral.

La perspectiva ética propone una mirada desde el rostro (Levinas, 1991), es decir, una forma de comprensión del otro y de lo otro que supere la relación instrumental (ética institucional). Dice al respecto Levinas que “el rostro del prójimo significa para mí una responsabilidad que antecede a todo consentimiento libre, a todo contrato” (p. 341). La pertinencia de esta propuesta, creemos, radica en que se orienta al cultivo de la humanidad de cada estudiante por cuanto le exige imaginar, recrear y criticar las interacciones que construye como estudiante y que proyecta como profesional de la nutrición. Que el nutricionista que llega por primera vez a la UdeA pueda poner en el centro de sus reflexiones el ser humano en toda su complejidad, por encima de dimensiones utilitaristas, hace parte de lo que con Nussbaum llamamos el cultivo de la humanidad (2014).

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

En consecuencia, la presente ponencia propone hacer una sistematización de la experiencia de la perspectiva ética del SI en la formación del nutricionista dietista de la UdeA. Siguiendo un diseño de revisión de registros, nos disponemos, mediante la técnica de los campos semánticos, a identificar los sentidos que esta mirada sobre la ética del rostro ha tenido en las reflexiones de los estudiantes y, por ende, en su formación académica. Para ello, nos basaremos en los textos, tres relatorías por cada cohorte, de cada una de las ocho cohortes que hasta este momento han cursado la estrategia didáctica. Los resultados dejan ver la manera en que los estudiantes destacan lo significativo que ha sido acercarse al problema desde la perspectiva ética, toda vez que pueden desligar la relación profesional-paciente desde acercamientos otros, distintos a las relaciones hegemónicas, centralistas y de poder.

### Referencias Bibliográficas

- Comisión de Modernización Curricular (2017). El seminario integrador como estrategia didáctica para el aprendizaje significativo. Escuela de Nutrición y Dietética. UdeA.
- Levinas, E. (1991). Ética e Infinito. Visor.
- Nussbaum, M. (2017). El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal. Paidós

# Fisioterapia comunitaria: reconocimiento y diálogo con la comunidad en los escenarios de la cotidianidad

## Ponente:

Liset Viviana Campos Bermúdez - Colombia  
Universidad del Cauca  
Lisetcampos@Unicauca.edu.co

## Autores

Liset Viviana Campos Bermúdez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Pedagogías de las diferencias, diversidad, decolonialidad, educación popular.

## Resumen:

El Programa de Fisioterapia de la Universidad del Cauca ha planteado como parte de sus prácticas formativas la “Práctica en Intervención en comunidad y trabajo”, la que a su vez propone la rotación en “Fisioterapia Comunitaria y Discapacidad”. La apuesta metodológica de esta experiencia de enseñanza y aprendizaje moviliza tres elementos clave: el primero en cuanto a las características del encuentro cotidiano con personas con discapacidad y con niñas, niños y adolescentes.

Esto requiere para su desarrollo que el trabajo incorpore, en la medida que se deja interpelar, algunas premisas de las pedagogías de las diferencias, convocando a reconocer-nos en los lenguajes otros, las miradas otras, las presencias otras, las voces otras, los cuerpos otros que habitan los encuentros con otras y otros cualesquiera para dialogar entre-nos/os con los gestos mínimos de humanidad (Skliar, 2022).

En este sentido, programamos encuentros con las personas en sus hogares, en las instituciones educativas, en los salones comunales, de tal manera que a través del diálogo desestructurado podamos conocer-nos en primera instancia desde las dimensiones de la vida, colocando intencionalmente en un segundo plano cuestiones sobre las enfermedades, para abordarlas después. Un segundo elemento que proponemos dinamizar, es cuestionar y resignificar nuestro rol en los escenarios cotidianos donde la vida tiene lugar y para ello vamos reconociendo que los encuentros son la telaraña que se teje de las intersubjetividades de la realidad de todas las personas que habitamos esos espacios.

Esto nos ha permitido reconocer-nos como actores con tensiones, experiencias, intencionalidades, disponibilidades que no son neutrales y que, por tanto, exigen el reconocimiento de los contextos que nos han transitado en distintas medidas (Acevedo, 2018). Este ejercicio se profundiza con círculos de la

<sup>1</sup> Universidad del Cauca

palabra y la reflexión que simultáneamente van reajustando nuestros encuentros. Finalmente, el tercer elemento, en clave pedagógica, se centra en que la práctica formativa suscite, con estos diálogos y formas otras de encontrarnos, tensionar de qué manera nuestros referentes epistemológicos, disciplinares se han estructurado o no desde lógicas capacitistas y colonizadoras del saber en salud, los cuales han decantado en unas maneras de agenciar las prácticas pedagógicas en el campo de la salud, para apostar a una propuesta transformadora de las mismas (Pino-Morán, J., Tiseyra, M. 2019).

### Referencias Bibliográficas

- Skliar, C. (2022). Acerca de la alteridad, la normalidad, la anormalidad, la diferencia, la diversidad, la discapacidad y la pronunciación de lo educativo. Clase 1. Módulo 1. En Diploma Superior en Pedagogías de las diferencias. FLACSO Argentina, disponible en [flacso.org.ar/flacso-virtual](http://flacso.org.ar/flacso-virtual)
- Acevedo, M. A. (2018). El concepto de escenarios de la educación popular. En Hleap Borrero, J. (compilador). El conocimiento social en convivencia como escenario de Educación Popular. <https://doi.org/10.25100/peu.310> (pp. 19-35). Programa Editorial Universidad del Valle.
- Pino Morán, J. A., y Tiseyra, M. V. (julio-diciembre, 2019). Encuentro entre la perspectiva decolonial y los estudios de la discapacidad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(2), pp. 497-521. DOI: <https://doi.org/10.21501/22161201.2893>

# Doctorado en Psicología de la Salud y la Formación Científica de Profesionales en la Promoción de la Salud de la UDG

## Ponente:

Rosa Martha Meda Lara - México  
Universidad de Guadalajara  
rosa.meda@academicos.udg.mx

## Autores

Rosa Martha Meda Lara<sup>1</sup>  
Andres Palomera Chávez<sup>2</sup>  
Fabiola De Santos Avila<sup>3</sup>  
María Isabel Hernández Rivas<sup>4</sup>  
María del Carmen Yeo Ayala<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Doctorado, Psicología de la salud, Promoción de la salud, Interdisciplina, México.

## Resumen:

**Introducción:** La Psicología de la Salud se ha consolidado como un campo emergente de aplicación de la psicología que se fundamenta en una perspectiva interdisciplinaria que integra los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y de las humanidades en la explicación, predicción y transformación de los procesos de salud y enfermedad (Grau, 2019; Clarke, Ghiara & Russo, 2019). **Planteamiento del Problema:** El creciente rol de las conductas y comportamientos de riesgo y saludables se han reconocido progresivamente como fundamentales, tanto para diagnosticar, prescribir tratamientos y la recuperación, de pacientes y familiares con enfermedades de larga evolución (cáncer, diabetes, obesidad, cardiovasculares o la salud mental), como para generar modelos de trabajo para mantener y conservar la salud de la población (OPS, 2023). Estos tópicos y otros derivados de estas necesidades son parte del objeto de estudio de la psicología de la salud. **Justificación:** Este programa de Doctorado en Psicología de la Salud parte de la premisa de formar recursos humanos orientados a la investigación con perspectiva interdisciplinaria que les permita generar conocimiento científico para transformar los factores psicológicos y conductas de riesgo en estilos saludables en las personas y grupos de riesgo, así como incidir en el desarrollo de factores psicológicos y conductas protectoras de la salud en la población. El Doctorado en Psicología de la Salud permite la incorporación temprana a la formación de posgrado de los egresados de licenciatura y continuación a los egresados de maestría y se caracteriza por tener una visión que propicia una formación con continua vinculación con investigadores nacionales e internacionales y con diferentes escenarios de investigación de los sectores público, social y privado. **Objetivo:** Formar recursos humanos capaces de realizar investigación de frontera en Psicología de la Salud, que generen conocimientos científicos, humanísticos y tecnológicos, que contribuyan al desarrollo sustentable y la aplicación del conocimiento en forma original e innovadora para la atención interdisciplinaria de las necesidades de salud de la población. El Modelo educativo está centrado en las competencias profesionales integradas. El DPS tiene

dos modalidades: a) Doctorado Directo, dirigido a los egresados de licenciaturas de psicología, áreas de ciencias de la salud, las ciencias sociales, educación, entre otras, y b) Modalidad Tradicional dirigida a egresados de maestrías en psicología de la salud, áreas de las ciencias de la salud, ciencias sociales y educación.

Las Líneas de Generación y Aplicación del Conocimiento son: 1. Psicología de la salud y factores socioculturales: 2. Psicología de la Salud en las Organizaciones y 3. Psicología de la salud en ámbitos educativos: esta última LGAC se abordará el desarrollo de estrategias para la prevención, promoción de la salud y de modelos de intervención en ámbitos educativos, considerando el ciclo vital y las diferentes etapas del desarrollo de las personas y los entornos; evidenciando que la educación en el campo de la salud constituye un tema transversal en este doctorado. Contribución de resultados: La psicología de la salud ha hecho grandes aportes a la educación en el campo de la salud. Además, este doctorado está orientado a transformar los factores psicológicos, cognitivos y conductas de riesgo en estilos saludables en las personas y grupos de riesgo, así como incidir en el desarrollo de factores psicológicos y conductas protectoras de la salud en la población, lo anterior, remite a la necesidad de recurrir a procesos de educación en el campo de salud, incluyendo en su modelo la transversalidad curricular en el campo de la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Abalo, J., & Meléndez, E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. *Psicología de la salud: Fundamentos y aplicaciones*, 33-72.
- Clarke, B., Ghiara, V., & Russo, F. (2019). Time to care: why the humanities and the social sciences belong in the science of health. *BMJ open*, 9(8), e030286. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030286>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2023). Perfil de país - Mexico. *Salud En Las Américas*. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-mexico>

# Propuesta en educación popular: Diplomado Líderes y lideresas en promoción de la salud comunitaria

## Ponente:

Laura Isabel Rengifo Ávila - Colombia  
Universidad del Cauca  
laurarengifo@unicauca.edu.co

## Autores

Laura Isabel Rengifo Ávila<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Formación en salud, educación popular.

## Resumen:

El presente diplomado busca retomar y continuar con el proyecto “Líderes 2027 en educación en promoción de la salud con enfoque en medicina familiar” planteado por el del grupo de medicina familiar de la Universidad del Cauca en el año 2016, en cabeza el docente Carlos Erazo, y el grupo de residentes de la especialización en medicina familiar de aquella época. El diplomado plantea como objetivo, la formación de líderes comunitarios en promoción de la salud, basados en objetivos de Plan Decenal de Salud Pública, que, a través de la formación, adquieran habilidades para gestionar las necesidades de sus comunidades, y replicar el conocimiento a las mismas. Este proyecto se planteó a partir del método de investigación, acción y participación, de acuerdo al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) con enfoque en medicina familiar y comunitaria, que incorpora la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y promoción de la salud, también se involucran las políticas de PAIS y del anterior MIAS. Además, se pretende integrar el marco de la implementación del MAITE, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y La Ley Estatutaria 1751 del 2015, así como el nuevo modelo de salud que plantea el Gobierno Nacional, que buscan darle autonomía a los entes locales y el control ciudadano, en la supervisión y gestión de la salud con énfasis en educación en promoción de la salud, redes integrales con enfoque diferencial partiendo del conocimiento de las necesidades de la comunidad y su aplicación para cada territorio. El diplomado “Líderes y lideresas en promoción de la salud comunitaria”, es un curso regionalizado de extensión, dirigido a personas con capacidad de liderazgo, que desempeñen roles representativos en sus comunidades, con el propósito de familiarizarlos con los principios teórico-prácticos, y las herramientas de promoción de salud en el contexto comunitario desde un enfoque integral.

El diplomado tiene un enfoque práctico, las revisiones teóricas se enfocan en la solución de problemas reales y se intercalan con módulos prácticos en los que se plantean visitas a terreno con el fin de integrar

<sup>1</sup> Universidad del Cauca

los conocimientos y ponerlos en contexto. El eje temático se centra en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y el eje metodológico en la implementación de estas herramientas en la comunidad. Durante el curso, cada participante formula un trabajo final basado en la promoción de la salud y las herramientas adquiridas a través de los diferentes módulos, con proyección a su comunidad. Objetivo general. Establecer un marco educativo respecto a la formación integral en salud, dirigido a líderes y lideresas de las comunidades del Municipio de Popayán con el fin de realizar capacitación y educación en temas referentes a promoción de la salud.

Objetivos específicos:

- Formar y capacitar al grupo de líderes y lideresas en el desarrollo de habilidades sociales en promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Estimular la participación de la comunidad en actividades de formación ciudadana, intercambio de experiencias y socialización de iniciativas de desarrollo personal, organizacional y comunitario en promoción de la salud.
- Fortalecer el trabajo en equipo en la comunidad, mediante el establecimiento de alianzas y redes sociales de apoyo comunitario en salud.
- Tejer la interacción entre la Medicina Familiar, comunidad y los sectores sociales por ciclo vital individual y comunitario.

Contenido:

- Política de atención en salud y modelo de atención integral en salud.
- Salud ambiental.
- Liderazgo.
- Soberanía alimentaria.
- Salud sexual y reproductiva Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Actividad física y estilos de vida saludables.
- Primeros auxilios y prevención de desastres.
- Control Social.

## Referencias Bibliográficas

- Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. Minist salud [Internet]. 2012;(32):2012–21. Available from:[http://www.minsalud.gov.co/Documentos\\_y\\_Publicaciones/Plan Decenal - Documento enconsulta para aprobación.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_-_Documento_enconsulta_para_aprobacion.pdf)
- Reyes, M., & Perinat, A. La construcción biográfica del liderazgo comunitario en sectores populares: Un estudio piloto orientado a la exploración del capital social en Santiago de Chile. *Castalia*, 13, 63-89.2011
- Delgado Gallego, María Eugenia, Vázquez Navarrete, María Luisa, Zapata Bermúdez, Yolanda, & Hernán García, Mariano. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 697-707. Recuperado en 13 de junio de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600009&lng=es&tlng=es..](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009&lng=es&tlng=es..)



# Psicología y Síndrome de Ovario Poliquístico: Una reflexión sobre la educación en salud

## Ponente:

Mayra Gómez Lugo - Colombia  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz,  
SexLab  
mayraa.gomezl@konradlorenz.edu.co

## Autores

Mayra Gómez Lugo<sup>1</sup>  
María Paula Díaz Vargas<sup>2</sup>  
Laura Juliana Rojas Ojeda<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP); Impacto Psicológico; salud sexual; Salud de la Mujer; Colombia.

## Resumen:

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) se ha identificado como el trastorno endocrino más común en mujeres en edad fértil, con una prevalencia mundial de hasta el 20%. El SOP se caracteriza por manifestaciones físicas como infertilidad, obesidad, hirsutismo, acné quístico, seborrea y alopecia, entre otros. Aunque algunos estudios han demostrado la incidencia del SOP en la salud mental y sexual de mujeres de ciertas razas y culturas, hasta el momento no se ha realizado ninguna investigación de este tipo en Colombia.

El objetivo de este estudio comparativo y transversal fue evaluar el posible impacto del SOP en la sintomatología emocional y el funcionamiento sexual en una muestra de mujeres colombianas. Se reclutó una muestra de 30 mujeres colombianas, con edades comprendidas entre los 18 y 30 años, divididas en dos grupos: un grupo de mujeres con diagnóstico previo de SOP y un grupo de mujeres sanas como grupo de contraste. Se llevó a cabo una evaluación a través de plataformas virtuales, utilizando un cuestionario socio demográfico y de identificación de condiciones de salud. Además, se utilizaron versiones validadas para Colombia de la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21).

Los resultados revelaron una mayor prevalencia de problemas emocionales en el grupo de mujeres con SOP, en comparación con el grupo de mujeres sanas. Estos hallazgos destacan la necesidad de abordar de manera integral el impacto psicológico del SOP en las mujeres colombianas, con el fin de mejorar su calidad de vida y bienestar general.

En el contexto de la relevancia del estudio, es importante resaltar la importancia de educar a los profesionales de la salud sobre el impacto de los problemas de salud de la mujer en la salud mental. Este

<sup>1,2,3</sup> Fundación Universitaria Konrad Lorenz, SexLab

enfoque integral permitirá una mejor atención y comprensión de las necesidades de las mujeres con SOP, promoviendo así su bienestar holístico. Se sugiere que la educación en salud, incluyendo información sobre el impacto psicológico del SOP, se promueva como parte fundamental en la formación de los profesionales de la salud en Colombia.

### Referencias Bibliográficas

- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Winnykamien, I., Dalibón, A., & Knoblovits, P. (2017). Síndrome de ovario poliquístico. *Revista del Hospital de Italiano Buenos Aires*, 37(1), 10-20. [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/31087\\_10-20-Winnykamien-D.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/31087_10-20-Winnykamien-D.pdf)
- Fonseca, C. (2018). SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. *Revista Médica Sinergia*, 3(6), 9-15. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i6.130>

# El nutricionista dietista y su rol como educador para la salud

## Ponente:

Sindy Marcela Taborda Peña - Colombia  
Corporación Universitaria Remington  
sindy.taborda@udea.edu.co

## Autores

Sindy Marcela Taborda Peña<sup>1</sup>  
Lilliana Villa Vélez<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Educación alimentaria y nutricional, educación para la salud, nutricionista dietista, obesidad.

## Resumen:

La sociedad actual se enfrenta con la problemática de vivir en un ambiente obesogénico el cual es producto de la transición demográfica, epidemiológica, nutricional y cultural relacionada con la creciente globalización de la alimentación occidental e industrializada, siendo así más disponibles, accesibles y asequibles los productos comestibles ultraprocesados, sumado a modos y estilos de vida sedentarios.

Lo anterior, afecta la salud de las personas y representa un desafío para la salud pública, debido a que contribuye al aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas que se han posicionado como las causas principales de muertes en el mundo.

El panorama de la problemática es complejo, pasa por la discusión en vía al derecho a la alimentación adecuada y el derecho a la salud; así como, por unos procesos de educación para la salud pertinentes, pues la salud es una capacidad amplia que contribuye a obtener otras capacidades básicas que permiten conseguir la vida que se desea vivir (Villa-Vélez, 2020, p. 1542).

En la solución de esta problemática, el profesional en nutrición y dietética asume el rol de educar a las personas, por tanto, el objetivo de la investigación fue comprender los significados que nutricionistas dietistas egresados de la Universidad de Antioquia, le atribuyen a la Educación Alimentaria y Nutricional (EAN) para la prevención de la obesidad.

Método de investigación narrativa con posterior análisis inter e intratexto.

Con la investigación se encuentran dos significados que pueden presentarse interrelacionados o de forma independiente en las prácticas educativas realizadas por los y las nutricionistas. Por una parte, la EAN para promover el cambio de hábitos: Conjunto de estrategias y técnicas educativas encaminadas a transmitir

<sup>1</sup> Corporación Universitaria Remington

<sup>2</sup> Universidad de Antioquia

conocimientos sobre alimentación y nutrición a individuos y colectivos que estén en riesgo de enfermar o ya se encuentren diagnosticados con alguna enfermedad y requieren tratamiento mediante la adopción de una dieta establecida por el nutricionista. Por otra parte, la EAN como proceso de construcción de aprendizajes: Encuentros de enseñanza-aprendizaje en los que convergen conversaciones sobre temas relacionados con la alimentación y nutrición desde el saber científico y el saber popular, de acuerdo con las necesidades sentidas de las personas a partir de las situaciones que viven en su contexto cotidiano, en donde pueden construirse y reconstruirse aprendizajes significativos que permiten transformar su realidad actual en la vida que merecen vivir.

En los relatos de los y las nutricionistas, no hay mención consciente sobre las corrientes pedagógicas en las que se fundamentan sus prácticas educativas, no se evidencia reflexión sobre la educación que planean realizar o han realizado con los individuos o grupos. Algo similar se evidenció en el estudio realizado por la FAO sobre las Buenas Prácticas en Información, Comunicación y Educación Alimentaria y Nutricional, en el que se evaluó que algunos programas no tenían claros los referentes pedagógicos que guían la planeación y evaluación de las acciones educativas llevadas a cabo (Alzate Y, 2011).

En consecuencia, falta desarrollo de una educación dialógica en la relación del nutricionista y consultante o usuarios, la cual propicie un espacio participativo para problematizar la realidad actual en que viven las personas mediante el diálogo de saberes, reconociendo sus intereses y necesidades, con el propósito de fortalecer sus capacidades y que con ello logren transformar las condiciones que no les permiten vivir un proceso de salud satisfactorio (Peñaranda-Correa, 2020).

### Referencias Bibliográficas

- Alzate Y, T. (2011). Las Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN). Informe final sobre las características de los programas de ICEAN en Colombia. [www.fao.org/ag/.../30019-02d04df4226a27b3f36e0d9d3584d2a4b.pdf](http://www.fao.org/ag/.../30019-02d04df4226a27b3f36e0d9d3584d2a4b.pdf)
- Peñaranda-Correa, F. (2020). Educación en el campo de la salud pública: Una mirada pedagógica. Editorial Universidad de Antioquia. [https://books.google.com.co/books/about/Educación\\_en\\_el\\_campo\\_de\\_la\\_salud\\_públ.html?id=Sq\\_2DwAAQBAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Educación_en_el_campo_de_la_salud_públ.html?id=Sq_2DwAAQBAJ&redir_esc=y)
- Villa-Vélez, L. (2020). Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: Una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(4), 1539–1546. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.19052018>

# Impacto de la pandemia COVID-19 en profesores durante el proceso de enseñanza aprendizaje de enfermería

## Ponente:

Vanessa Restrepo Betancur - Colombia  
Facultad de Enfermería,  
Universidad de Antioquia  
vanessa.restrepob@udea.edu.co

## Autores

Vanessa Restrepo Betancur<sup>1</sup>  
Sandra Catalina Ochoa Marín<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Rol del profesor, Ciencias de la educación y ambiente educacional, Enseñanza y formación.

## Resumen:

**Introducción** La educación de enfermería durante la pandemia por COVID-19 requirió que los profesores universitarios desarrollaran competencias, habilidades, destinaran espacios y adaptaran recursos para continuar con el proceso de enseñanza aprendizaje.

**Justificación:** Ante la inexistencia de una cura definitiva para el contagio por el virus SARS COV 2, las medidas más efectivas para reducir el número de contagios fueron aquellas que implicaron el aislamiento social, lo que causo impacto en la educación y en las modalidades de estudio que eran habituales en cada país, esto supuso un reto para la mayoría de las universidades de América latina y conllevó a un cambio en la metodología de educación.

**Objetivo general** Conocer las experiencias de los profesores en el proceso de enseñanza durante la pandemia en una facultad de enfermería en Medellín, Colombia.

**Materiales y métodos:** Estudio cualitativo para el cual se realizaron once entrevistas individuales semiestructuradas. Los participantes fueron once profesores universitarios de una facultad de enfermería en Medellín, Colombia. Se utilizó el método de las comparaciones constantes propuesto por Glaser y Strauss para el análisis de los datos.

**Resultados:** La transformación del proceso de enseñanza – aprendizaje trajo consigo a que los profesores universitarios de enfermería se adaptaran a las necesidades emergentes (adaptación a nuevo entorno de enseñanza, cambios metodológicos, uso de herramientas tecnológicas dinámicas), adaptación de su rol como profesor, ya que la adaptación a la educación en línea trajo consigo cambios de horario, jornadas

<sup>1</sup> Corporación Universitaria Remington

<sup>2</sup> Universidad de Antioquia

largas de trabajo, desconfianza sobre la educación que se estaba brindando a los estudiantes y pérdida de tiempo libre debido a la sobrecarga académica y laboral. Las oportunidades de la experiencia de los profesores fueron tanto para su vida personal como laboral, el aprendizaje de temáticas no académicas fue significativo, ya que contribuyen al crecimiento personal y profesional en gran medida. En cuanto a la vida profesional, que los profesores admiten que la educación en línea les permitió utilizar diferentes estrategias de enseñanza y de evaluación que disminuyeron el estrés y la carga académica para sus estudiantes, y esto significa que ahora son conscientes de la existencia de otras dinámicas evaluativas fuera de las tradicionales que se pueden emplear y continuar cumpliendo con los objetivos de los cursos. La educación en línea dio paso a que se crearan lazos entre los profesores, esto sucedió debido a la necesidad colectiva de tener un espacio donde se expresarán las preocupaciones y también conflictos a los cuales se estaban enfrentando los estudiantes, pues estos dificultaban su disposición para estudiar bajo esta modalidad.

Conclusión: Colombia es uno de los países de Latinoamérica que necesita continuar investigando acerca de las experiencias de los profesores universitarios durante el cambio del proceso de enseñanza aprendizaje durante la pandemia. De acuerdo con los hallazgos, se demuestra que la educación en enfermería requirió de grandes esfuerzos para enfrentar los cambios repentinos propuestos por la pandemia y el cambio del proceso de enseñanza aprendizaje causó un gran impacto en la educación de enfermería.

### Referencias Bibliográficas

- Vidal Ledo MJ, Barciela González LMC, Armenteros Vera I. (2021). Impacto de la COVID-19 en la Educación Superior. *Educ Med Super*, 35 (1).
- Vera F. (2021) Experiencia de docentes universitarios durante la educación remota de emergencia debido a la crisis por COVID-19. *Rev.Elec.Trans.* 2 (2). pp 40-57.
- Sandoval CH. (2020) La Educación en Tiempo del Covid-19 Herramientas TIC: El Nuevo Rol Docente en el Fortalecimiento del Proceso Enseñanza Aprendizaje de las Prácticas Educativa Innovadoras. *RTED.* 9(2). pp 24-31.

## Sintonías entre el docente y el estudiante en el aula

### Ponente:

Agueda Lucía Valencia Deossa - Colombia  
Universidad Eafit  
alvalencid@eafit.edu.co

### Autores

Agueda Lucía Valencia Deossa<sup>1</sup>  
Margarita María Gómez Gómez<sup>2</sup>

### Palabras Clave

Conocimiento Didáctico de Contenido, Saber Didáctico, Saber Disciplinar.

### Resumen:

Sintonías entre el docente y el estudiante en el aula

Introducción: La teoría del conocimiento didáctico del contenido -CDC- comprende cómo el profesor entiende lo que el estudiante ha de aprender y cómo debe ser enseñado dicho contenido a partir de su práctica y de la comprensión que tiene sobre cómo el alumno aprende y discierne, soluciona problemas y desarrolla un pensamiento crítico sobre el contenido.

El CDC tiene relevancia en la educación superior para la enseñanza de la ciencia debido a que su interés radica en el conocimiento particular o específico de la enseñanza de un contenido y es producto de la articulación entre la historia del docente, su formación disciplinar y su experiencia (Melo et al., 2016).

Objetivo: Comprender cómo construye el conocimiento didáctico del contenido un docente de farmacología en un pregrado de medicina.

Metodología: estudio de tipo cualitativo, que permite indagar y ver cómo los sujetos entienden la realidad. El trabajo se desarrolló en cinco momentos: 1) elección del docente experto; 2) observación de tres clases y grabación de dos de ellas; 3) reconocimiento y selección de los fragmentos de la clase grabada para usarlos como material de referencia en las entrevistas; 4) entrevistas think aloud con el docente participante y tres de los estudiantes identificados y que aceptaron participar voluntariamente después de firmar el consentimiento informado, y 5) análisis de datos mediante la comparación constante de estos.

<sup>1</sup> Universidad Eafit

<sup>2</sup> Universidad de Antioquia

Resultados: este estudio dio cuenta de que el CDC se expresa en la acción del docente, cuando los estudiantes reconocen su saber disciplinar y didáctico para aclarar, profundizar y consolidar un conocimiento que les sea útil y pertinente. Mediante un trato respetuoso, el profesor se compromete con sus intereses satisfaciendo las necesidades de aprendizaje.

La sintonización que los estudiantes hacen con el saber disciplinar del profesor, que los lleva a hacer deducciones desde su conocimiento previo, no siempre resulta suficiente para una explicación integral del caso. Sin embargo, el profesor les responde haciéndoles claridad, ampliando el saber disciplinar y así los estudiantes reconocen la utilidad de ese conocimiento, logran comprensión y aprendizaje en contexto.

Discusión: la sintonización que se da entre la acción docente y la enseñanza ya había sido señalada por Caena (2011), como aquella sintonización que se da en el momento en que se integran las habilidades y conocimientos del docente para guiar la formación y el desarrollo profesional. Además, los resultados de este estudio coinciden con el concepto de sintonización estructural, formulado en la investigación llevada a cabo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Allí se explica cómo con su acción el docente integra su conocimiento disciplinar, su experiencia, su postura ética y su saber pedagógico (Medina et al. 2019).

Conclusiones: La acción educativa sucede cuando, el docente, además de su receptividad, afecto y disposición, pone en frecuencia lo que él es, sabe y hace con el reconocimiento de los estudiantes.

### Referencias Bibliográficas

- Melo Niño LV, Cañada Cañada F, Mellado V y Buitrago A. Conocimiento didáctico del contenido declarado durante la enseñanza de la fuerza eléctrica en bachillerato: estudio de caso. *Tecné, Episteme y Didaxis: TED*. 2016. (39). <https://doi.org/10.17227/01203916.4580>
- Caena, F. (2011). Literature review Teachers' core competences: requirements and development. European Commission thematic Working Group 'Professional development of teachers.
- Medina J, Rivera L y Díaz J. Interpretación docente frente a las contribuciones de los estudiantes en el ámbito universitario. *Pedagogía y Saberes*; 2019. 51, 33-48. <https://doi.org/10.17227/pys.num51-8195>



# Educación para la Salud Oral. Experiencias y practicas de docentes de tres programas de odontología en la ciudad de Cartagena

## Ponente:

Natalia Fortich Mesa - Colombia  
Universidad El Bosque  
nfortich@unbosque.edu.co

## Autores

Natalia Fortich Mesa<sup>1</sup>  
Adriana Gisela Martínez Parra<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Educación en Salud, Estudiantes de Odontología, educación, Docentes .

## Resumen:

Sintonías entre el docente y el estudiante en el aula.

Introducción: La teoría del conocimiento didáctico del contenido -CDC- comprende cómo el profesor entiende lo que el estudiante ha de aprender y cómo debe ser enseñado dicho contenido a partir de su práctica y de la comprensión que tiene sobre cómo el alumno aprende y discierne, soluciona problemas y desarrolla un pensamiento crítico sobre el contenido.

El CDC tiene relevancia en la educación superior para la enseñanza de la ciencia debido a que su interés radica en el conocimiento particular o específico de la enseñanza de un contenido y es producto de la articulación entre la historia del docente, su formación disciplinar y su experiencia (Melo et al., 2016).

Objetivo: Comprender cómo construye el conocimiento didáctico del contenido un docente de farmacología en un pregrado de medicina.

Metodología: estudio de tipo cualitativo, que permite indagar y ver cómo los sujetos entienden la realidad. El trabajo se desarrolló en cinco momentos: 1) elección del docente experto; 2) observación de tres clases y grabación de dos de ellas; 3) reconocimiento y selección de los fragmentos de la clase grabada para usarlos como material de referencia en las entrevistas; 4) entrevistas think aloud con el docente participante y tres de los estudiantes identificados y que aceptaron participar voluntariamente después de firmar el consentimiento informado, y 5) análisis de datos mediante la comparación constante de estos.

<sup>1,2</sup> Universidad El Bosque

## Referencias Bibliográficas

- Ghaffari, M., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A., Noroozi, M., & Armoon, B. (2018, February 1). Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17-Year Intervention. *International Journal of Dental Hygiene*, Vol. 16, pp. 59–67. <https://doi.org/10.1111/idh.12304>
- Hakojärvi, H. R., Selänne, L., & Salanterä, S. (2019). Child involvement in oral health education interventions—a systematic review of randomised controlled studies. *Community Dental Health*, 36(4), 286–292.
- Kay, E., Vascott, D., Hocking, A., Nield, H., Dorr, C., & Barrett, H. (2016). A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44(4), 313–330.
- Menegaz, A. M., Silva, A. E. R., & Cascaes, A. M. (2018). Educational interventions in health services and oral health: systematic review. *Revista de Saude Publica*, 52, 52.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 58(3), 115–121.

# Experiencias formativas en el campo de la salud pública: la articulación entre pregrado y posgrado

## Ponente:

Carolina Gutiérrez-López - Colombia  
Universidad El Bosque  
cgutierrezlo@unbosque.edu.co

## Autores

Yamileth Ortiz Gómez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación; aprendizaje; Educación en Salud Pública Profesional; práctica profesional.

## Resumen:

**Introducción:** Los profesionales del sector salud deberían desarrollar competencias que les permitan reconocer y hacer una lectura crítica del contexto, las necesidades, problemas y capacidades de las comunidades en los territorios. Se ha evidenciado que, las competencias en salud pública no son abordadas ampliamente, prevaleciendo currículos con una corriente pedagógica tradicional. En el marco de las competencias esenciales de salud pública se hace un llamado a la transformación de la educación, esto implica la multidisciplinariedad y la multisectorialidad como características diferenciales de la salud pública respecto a otros campos, dando valor a la interacción y al intercambio intercultural entre profesionales<sup>a</sup>.

**Proceso educativo, método o didáctica:** La Universidad El Bosque en sus políticas institucionales ha establecido el enfoque de aprendizaje significativo como su marco general en el proceso de formación a nivel de pregrado y posgrado, con la finalidad que el estudiante fortalezca conocimientos a través de la práctica<sup>b</sup>. Basado en esto, se realizó un estudio piloto entre el Programa de Medicina y el Doctorado en Salud Pública durante los semestres 2022-2 a 2023-1 integrando la investigación formativa con la intervención para la generación de conocimiento. Una profesora que hace parte del equipo nuclear de ambos programas orientó el proceso sustentando las actividades en un modelo pedagógico crítico-dialogante<sup>c</sup>, que consistió en identificar los intereses temáticos de investigación de los estudiantes; valorar sus competencias de investigación y con ello fomentar un análisis crítico y reflexivo en el quehacer de la investigación. Un workshop fue realizado con los estudiantes y con el equipo directivo de ambos programas para identificar lecciones aprendidas y aspectos de mejora para la posterior replica.

<sup>1</sup> Universidad El Bosque

Resultados: Seis estudiantes participaron del proceso, todas mujeres. Las estudiantes de pregrado a través de esta experiencia reconocieron las implicaciones de la investigación en salud; afianzaron sus saberes previos; valoraron la importancia del rigor metodológico en la investigación y de interacción con los sujetos de estudio que ponen a prueba sus competencias, y la construcción conjunta del conocimiento en un escenario colaborativo. La estudiante de doctorado fortaleció competencias en mentoría.

Este piloto aporta con los lineamientos establecidos en el modelo pedagógico significativo al ofertar un espacio de práctica y aplicación de los conocimientos adquiridos con el desarrollo del plan de estudios del Programa de medicina.

El contar con una única profesora en ambos programas dinamizó la articulación formativa y pedagógica del proceso de investigación con un crecimiento bidireccional, estudiante-profesor.

Los enfoques que sustentan esta experiencia tienen un elemento común, que al ser implementados en un escenario de práctica facilita que los estudiantes generen un pensamiento crítico-reflexivo en torno su quehacer en el desarrollo de acciones de tipo individual o colectivo.

Conclusiones: En la formación de pregrado y posgrado se requieren estrategias innovadoras para el establecimiento de escenarios de práctica que confronten a los estudiantes frente a los conocimientos adquiridos y fomenten una postura crítica y propositiva. Siendo el profesor un dinamizador en esta construcción.

### Referencias Bibliográficas

- a Montenegro-Martínez, G. Los propósitos de la educación en salud pública. *Revista facultad nacional de salud pública*, 2019, vol. 37, no 2, p. 67-74.
- b Universidad El Bosque. Política de formación para la investigación, creación, desarrollo e innovación. Bogotá, 2015. [Fecha de consulta: 01 junio 2023]. Disponible en: <https://www.unbosque.edu.co/node/750>
- c Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS– Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. [Fecha de consulta: 12 junio 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

# Factores de riesgo cardiovascular y de periodontitis: oportunidad de educación en salud para odontólogos

## Ponente:

Johanna Otero Wandurraga - Colombia  
USTA  
johanna.otero@ustabuca.edu.co

## Autores

Yamileth Ortíz<sup>1</sup>  
Martha Liliana Rincón<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Educación en salud; Riesgo cardiovascular; Atención basada en equipos.

## Resumen:

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares y la periodontitis son condiciones multifactoriales que comparten factores de riesgo como la edad, el tabaquismo y la diabetes, y tienen una vía inflamatoria común. Frente a la carga de enfermedad por eventos crónicos se ha reconocido la importancia de estrategias basadas en equipos multidisciplinarios reforzadas por la actualización de aprendizajes y el desarrollo de prácticas basadas en la evidencia. El objetivo de este análisis fue establecer el conocimiento de los odontólogos que realizan práctica asistencial en la identificación de los factores de riesgo cardiovascular y los comunes con la periodontitis como insumo para proponer acciones de fortalecimiento de las competencias en la gestión del riesgo.

**Método:** Estudio de corte transversal con una encuesta autoadministrada. Se realizó un análisis descriptivo y multivariado de clúster jerárquico que utilizó variables sociodemográficas y de conocimiento sobre los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y los comunes con la periodontitis.

**Resultados:** Participaron 232 odontólogos que ejercen su práctica asistencial en Colombia. En la identificación de factores de riesgo compartidos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y periodontitis, el 80,6% identificó el tabaquismo y el 72,8% la diabetes. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular relacionados con comportamientos, el 34,9% de los odontólogos identificó las malas prácticas alimentarias. El 24,1% no estableció si las dislipidemias son un factor de riesgo específico o común para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y/o periodontitis. Ser mujer (79,8%), menor de 40 años (64,0%) y no haber realizado un posgrado (68,5%) son las características más destacadas de los odontólogos que mejor identifican los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares o los comunes con la periodontitis.

<sup>1</sup> Universidad El Bosque

<sup>2</sup> USTA

Discusión y conclusiones: Se ha explorado la opinión de los odontólogos frente al vínculo existente entre periodontitis y las enfermedades cardiovasculares, están de acuerdo en que deberían estar capacitados para identificar los factores de riesgo o tratar activamente a personas con enfermedades sistémicas, además, consideran que tanto a médicos como a odontólogos se les debe enseñar sobre prácticas colaborativas. Este panorama se complementa con los hallazgos del presente estudio, donde los odontólogos usualmente realizan práctica asistencial individual y lo hacen en la consulta privada, este grupo de odontólogos tiene debilidades en la identificación de factores de riesgo específicos para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En nuestros hallazgos, los odontólogos más jóvenes y que aún no han realizado estudios de posgrado son quienes mejor identifican los factores de riesgo, por lo que fortalecer los conocimientos de quienes tienen más experiencia (mayores de 40 años y con posgrado) podría ser una oportunidad de educación continuada. Las dinámicas de los profesionales de la salud oral nos llevan a pensar que los procesos de educación en el campo de la salud pública deben adaptarse a ejercicios mediados por el uso de las tecnologías de la información y la comunicación que incluyen métodos multimediales vía web para hacerlo más asequible, facilitar el intercambio y la colaboración a distancia. Un enfoque constructivista como el aprendizaje basado en problemas podría ser una herramienta pedagógica que fomente el autoaprendizaje y las habilidades prácticas. Las oportunidades de educación deben ser revisadas desde la academia con los odontólogos en formación, formuladas como procesos permanentes de educación continua y afianzadas en los entornos laborales.

### Referencias Bibliográficas

- Peres M.A., Macpherson L.M.D., Weyant R.J., Daly B., Venturelli R., Mathur M.R., et al. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394, 249–60. doi:10.1016/S0140-6736(19)31146-8
- Pusic M. V., Santen S.A., Dekhtyar M., Poncelet A.N., Roberts N.K., Wilson-Delfosse A.L., et al. (2018). Learning to balance efficiency and innovation for optimal adaptive expertise. *Med Teach*, 40(8):820–7. doi:10.1080/0142159X.2018.1485887
- Paquette D.W., Bell K. P., Phillips C., Offenbacher S. Wilder R.S. (2015). Dentists' knowledge and opinions of oral-systemic disease relationships: relevance to patient care and education. *J Dent Educ*, 79(6), 626–35. doi: 10.1002/j.0022-0337.2015.79.6.tb05934.x

# Influencia de los Métodos de Enseñanza Aprendizaje en la Enseñanza de la Salud Pública

## Ponente:

Alberto Antonio Aguilera Lavin - México  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de  
Los Trabajadores del Estado  
dr.aguileralavin@hotmail.com

## Autores

Alberto Antonio Aguilera Lavin<sup>1</sup>  
Jorge Sebastián Hernández Rodríguez<sup>2</sup>  
Lidia Lucia Martínez Rodríguez<sup>3</sup>  
Xochitl Estrella Hernández Rivera<sup>4</sup>  
Laura Ximena Torres Ángeles<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Método, Enseñanza, Aprendizaje, Salud Pública, Aprendizaje basado en problemas.

## Resumen:

**Introducción:** Al pasar de los años, se han observado áreas de oportunidad importantes a las facultades y escuelas de Medicina en el territorio nacional en la transmisión de conocimientos básicos en el área de la Salud Pública por lo que es preciso hacer un análisis a fondo a fin de que se esté en condiciones de diagnosticar cuál es el método de enseñanza – aprendizaje más adecuado para el desarrollo de la materia de Salud Pública determinando previo análisis ¿Qué puede mejorarse?, basado en ello implementarse a la brevedad posible técnicas innovadoras a fin de revertir la tendencia de que el personal en formación no se interese por completo en la asimilación de los contenidos de esta asignatura. En un momento en el que el modelo de la escuela tradicional, en teoría, deja de responder a las necesidades que demanda la sociedad, surge la idea de implementar el aprendizaje cooperativo, activo o activo colaborativo como una opción metodológica de gran interés, ya que responde a las necesidades de una sociedad multicultural y diversa como la nuestra de acuerdo a lo sustentado por varias corrientes neo pedagógicas.

**Objetivo:** Analizar la diferencia entre el grado de aprovechamiento académico de los estudiantes de la carrera de medicina que cursan la materia de Salud Pública al utilizar un método de enseñanza - aprendizaje activo en comparación con la utilización de un método de enseñanza - aprendizaje pasivo. **Metodología:** Se realizó un estudio No experimental, Cuantitativo, comparativo, observacional, prospectivo y transversal. La profesora titular del curso fue la responsable de determinar el aprovechamiento académico de sus estudiantes expresado en un valor numérico que iba del 0 al 10 mediante instrumentos de medición, tipo encuesta y listas de cotejo diseñados por la titular del curso y validados por dos académicos que también imparten dicha cátedra. Posterior a ello, se determinó el grado de aprovechamiento académico y se hizo una correlación entre los resultados obtenidos por el grupo sometido a un método de enseñanza activo (ABP) contra el grupo sometido a un método de enseñanza pasivo (Tradicional).

<sup>1</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

<sup>2,3</sup> Secretaría de Salud de Tamaulipas L.E.

<sup>4,5</sup> Universidad del Noreste

Resultados: El aprovechamiento académico en la materia de Salud Pública fue superior en el grupo instruido a través del método de aprendizaje basado en problemas (8.03) en relación a quienes fueron instruidos por un medio tradicional (7.25). La diferencia en el aprovechamiento académico atribuible entre los métodos pasivo y activo es de 0.78 puntos a favor del método activo.

Conclusiones: Existe diferencia en el grado de aprovechamiento académico de los estudiantes de la carrera de medicina que cursan la materia de Salud Pública a favor del método de enseñanza – aprendizaje activo (aprendizaje basado en problemas) en virtud de los resultados obtenidos, ya que produce mejores resultados que el método de enseñanza – aprendizaje pasivo (método tradicional).

### Referencias Bibliográficas

- Alonso-Tapia J. (1999). Motivación y aprendizaje en el aula. pp. 234-267. Editorial Santillana. Madrid, España.
- Ashman, A. & Conway, R. (1993). Teaching students to use process-based learning strategies and problem solving strategies in mainstream classes. *Learning & Instruction*, 3(2), 73-92.
- Hewson PW. (1992). El cambio conceptual en la enseñanza de las ciencias y la formación de los profesores. Ponencia presentada en el encuentro sobre Investigación y Desarrollo del Currículo en la Enseñanza de las Ciencias. Madrid: CIDE.



# Investigación en la formación de profesionales de ciencias de la salud: reflexiones y apuestas teórico-metodológicas

## Ponente:

Jaime Alberto Méndez Castillo - Colombia  
Corporación Universitaria Iberoamericana  
jamcun2604@hotmail.com

## Autores

Jaime Alberto Méndez Castillo<sup>1</sup>  
Yenny Rodríguez Hernández<sup>2</sup>  
Magdalena Delgado Moreno<sup>3</sup>  
Sonia Gladys Bernal Rodríguez<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Investigación, corrientes de pensamiento en salud, formación, territorio.

## Resumen:

Las dinámicas globales se reflejan en crisis ambientales y climáticas, pandemias, incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, infecciosas, desnutrición, violencias, mortalidad materno infantil, respuestas poco asertivas de los sistemas sanitarios, principalmente en países de las periferias, entre otros procesos y condiciones de vida que determinan formas desiguales de enfermar y de morir en los territorios.

Los debates actuales en salud pública han dejado clara la importancia de hacer desplazamientos en la formación de profesionales sanitarios, no solamente con competencias en el hacer operativo, sino en el saber y en el ser ético-político. Dichos debates ponen en tensión la esencia individual, clínica, asistencial y curativa heredada de la biomedicina, y de los factores de riesgo aislados que operan probabilísticamente alrededor de la enfermedad como asunto de desequilibrio biológico en los individuos que conforman la sociedad, en respuesta a la corriente multicausal y sus fundamentos positivistas que son hablados en las metodologías de las investigaciones dominantes en el campo de la salud (Breilh, 2013).

El proceso salud-enfermedad debe comprenderse más allá de individuos y riesgos. En este sentido, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), basados en la Medicina Social Anglosajona, aportan un marco interpretativo social para entender las condiciones de vida de los individuos desde el punto de vista de las desigualdades injustas y evitables. Sin embargo, los debates provenientes de la Determinación Social de la Salud, aseguran que son las relaciones sociales en sentido dialéctico macro, meso y micro las que van configurando relaciones de poder, y profundizando triples inequidades por raza/etnia, género y clase social en sentido interseccional (Viveros, 2008). Son las economías extractivistas, el despojo de tierras, la privatización de lo público, el poder de la industria farmacéutica, el negocio de la comida con los alimentos ultraprocesados y el agronegocio, los agrotóxicos, las semillas transgénicas y la soberanía alimentaria, entre otros procesos, los que en últimas determinan socialmente la vida, la salud, la enfermedad, la muerte, y configuran condiciones mal sanas de vida o buen vivir.

En Colombia la academia cada vez más debe apostarle a trascender las lógicas institucionales, que dicen buscar la educación de calidad. Se necesita formar profesionales como sujetos históricos, políticos y transformadores (Freire, 1990), con capacidad para entender críticamente las dinámicas globales, regionales y locales que afectan la vida en todas sus expresiones, así como para abordarlas desde apuestas investigativas que pongan en tensiones ontológicas, epistemológicas y ético-políticas las corrientes de pensamiento hegemónico en salud, superando el individualismo metodológico.

Las Instituciones de Educación Superior (IES) en el país hoy están supeditadas desde el punto de vista institucional a pensar en competencias investigativas y su evaluación a través de resultados de aprendizaje en función de un perfil de egreso, pero no puede ser un mero asunto de cumplimiento a un marco de calidad que exige el Ministerio de Educación Nacional para acreditarse y competir en el mercado, sino que se trata de una conciencia importante para formar profesionales que aboguen por la vida en los territorios y que aporten a la construcción constante del derecho fundamental a la salud de los sujetos en sus colectivos y colectividades, el cual ha sido profundamente medicalizado, medicamentado y mercantilizado en función de un Complejo Médico Industrial, Financiero y Cognitivo que cada vez más ha venido atrapando el trabajo de los profesionales para rentabilizar en el sistema de salud.

### Referencias Bibliográficas

- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Freire, P. (1990). *La naturaleza política de la educación: cultura, poder y liberación*. Paidós Iberica Ediciones SA.
- Vigoya, M. V. (2009). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1, 63–81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8737730>

## Conductas de riesgo en HSH: un redireccionamiento a la reflexión

### Ponente:

Mayra Gómez Lugo - Colombia  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
mayraa.gomezl@konradlorenz.edu.co

### Autores

Mayra Gómez Lugo<sup>1</sup>  
Diego Alejandro Saavedra Roa<sup>2</sup>  
Carlos Florez Rojas<sup>3</sup>

### Palabras Clave

Hombres que tienen sexo con otros hombres, educación sexual, reflexión.

### Resumen:

Algunos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) tienen prácticas sexuales de riesgo que pueden involucrar la transmisión de infecciones sexuales (ITS). Sin embargo, en Colombia el abordaje de la temática se constituye como un reto para seguir comprendiendo el desarrollo del fenómeno en la actualidad. En este estudio cualitativo, buscó comprender los significados asociados a las prácticas sexuales de riesgo entre HSH en Colombia. La muestra consistió en 5 HSH colombianos, con edades entre 18 y 50 años, que vivían con VIH y quienes tenían prácticas sexuales consideradas como de alto riesgo. Se utilizó un muestreo por bola de nieve y se recolectaron datos a través de entrevistas semiestructuradas.

Los resultados se analizaron mediante un análisis categorial-semántico, identificando aproximaciones y características en los discursos de los participantes en relación con las categorías de investigación propuestas. Las categorías de análisis incluyeron: actitudes hacia el uso del condón, amigos sexuales, autoestima, contextos para encuentros sexuales, educación sexual, impulsividad o percepción de riesgo ante el VIH y otras ITS, relaciones ocasionales o casuales, y el uso de sustancias psicoactivas (SPA) en relación con la actividad sexual.

Este estudio proporciona una perspectiva sobre las prácticas sexuales de riesgo, a partir de las subjetividades de los participantes que se constituyen como puntos de referencia para incentivar la creación de insumos que buscan fortalecer los procesos pedagógicos asociados con la prevención de prácticas sexuales de riesgo entre HSH en Colombia. Se discutirá cómo los hallazgos resultan relevantes para comprender las realidades de las personas que se involucran en prácticas sexuales de riesgo, a pesar de contar con conocimientos claros para la prevención y su relevancia para la educación sexual.

<sup>1,2</sup> Fundación Universitaria Konrad Lorenz, SexLab

<sup>3</sup> Universidad del Valle

A su vez, se reflexiona sobre la importancia de crear estrategias de intervención en educación sexual que se centren en modificación de actitudes a cambio de exclusivamente brindar información - como puede darse de forma tradicional -. Con el fin de reducir el riesgo de infección en aquellas personas que tienen prácticas sexuales atípicas y en la población general.

### Referencias Bibliográficas

- Estrada-Montoya, J. H. (2014). Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26).
- Fernández-Dávila, P. (2007). "Amigos con derecho a roce": una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta sanitaria*, 21(6), 471-478.
- González Acosta, R. A., y Arceo Guzmán, M. E. (2014). Autoestima, conocimiento sexual, y prácticas sexuales de riesgo en homosexuales del municipio de Tonatico 2012-2013.

# Retos y desafíos de los docentes universitarios en los Programas en Educación para la Salud en la Formación Posgradual

## Ponente:

Germán Rolando Vargas Rodríguez - Colombia  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
german.vargas@juanncorpas.edu.co

## Autores

Marta Osorio de Sarmiento<sup>1</sup>  
Carolina Gutiérrez<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Programa, educación superior, docente, Educación en Salud.

## Resumen:

Resumen: En la educación posgradual y específicamente en programas de educación para la Salud, se identifican retos y desafíos en el proceso de enseñanza y aprendizaje desde las perspectivas pedagógicas y didácticas.

Introducción: La ponencia pretende visibilizar los retos y desafíos que tiene los docentes universitarios en el campo de la educación para la salud en la salud pública. Se identifican en los diferentes programas el empleo de pedagogías y modelos educativos tradicionales, por tanto, la innovación educativa debe hacer que nuestros estilos de enseñanza y aprendizaje cambien a una pedagogía que fortalezca las competencias de formación, en el campo de la salud y de la salud pública.

A nivel de la educación para la Salud en la praxis de la salud Pública, se debe considerar los siguientes aspectos (Peñaranda, F. 2020; Gutiérrez C., Pacheco A., 2019):

- a. Pasar de una enseñanza biomédica y centrarse en una pedagogía didáctica (desarrollo de competencias).
- b. Propender en el estudiante el logro de habilidades críticas y propositivas para dar solución a las necesidades reales de la comunidad.
- c. Partir de una construcción conjunta de saberes y prácticas de cuidado para el logro de un buen vivir, con un reconocimiento de la cultura y de la estructura política-económica de la comunidad.
- d. contribuir en el logro de políticas saludables basadas en la evidencia y la investigación, mediante un actuar multidisciplinario e intersectorial.

<sup>1</sup>Fundación Universitaria Juan N. Corpas

<sup>2</sup>Universidad del Bosque

**Metodología:** Se desarrolla desde lo cualitativo para permitir el contacto con diversas personas en contextos diferentes, conociendo sus ideas y propuestas sobre el papel del docente de educación para la salud.

**Discusión:** La revisión bibliográfica permitió establecer que, en los programas de Educación para la salud, la prioridad se vuelca en la conceptualización de la educación desde el campo pedagógico y humanístico, esta ponencia busca identificar la existencia de pedagogías disruptivas y que conllevan al cambio.

**Conclusiones:** Es de suma importancia que se fortalezcan programas con una mirada transdisciplinaria, multidisciplinaria e intersectorial para los procesos de enseñanza y de aprendizaje, lo cual lleva a buscar una nueva oferta educativa, actualizada y contextualizada con las necesidades y las expectativas de los posgraduados.

**Aportes eje temático:** El educador y el contexto.

Concientizar y generar estrategias para fortalecer la formación del talento humano desde los diferentes saberes de la educación en el campo de la salud pública, tal como lo menciona Peñaranda F. (2020) desde los ámbitos de formación en educación superior, desde las instituciones de la salud y desde los actores sociales del ámbito comunitario.

### Referencias Bibliográficas

- Menéndez, M. A. (1988). La especialidad de " pedagogía social" en la universidad alemana RF Plan de Estudios. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (3), 123-136.
- Correa, F. P. (2020). Educación en el campo de la salud pública: Una mirada pedagógica. Universidad de Antioquia. pág.26-40.
- Gutiérrez C., Pacheco A. (2019). Paradigmas en la enseñanza y el aprendizaje en la salud pública. Maldonado C., editor académico. Reflexiones críticas sobre la teoría de la salud pública. En camino hacia las ciencias de la complejidad Colección Complejidad y Salud, Vol. 2. Bogotá: Universidad El Bosque. Facultad de Medicina, Pág.: 187-208.

# Aprendizaje en telemedicina para HiCEC (Historia Clínica Electrónica para pacientes tratados con derivados del Cannabis)

## Ponente:

Johana Mireya Niño Abella - Colombia  
Cannabis Industrial SAS  
jmninoa@unal.edu.co

## Autores

Juan Manuel Gil Sandoval<sup>1</sup>  
Belarmino Segura Giraldo<sup>2</sup>  
Homero Fernando Pastrana<sup>3</sup>  
Mauricio Galvis Patiño<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Programa, educación superior, docente, Educación en Salud.

## Resumen:

Introducción: No se cuenta con una herramienta de apoyo que le permita al Personal de Ciencias de la Salud (PCS) que trabaja con Cannabis Medicinal (CM), llevar un registro haciendo el monitoreo de los pacientes, junto a la evolución de los tratamientos, análisis y procesamiento estadístico de la información, llegando hasta su optimización, por ejemplo desde un aplicativo en telemedicina.

Desconociéndose las ventajas y facilidades que representa HiCEC (Historia Clínica Electrónica para pacientes tratados con derivados del Cannabis) en la práctica diaria de los PCS en el área del CM. HiCEC se desarrolló desde la necesidad de recopilar una base de evidencia científica en tiempo real respecto al CM, teniendo en cuenta los tratamientos suministrados, su evolución, respuestas del paciente, interacción con otras terapias y demás posibilidades.

Al hacer ensayos con HiCEC, se notó la necesidad de capacitar a los PCS, quienes acorde a los 3 perfiles de usuarios definidos en HiCEC (1.Paciente, 2.PCS y 3.Investigador) son los únicos que pueden introducir y modificar la información de la historia clínica. Para evitar errores durante el diligenciamiento del aplicativo, así como inseguridades y situaciones de estrés por parte de los PCS en el manejo de HiCEC, es clave ir familiarizando en este tipo de entornos virtuales y tele asistidos a los PCS, así como a los estudiantes de pregrado y posgrado, por hacer parte del entorno real.

Lo PCS como protagonistas de la transición tecnológica, requieren conocer y manejar aplicaciones en telemedicina. Socializando la experiencia con el desarrollo de HiCEC, desde las necesidades que le motivaron, junto a los beneficios derivados de su incorporación y manejo adecuado por parte de los PCS.

<sup>1</sup> Pharmacy Cannabis Services

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Colombia, sede Manizales

<sup>3</sup> Universidad Antonio Nariño, sede Bogotá

<sup>4</sup> Grupo de Investigación y Estudio del Cannabis y otros Enteógenos (GIECE)

Método:

1. Diseño de HiCEC.
2. Reestructuración y pruebas con HiCEC en usuarios reales -desde su versión escritorio.
3. Montaje de los módulos HiCEC en SAP.
4. HiCEC vía web.
5. Pedagogía en HiCEC y preparación de las sesiones con las jornadas de entrenamiento.
6. Seguimiento, revisión y actualización permanente.

Enlace a un video informativo de HiCEC:

<https://www.instagram.com/reel/Cm4clT8oKwn/?igshid=MzRlODBiNWFlZA==>

Las jornadas de entrenamiento se desarrollan con Pharmacy Cannabis Services.

Resultados y hallazgos: HiCEC es exitoso, con buena asimilación por parte de los PCS, aunque resulta nuevo para la mayoría, generando dudas e inseguridad al momento de establecer y aplicar un tratamiento con derivados del Cannabis, requiriéndose manejar pautas para la dosificación durante el tratamiento con cannabinoides, esto se aborda con la herramienta de dosificación: una guía para que los PCS dispongan de los rangos en concentraciones y ratios de los cannabinoides THC (Tetrahidrocannabinol) y CBD (Cannabidiol) por dolencia y/o enfermedad.

Discusión y conclusiones:

Importancia.

- Utilizar adecuadamente HiCEC, facilitándose la labor médica y haciendo su apropiación por parte de los PCS.
- Manejo de herramienta de dosificación (ratios y concentraciones de THC y CBD).

Implicaciones.

- PCS entrenados en esta aplicación en telemedicina para el suministro de cannabinoides.
- Ubicar a Colombia en el top mundial de aportantes a la base del conocimiento científico en CM.
- Usuarios satisfechos que reciben tratamientos adecuados.

Nuevos conocimientos relacionados con la Educación en el Campo de la Salud.

- PCS empoderados en el manejo de HiCEC.
- Enseñanza del Sistema Endocannabinoide.

### Referencias Bibliográficas

- González, R., Cardentey, J. (2015). La historia clínica médica como documento médico legal. Revista Médica Electrónica; Vol. 37, No. 6.
- Kho, A., Pacheco, J., Peissig, P., Rasmussen, L., Newton, K., Weston, N. (2011). Electronic medical records for genetic research: results of the eMERGE consortium. Sci Transl Med; Vol. 1.
- Parker, J., Parker, P. (2003). Cannabis a medical dictionary, bibliography, and annotated research guide to internet references. ICON Group International, Inc.



# Evaluación del nivel de alfabetización en salud sexual reproductiva en estudiantes de medicina cubanos

## Ponente:

Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos - Cuba  
Escuela Nacional de Salud Pública Cuba  
gsanabriaramos95@gmail.com

## Autores

Zaida Espino La O<sup>1</sup>  
Gicelda de la Caridad Sanabria Ramos<sup>2</sup>  
Maritza Ingran Calderón<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Alfabetización en salud, Salud sexual reproductiva, educación en salud.

## Resumen:

**Introducción:** El logro de los compromisos de tener generaciones jóvenes saludables para el 2030, al ofrecer un triple rendimiento: población joven sana hoy; adultos sanos mañana; y generaciones sanas en el futuro, hace necesario emprender acciones para transformar las realidades como lo requiere la salud sexual reproductiva en el escenario universitario. La educación sexual como proceso de formación integral presente en la vida de jóvenes universitarios es insuficiente y los programas que se utilizan no siempre responden a sus necesidades. La Alfabetización en salud, como un determinante social de la salud básico para las poblaciones, constituye una alternativa para la corrección de estas debilidades.

**Objetivo:** Exponer las experiencias en la gestión de una estrategia de alfabetización en salud sexual y reproductiva para estudiantes de primer año de medicina.

**Metodología:** se realizó una investigación de desarrollo tecnológico, en la Facultad de Medicina No. 1 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, se tomó como fundamentación teórica los modelos de Sorensen y Nutbeam, una primera fase permitió identificar el nivel de Alfabetización en Salud Sexual reproductiva de los estudiantes del 1er año de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba con 638 estudiantes del año seleccionado, una segunda fase con participación de estudiantes pares se diseñó y aplicó un programa contentivo en la estrategia con 40 estudiantes. El diseño del programa en Alfabetización en salud emergió de las necesidades detectadas y satisfizo al desarrollo de las competencias, los conocimientos y las habilidades relacionadas con los resultados en salud y el autocuidado en salud sexual de los estudiantes. La metodología basada en el Intercambio de saberes y Encuentro de diálogo fueron útil para el desarrollo del programa, permitió gestionar espacios del proceso auto organizativo basado en el análisis, reflexión, la visión crítica y argumentativa en la producción de ideas e intercambio grupal para

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médicas Santiago de Cuba

<sup>2</sup> Escuela Nacional de Salud Pública Cuba

<sup>3</sup> Policlínico Docente "Dr. Mario Pozo Ochoa" Las Tunas Cuba

lograr las habilidades de una Alfabetización en salud sexual y reproductiva crítica basado en las propuestas de los modelos de Nutbeam y Sorensen. Una tercera fase lo constituyó la evaluación, la que se realizó mediante un estudio cuasi experimental con un diseño de antes-después. Resultados: La estrategia favoreció la Alfabetización en salud sexual y reproductiva de los estudiantes universitarios incluidos en la investigación, al lograrse cambios en variables generadoras de accesibilidad, entendimiento y empoderamiento ante los riesgos en la sexualidad.

Los resultados de esta evaluación en los momentos relacionados con la aplicación de la estrategia estuvieron dentro de lo esperado, ya que, en general, se produjeron cambios significativos en el grupo estudio antes y después de la estrategia. El nivel de Alfabetización en salud sexual y reproductiva, conseguido por los estudiantes, fue un nivel suficiente. La estrategia constituyó un aporte positivo y enriquecedor, en tanto favoreció la adquisición de conocimientos, incorporación de saberes, habilidades, autocuidado y responsabilidad, comprensión de la diversidad, condición y valores hacia los derechos humanos, comunicación en relación a la salud sexual y reproductiva. Se produjeron cambios favorables en el grupo de estudio después de la implementación de la estrategia de Alfabetización en Salud Sexual Reproductiva para estudiantes de medicina.

Conclusiones: Se diseñó la estrategia a partir de la participación de la comunidad universitaria con el programa de Alfabetización en salud, se logró satisfacer el propósito de fomentar las habilidades relacionadas con la Alfabetización en salud en sexual reproductiva en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina No. 1 de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

### Referencias Bibliográficas

- Alfonso Rodríguez AC, Vázquez Sejjido M. (2019) Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, en Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, [archivo PDF] p. 14 Disponible en <https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Manual%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20a%20la%20SSR%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U. et al. (2017) Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC Public Health 17, 361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. Annual review of public health, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>

# Aproximación metacrítica a la Educación Alimentaria en programas y proyectos de salud

## Ponente:

Diana Carolina Ocampo Rivera - Colombia  
Universidad de Antioquia  
dcarolina.ocampo@udea.edu.co

## Autores

Diana Carolina Ocampo Rivera<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Metacrítica, Educación Alimentaria, Determinación Social, Pedagogía crítica.

## Resumen:

Introducción: Salud y educación son campos científicos y sociales interrelacionados e interrelacionales en cuyas intersecciones convergen entre otros el objeto salud como un todo que puede ser abordado desde su ser (dimensión ontológica), desde su conceptualización (dimensión epistemológica) y desde su práctica (dimensión práxica) (Breilh, 2003). Esta visión de totalidad de la salud postula que esta no puede ser analizada de forma aislada, se requiere de un esfuerzo de conceptualización global que considere todas las dimensiones que la determinan. De allí deriva la importancia de abordarla en su sentido más amplio como campo y en su forma más particular como objeto multidimensional y complejo, lo que implica que sea también multidisciplinar y multitemático (Samaja, 2004); abordaje metacrítico del objeto salud que, a través del diálogo entre distintos campos, permita producir una visión reconfigurada de sus múltiples dimensiones (Breilh, 2003).

Objetivo: Comprender el proceso de configuración de la práctica pedagógica-PP- de un proyecto que promueve la alimentación saludable en la ciudad de Medellín.

Método: Estudio epidemiológico crítico con diseño cuali-cuantitativo que incluyó triangulación de técnicas y fuentes de información. Se presentarán parte de los hallazgos cualitativos analizados desde la hermenéutica-dialéctica. Resultados y discusión: La práctica pedagógica-PP- que se configura en el proyecto EVS tiene tres características configurativas: es multidimensional, es compleja y está socio-espacialmente determinada. Es multidimensional porque se produce a partir de los movimientos y relaciones que se generan entre las dimensiones general, particular y singular de la realidad histórica en la que se inscribe el proyecto y sus participantes. Es compleja porque su configuración se gesta en la intersección de dos campos sociales distintos y borrosamente delimitados, cuya esencia es básicamente dialéctica y contradictoria. Finalmente, es una práctica social y espacialmente determinada que adquiere la forma híbrida propia del espacio social-

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

pedagógico, de los procesos institucionalizados que la constituyen y de los actores sociales que la movilizan y reproducen, permitiendo su reconfiguración en la intersección de los campos sociales y disciplinares en los que converge.

**Conclusión:** La PP producida en el proyecto analizado se configura como un proceso socialmente determinado, multidimensional y complejo: se produce en distintos planos de la realidad social en los que se recrea el movimiento entre lo general, lo particular y lo singular y encarna la esencia dialéctica tanto de la salud como de la educación, como procesos sociales dinámicos, contradictorios y en tensión permanente. Dada la naturaleza de la PP descrita, se requiere establecer un diálogo pluri y transdisciplinar entre las ciencias sociales críticas y las ciencias críticas de la salud, que amplíe el enfoque tradicional de su abordaje y le permita poner en la situación presente, existencial y concreta de los participantes, el conjunto de aspiraciones colectivas que pueden ser organizadas como contenido programático y acrecentar así la acción y disposición de los sujetos para actuar en coherencia con una salud deseable y posible (Freire 2005).

### Referencias Bibliográficas

- Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial.
- Samaja, J. (2004). Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Lugar Editorial.
- Freire, P. (2005). Pedagogía del oprimido (J. Mellado, Trad.; 2da ed.). Siglo Veintiuno.

## Educación en Salud y Seguridad: Orientación en prevención para una salud sostenible .....

### Ponente:

Belka Bellini Bonnett Bogallo - Panamá  
UDELAS-Universidad Especializada de las  
Américas  
belka.bonnett@udelas.ac.pa

### Autores

Belka Bellini Bonnett Bogallo<sup>1</sup>

### Palabras Clave

Educación, Prevención, Salud, Seguridad, Sostenible.

### Resumen:

Esta investigación presenta los resultados de percepción y conocimientos en prevención de riesgos laborales, por condiciones de seguridad y salud, consecuencias derivadas de trabajo; medioambientales; características y la organización, factores de seguridad; enfermedad y conocer de las leyes y planes de estudio, en profesores.

En septiembre de 2015, Panamá se adscribe y adopta mediante Decreto Ejecutivo la Agenda 2030 y los ODS, como parte de su agenda de desarrollo nacional y creó una comisión de apoyo y seguimiento para su implementación (ONU, 2015). La ONU, actualiza las estrategias con acuerdos con los Estados por medio de la Agenda 2030, con el fin de lograr unánimemente conservar el planeta, la paz, bienestar y prosperidad, donde las metas de desarrollo proyectan un colosal desafío para el progreso en general; donde el objetivo 4 propone, garantizar que todos los estudiantes alcancen saberes teóricos, funcionales y realistas, indispensables para suscitar el crecimiento sustentable a través de la educación, acompañada de la promoción de estilo de comportamientos sostenibles; además, concerta proteger y la promoción de lugares labores seguros y libres de riesgos en el trabajo, para el recurso humano (ONU, 2022).

Según el autor Badía (1985), de la OPS, se entiende como seguridad y salud laboral, el conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo; la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional. En la norma OHSAS 18001 (2015), el riesgo es definido como la combinación de la probabilidad de que ocurra un suceso o exposición peligrosa y la severidad del daño o deterioro de la salud que puede causar el suceso o exposición.

La definición de la OIT, conceptualiza salud y seguridad en el trabajo, como una ciencia enfocada a la prevención de lesiones o enfermedades vinculadas con el ambiente laboral, además la gestión de acciones destinadas a la protección y promoción de la conservación de la salud, aumentar condiciones que configuren el entorno laboral, con el fin de conservar la salud física y mental en las actividades en el trabajo (OIT, 2018).

<sup>1</sup> UDELAS-Universidad Especializada de las Américas

Según, la OIT y la OMS, la salud ocupacional es “la promoción y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social del trabajador en todas las ocupaciones, mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo”; si bien la definición de salud ocupacional varía en gran manera, las condiciones y el ambiente de trabajo son factores conocidos que contribuyen a la salud (OMS, 2009).

Se evidencia los resultados del estudio de percepción y conocimientos que exponen los profesores sobre riesgo laboral, prevención, la seguridad y salud laboral, por condiciones de seguridad, consecuencias derivadas de las condiciones de trabajo; de origen físico, químico, biológico o condiciones medioambientales; las características del trabajo y de la organización del trabajo en profesores del bachillerato, los factores de seguridad, de riesgos; enfermedades y conocimientos de leyes de seguridad y salud en el trabajo; el plan de estudio. Además, los resultados de esta investigación, evidencian la ausencia del tema de salud laboral y la insuficiencia del tema de seguridad industrial en el plan de estudio, el reconocimiento de la carencia de asignaturas de prevención del riesgo por parte del profesor y la importancia del tema, con argumentos que sean atendidos en la curricular del bachiller industrial desde una educación interdisciplinaria, dotando de saberes-competencias de prevención de riesgo para surgir en el mercado laboral, promoviendo la reducción de enfermedades y accidentes en el trabajo (Bonnett-Bogallo & Lebrija, 2023).

### Referencias Bibliográficas

- Aurióles-Tapia, I., & Torres-López, T. (2014). La teoría del consenso cultural y el construccionismo social: ¿Factibles para conocer concepciones culturales en seguridad y salud ocupacional? Researchgate, 12-16.
- Bonnett Bogallo, B. (2022). Programa de prevención de riesgos laborales (PRL), para una salud y seguridad sostenible, dirigido a profesores del bachillerato industrial, de educación media en Panamá. Panamá: RI-UDELAS Repositorio.
- Bonnett-Bogallo, B., & Lebrija, A. (2023). Prevención de riesgo laboral: Desafío para la seguridad y salud en el trabajo desde la educación media profesional y técnica en Panamá. *Redes*, 70-90.
- Briceño, G. (2021). Importancia de la percepción en el aprendizaje: concepto, eta pas, tipos y componentes. Universidad de Murcia, 1-5.
- Burgos-García, A., Rodríguez, C., & Álvarez, J. (2011). Factores de éxitos para la enseñanza de la prevención de riesgos laborales en la escuela. Andalucía: Archivos analíticos de políticas educativas.

# El juego como estrategia pedagógica para el aprendizaje significativo en la formación en educación para la Salud

## Ponente:

Lydia Esperanza Miranda Gámez - Colombia  
Universidad de Nariño  
lymigam@hotmail.com

## Autores

Luz Elina Caicedo Quiroz<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación, Prevención, Salud, Seguridad, Sostenible.

## Resumen:

Se propone un análisis desde la práctica pedagógica, sobre la importancia de la formación en educación para la salud, con estrategias pedagógicas centradas en el juego, que favorecen nuevas y efectivas formas de cómo argumentar, proponer y crear oportunidades de abordaje a las comunidades, para contribuir a su salud.

Desde un paradigma cualitativo, investigación-acción, con enfoque hermenéutico, con planeación, implementación y evaluación, se llevó a cabo una experiencia académica con el objetivo de analizar la contribución de las estrategias lúdicas pedagógicas, en el aprendizaje significativo en la formación en educación para la salud, con 33 estudiantes de V semestre del programa Tecnología en Promoción de la Salud de Universidad de Nariño, con criterios de inclusión y exclusión. Se contó con anecdotarios en los que estudiantes consignaron sus emociones y percepciones con respecto a la aplicación de las estrategias lúdicas, y fichas de evaluación del docente para valorar la contribución a su aprendizaje. Se utilizó la categorización, codificación axial y la triangulación de la información.

Las estrategias lúdicas aplicadas buscaron una verdadera captación del saber teórico, posibilitando el esparcimiento, reflexión, suspensión de la realidad del entorno, con la seriedad del juego, a partir de una experiencia renovadora, con ambiente de confianza en aula de clase para formación de sujetos con responsabilidad social orientados a motivar al cambio de comportamientos en su comunidad, que transgrede las barreras de una educación tradicional y magistral con ámbitos múltiples y diversos para generar satisfacción, placer, alegría, calidez con desarrollo de habilidades para la vida. Se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información y se utilizó un consentimiento informado.

<sup>1</sup> Universidad de Nariño

Los resultados confirmaron el ensimismamiento que produce el juego (Gadamer,1993), referido a la abstracción del mundo y a la realidad del momento del juego, tiempo valioso de concentración que el docente aprovechó, para el aprendizaje, con una importante integración sensorial a una experiencia única y exclusiva, que sale de la mecanización cotidiana con invitación a sacudir su creatividad y a vivenciar experiencias nuevas que generen gusto por el aprendizaje. Los elementos de orden emotivo permitieron al docente el reconocimiento del sujeto de manera integral, acercándose a la realidad del contexto de cada estudiante que facilitó una efectiva dinámica de interacción, logrando trascender el conocimiento, más allá de su interiorización, en sus prácticas formativas comunitarias, con réplicas planificadas, con participación activa de las personas.

Los estudiantes manifestaron que captaron los contenidos de forma más fácil, garantizando un aprendizaje significativo, porque concibieron al juego como una forma holística de abordar e interpretar y profundizar los temas propuestos, con interacción con el docente y compañeros, con consensos y disensos superando su rol pasivo, que en su práctica les favoreció de manera elocuente en el encuentro y el diálogo de saberes con las personas, familias y comunidad, para crear espacios de opinión, confrontación de puntos de vista, interpretación de realidades, para enriquecimiento del pensamiento con el saber del otro a partir de la diversidad que se espera lograr en la educación para la salud, fortaleciendo positivamente el proceso de aprendizaje que promueve el desarrollo del potencial y capacidades para ser competentes para un vivir mejor desde lo individual, familiar y colectivo. En el proceso de evaluación, el juego se convirtió en una experiencia que modificó el sentido de interpretar los contenidos; por lo que pudieron profundizar con exactitud el tema propuesto.

### Referencias Bibliográficas

- Gadamer, H. G. (1993). Verdad y método. Salamanca: Ediciones Sígueme.



# Evaluación del razonamiento estadístico en estudiantes de posgrado de las ciencias de la salud

## Ponente:

Jaime Andrés Gaviria Bedoya - Colombia  
Universidad de Antioquia  
jaime.gaviria@udea.edu.co

## Autores

Jaime Andrés Gaviria Bedoya<sup>1</sup>  
Difariney González Gómez<sup>2</sup>  
Jhony Alexander Villa Ochoa<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Educación estadística, Ciencias de la Salud, Razonamiento estadístico, estudiantes de posgrado.

## Resumen:

El razonamiento estadístico es considerado un resultado de aprendizaje que es importante promover para los estudiantes de las Ciencias de la Salud puesto que permite comprender la información cuantitativa sujeta a variabilidad e incertidumbre. La investigación en educación estadística reporta que muchos estudiantes universitarios que han visto al menos un curso introductorio de estadística en sus programas de formación tienen dificultades para pensar y razonar adecuadamente con ideas estadísticas (Ben-Zvi et al., 2018). Por lo tanto es de especial importancia la evaluación de este razonamiento en estudiantes de las Ciencias de la Salud mediante instrumentos de medida validados (Fioravanti et al., 2019). El objetivo de este estudio es presentar los avances del diseño y validación de un instrumento de medida para la evaluación del razonamiento estadístico en estudiantes de posgrado en Ciencias de la Salud de una universidad pública colombiana.

## Referencias Bibliográficas

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & Nacional Council on Measurement in Education. (2014). The standards for educational and psychological testing. American Educational Research Association.
- Ben-Zvi, D., Makar, K., & Garfield, J. (Eds.). (2018). International handbook of research in statistics education. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-66195-7>
- Fioravanti, R., Greca, I. M., & Meneses, J. Á. (2019). Caminos do ensino de estatística para a área da saúde. *Revista Latinoamericana de Investigación en Matemática Educativa*, 22(1), 67–96. <https://doi.org/10.12802/relime.19.2213>

# La autoevaluación del aprendizaje en clave de la formación profesional

## Ponente:

Miglena Kambourova - Colombia  
Universidad de Antioquia  
miglena.kambourova@udea.edu.co

## Autores

Leonor Galindo Cárdenas<sup>1</sup>  
Lilliana Villa Vélez<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Autoevaluación del aprendizaje, formación integral, pregrados en salud.

## Resumen:

**Introducción:** En la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se identificó la insatisfacción de la comunidad académica frente a la evaluación de los aprendizajes, y, un deseo y necesidad de transformación; además, la autoevaluación como un asunto aún no explorado, pero de gran significado y trascendencia en la formación de los futuros médicos e instrumentadores. El propósito fue comprender la autoevaluación del aprendizaje como parte esencial de la formación integral de los estudiantes del primer semestre (2021-1) de los pregrados de Medicina e Instrumentación Quirúrgica.

La investigación beneficia la comunidad académica participante, cuya experiencia y testimonios sobre la autoevaluación del aprendizaje podrían ser replicados en otros cursos y en diversos ámbitos de la vida, incidiendo en las prácticas de enseñanza y aprendizaje a corto y largo plazo.

**Método:** Esta investigación-acción de enfoque cualitativo, contó con la participación de 13 profesores y 10 estudiantes. Para la intervención, se llevó a cabo un curso dirigido a los profesores para generar reflexiones sobre la autoevaluación y proporcionarles herramientas para utilizar en los cursos que impartían. Después de esta formación pedagógica, los profesores diseñaron sus propias actividades de autoevaluación, las aplicaron y evaluaron, documentando sus percepciones y reflexiones en un diario, que entregaron como parte de la recolección de datos. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas y con los estudiantes se organizaron grupos focales.

Para el análisis se definieron tres categorías: autoevaluación, formación integral y transformación de los sujetos; cada una con subcategorías.

**Resultados y discusión:** Los participantes comprenden la autoevaluación del aprendizaje como un proceso subjetivo –como en el estudio de Capellato et al (2020)- durante el cual se identifican fortalezas

y debilidades susceptibles de mejora. Su concepción se transformó en el proceso afirmando que la autocalificación no debe ser prevalente en el proceso de aprendizaje, como lo declaran Panadero y Alonso-Tapia (2014). Los criterios son esenciales en la autoevaluación, los profesores y estudiantes priorizan los contenidos, desempeños y competencias y los plasman en instrumentos estándar y/o con diseño propio en cada contexto.

Para los participantes, la formación integral comprende todas las dimensiones, desde lo profesional hasta lo personal (Orozco, 2002). Los puntos de encuentro entre la autoevaluación del aprendizaje y la formación integral son: la consciencia y la responsabilidad frente el proceso de aprendizaje, la reflexión y el análisis, la subjetividad. Ambas apuestan a transformaciones y empoderamiento personal.

La autoevaluación como parte de la formación integral que transforma los sujetos es una apuesta para fortalecer la preparación de los educadores en el campo de la salud porque las transformaciones individuales y colectivas que permite la comprensión de la autoevaluación trascienden el ámbito académico y aportan en lo profesional y personal.

Conclusiones: La autoevaluación desarrolla capacidades y valores, ayuda a los profesores a mejorar la enseñanza y a conocer sus estudiantes y a la vez potencia el aprendizaje de los estudiantes y aporta a su formación a partir de la confianza que genera en la relación profesor-estudiante, lo que, finalmente, conlleva a las transformaciones de la comunidad educativa.

El profesor debe ser mediador en el proceso de autoevaluación, dando ejemplo desde su propia autoevaluación. Hay una sentida necesidad de formar a todos los profesores y estudiantes de la facultad en el tema de autoevaluación del aprendizaje.

### Referencias Bibliográficas

- Capellato, P., Vasconcelos, L. V. B., Ranieri, M. G., & Sachs, D. (2020). Método de ensino ativo utilizando avaliação por pares e autoavaliação peer and self-evaluation using active teaching method. *Research, Society and Development*, 9(7), <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3495>
- Panadero, E. & Alonso-Tapia, J. (2013). Autoevaluación: connotaciones teóricas y prácticas. Cuándo ocurre, cómo se adquiere y qué hacer para potenciarla en nuestro alumnado. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (2), 551-576. [http://www.ernestopanadero.es/Publications/Articles/005b\\_Panadero\\_&\\_Alonso\\_Tapia\\_2013\\_Autoevaluacion\\_connotaciones\\_teoricas\\_y\\_practicas.pdf](http://www.ernestopanadero.es/Publications/Articles/005b_Panadero_&_Alonso_Tapia_2013_Autoevaluacion_connotaciones_teoricas_y_practicas.pdf)
- Orozco, L. (2002). Responsabilidad y compromisos del docente en la formación integral: elementos para una discusión. Universidad Santo Tomas. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/23245>

# La Educación de movilidad sustentable en las IES. Una acción necesaria y congruente en la promoción de la salud

## Ponente:

Jason Miguel Aragon - México  
Universidad de Guadalajara CUCS-DPS  
jasonaragon@um.edu.mx

## Autores

Jasn Miguel Aragon<sup>1</sup>  
Romina López Morales<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Movilidad sustentable, educación en salud.

## Resumen:

**Introducción:** La movilidad sostenible es un modelo de traslado saludable de bajo consumo de carbono que prioriza el elevar la calidad de vida urbana y el bienestar colectivo, así como la creación de espacios públicos confortables que favorezcan la convivencia ciudadana. Asimismo, favorece de manera positiva a la resolución de problemas ambientales mediante el uso del transporte público e influye en el desarrollo de estrategias para la resolución de problemas de salud pública.

**Problema y Justificación:** Uno de los principales beneficios que conlleva esta movilidad, es su contribución a un mejoramiento en la calidad de vida en el entorno universitario, el cual constituye una medida de salud pública. Las Instituciones de Educación Superior son consideradas como motores de la promoción de salud y acciones específicas de educación, abogacía y alfabetización en salud, además de contribuir en el cumplimiento de los 17 ODS, mediante estrategias e iniciativas. La población universitaria no cuenta con una educación vial que fomente una transición a la movilidad sostenible. Al momento, la Universidad de Montemorelos no cuenta con estrategias que aborden la capacitación y educación del conocimiento y la importancia de la movilidad sostenible, su impacto positivo que ejerce en la salud y la economía y la protección al medio ambiente fuera y dentro del campus.

**Objetivos:** Establecer el nivel de conocimiento de movilidad sostenible antes y después de una intervención educativa en estudiantes universitarios. Se pretende que este estudio e intervención puedan ser de utilidad en la realización de políticas públicas que promuevan la movilidad sostenible.

El posgrado en salud pública diseñó una materia en la malla curricular de todos los programas de posgrado, titulada "Estilo de Vida saludable", donde se realizan diferentes acciones de educación en

<sup>1</sup> Universidad de Guadalajara CUCS-DPS

<sup>2</sup> Universidad de Montemorelos

salud enfocadas al autocuidado y la adquisición de hábitos saludables. Durante el semestre se realizó un diagnóstico con el objetivo de establecer los activos en salud para proponer una intervención de movilidad sostenible. Se midieron dos dimensiones:

Movilidad peatonal de los estudiantes.  
Relación de tipos de movilidad en el campus.

Diagnóstico: Población general de 2,689 habitantes, de los cuales, 2191 son universitarios y 498 son empleados.

- El mayor porcentaje de residencias se concentran al exterior del campus, con un total de 752 estudiantes externos, con distancia media de 1.8 km
- 240 Empleados viven a una distancia media del campus de 1.18-1.26 km
- El 45.6% de la población universitaria vive en un radio de 500 a 1000 metros y el 23.7% vive entre 1000-1500 metros.
- El flujo vehicular es de 1,350 autos/día, 350 bicicletas, 300 peatones (visitas) y 1800 peatones universitarios de lunes a viernes. Transitan 4 autos por cada bicicleta en el campus.
- La infraestructura construida en el campus, cuenta con 250 cajones de estacionamiento para vehículos motorizados y 210 lugares para bicicletas.
- Los estudiantes registraron 130 millones de pasos en 14 semanas del semestre, por medio de aplicación en sus dispositivos electrónicos.

Conclusiones: Existen numerosos estudios midiendo el impacto de los vehículos a la salud colectiva y las causas de enfermedad y mortalidad. El estilo de vida universitario requiere movilidad y transporte activo de parte de los estudiantes y otros miembros de la comunidad. La enseñanza de hábitos debe incluir la actividad física en todas sus modalidades que incluye la movilidad. Se torna una acción imperativa crear un modelo de movilidad sostenible en los entornos universitarios. Se pretende recopilar los resultados de la intervención educativa en diciembre del año presente.

### Referencias Bibliográficas

- Buenas prácticas de movilidad urbana sustentable en México [Internet]. Gobierno de México 2021 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/665871/020921\\_VQTV\\_Buenas\\_Pra\\_cticas\\_Final\\_compressed.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/665871/020921_VQTV_Buenas_Pra_cticas_Final_compressed.pdf)
- Franco Cordero, Lila. (2014). La movilidad sostenible en campus universitarios: una comparación de las mejores prácticas en Estados Unidos y Europa. Aplicabilidad en universidades venezolanas. Revista de la Facultad de Ingeniería Universidad Central de Venezuela, 29(2), 23-40. Recuperado en 02 de junio de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-40652014000200003&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-40652014000200003&lng=es&tlng=es).
- Ley de movilidad sostenible y accesibilidad para el Estado de Nuevo León [Internet]. H. Congreso del Estado de Nuevo León. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.hcnl.gob.mx/trabajo\\_legislativo/leyes/leyes/ley\\_de\\_movilidad\\_sostenible\\_y\\_accesibilidad\\_para\\_el\\_estado\\_de\\_nuevo\\_leon/](https://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/leyes/ley_de_movilidad_sostenible_y_accesibilidad_para_el_estado_de_nuevo_leon/)

# Reflexiones sobre promoción de la salud, desde una experiencia de docencia universitaria

## Ponente:

Ana Karen Ceballos Mora - Colombia  
Universidad de Nariño  
ceballosank@udenar.edu.co

## Autores

María Fernanda Enríquez Villota<sup>1</sup>  
Ana Karen Ceballos Mora<sup>2</sup>  
María Angélica Riascos Guerrero<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Promoción, Salud, Perspectivas, Historia, Crítica.

## Resumen:

El presente estudio, desarrollado desde la necesidad de generar una fundamentación teórica de la promoción de la salud desde el ejercicio de la docencia universitaria, tuvo en cuenta la revisión documental desde diferentes perspectivas que se han hecho visibles en el campo internacional, nacional, regional y local.

Desde una revisión documental, se realizó el análisis para comprender la construcción teórica a partir de diferentes perspectivas de la promoción de la salud, lo cual permitió reconocer la evolución del significado y de esta manera dinamizar el quehacer de la promoción de la salud desde el buen vivir, y a la vez dar una mirada crítica a la labor docente con el fin de construir nuevos caminos hacia la vivencia cotidiana de la promoción de la salud.

Se identifican diferentes tipos de promoción de la salud, se resalta la empoderante y la emancipadora, que dan lugar a que las comunidades puedan evolucionar hacia la construcción colectiva del buen vivir, lo cual es coherente con el Plan de Desarrollo de la Universidad de Nariño "Universidad y Región 2021-2032", dado que, desde su eje de Bienestar Integral, el cual, pretende generar acciones tendientes a la consolidación de una Universidad Saludable en beneficio de la población estudiantil. En este punto cabe destacar que una universidad promotora de la salud, va más allá de dirigir una educación en salud y una promoción de la salud para estudiantes y comunidad educativa en general, sino que debe integrar la salud dentro de la cultura, procesos y políticas de la universidad (Tsouros,1998).

Considerando la revisión teórica de la promoción de la salud, se tienen diferentes perspectivas, entre las cuales se retoma una promoción de la salud de mercado que responde a los mecanismos de mercado

<sup>1</sup> Universidad de Guadalajara CUCS-DPS

<sup>2</sup> Universidad de Morelia

bursátil, empresarial o mercantil. Por su parte, la promoción de la salud, desde la conceptualización de OPS/ OMS, establece el cumplimiento de lineamientos institucionales en el objetivo de combatir las enfermedades, la cual ha ido evolucionando hacia la participación social. Desde otra visión, Paulo Freire, orienta su visión hacia la promoción de la salud popular como una práctica desde la cotidianidad que sucede en la familia, el barrio, con capacidades de transformación del sufrimiento. Finalmente, la perspectiva de la promoción de la salud empoderante, que surge desde la Conferencia de Yakarta, y posteriormente Paulo Freire, incorpora elementos de la Carta de Ottawa mediante la estrategia de empoderamiento, al cual le incorpora aspectos de la pedagogía Freiriana desde su alto sentido político. La perspectiva de la promoción de la salud emancipadora incorpora el abordaje de la persona como un sujeto ético individual y colectivo, quienes den contenido, signifiquen, formulen, decidan, logren sus proyectos y sus futuros, busquen ejercer su poder, se expresen como corporeizaciones, como inscripciones en sus cuerpos físicos, y el medio ambiente.

Teniendo en cuenta la fundamentación teórica presentada, se considera que las universidades deben orientar la formación desde la promoción de la salud empoderante y emancipadora.

### Referencias Bibliográficas

- Tsouros, A. (1998). From the healthy city to the healthy university: project development and networking. En A. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson & M. Dooris (Eds.), Health promoting universities. Concept, experience and framework for action (pp. 11-19). Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Recuperado de [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/101640/E60163.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/101640/E60163.pdf)
- Chapela, M., & Alasino, A. D. R. I. Á. N. (2020). Las promociones de la salud que hacemos. Trabajo colaborativo Promoción de la Salud en la Región de las Américas. Caja de herramientas. Recuperado de: <https://fundadeps.org/wp-content/uploads/2020/08/Las-promociones-de-la-salud-que-hacemos.pdf>
- Sira, A. J., & Gasperi, R. J. (2017). Bases epistemológicas e históricas de la perspectiva latinoamericana por una promoción de la salud crítica y emancipadora (PSCE). Salud, Arte Y Cuidado, 10(2), 5-20. Recuperado a partir de <https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/537>

## Articulación territorial de prácticas académicas

### Ponente:

Andrea Herrera Cardona - Colombia  
Universidad de Antioquia  
andrea.herrerac@udea.edu.co

### Autores

Andrea Herrera Cardona<sup>1</sup>  
Amador Herney Rúa Arias<sup>2</sup>  
Maria Rosalbina González<sup>3</sup>

### Palabras Clave

Articulación Territorial, Atención primaria en salud, Prácticas académicas, Interdisciplinariedad.

### Resumen:

**Introducción:** La Experiencia de Articulación Territorial de Prácticas Académicas de la Universidad de Antioquia, es una iniciativa que se enmarca en el acompañamiento interdisciplinario, articulado e intencionado por medio de las prácticas tempranas y profesionalizantes fortaleciendo la presencia de la Universidad en los territorios, tiene como objetivo Articular prácticas académicas de diferentes disciplinas y profesiones con actores institucionales y comunitarios, posibilitando el desarrollo de los ejes misionales de la Universidad en respuesta a las realidades sociales de los territorios; bajo las orientaciones de la Atención Primaria en Salud y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible como referentes, esta experiencia se implementó en el año 2018 en la Comuna 1 de Medellín donde permanece actualmente con un enfoque de Investigación Acción Participativa y Gestión Territorial.

**Proceso Educativo, método y didáctica:** Basados en una metodología de Investigación Acción Participativa e integrando la formación en investigación y el aprendizaje basado en problemas del territorio, desarrollamos acciones de la mano de estudiantes, profesores y líderes territoriales para desarrollar acciones sociales y comunitarias a partir de los diagnósticos y priorización de la comunidad en 5 entornos: Comunitario, en el que se trabaja con juntas de acción comunal, grupos de adultos mayores y huertas comunitarias; en el entorno familiar se hace acompañamiento socio-familiar desde las áreas de la salud a las familias; en el entorno laboral se trabaja con la Corporación de Reciclaje Copresap en el mejoramiento de las condiciones laborales de los asociados que son personas de la tercera edad; el entorno educativo: En la Institución Educativa Antonio Derka Santo Domingo, se hace acompañamiento desde los procesos académicos y administrativos de la institución y en el entorno institucional se desarrollan acciones articuladas con Metrosalud por medio de las prácticas académicas del área de la salud. En este sentido, los estudiantes de las diferentes áreas del conocimiento se integran al proceso y desarrollan acciones

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

<sup>3</sup> Comunidad - Comuna 1 de Medellín



académicas con el acompañamiento de los docentes y los líderes y lideresas del territorio en articulación con diferentes unidades académicas.

Conclusiones: Las prácticas académicas de la Universidad de Antioquia constituyen un contenido curricular permanente y un espacio de aprendizaje y enseñanza desde el principio hasta el fin del proceso formativo; integran y realimentan la investigación, la docencia y la extensión; propician la integración y la interacción permanente con el contexto político, económico, social, ambiental y cultural; y mantienen comunicación con la sociedad para la transformación recíproca de la Universidad y de la Sociedad (Acuerdo superior 418, 2014). En este sentido, la experiencia de Articulación Territorial de Prácticas Académicas integra las metodologías para llevar a cabo la articulación misional e interdisciplinaria y el relacionamiento con la sociedad en el marco de las prácticas académicas.

### Referencias Bibliográficas

- Acuerdo superior 418. Consejo Superior Universitario, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 29 de abril de 2014. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/1ef6a59d-69d6-47d7-a156926aa8a34c3c/acuerdo+superior++418+2014.pdf?MOD=AJPERES>
- Herrera, A. (2019). Lineamientos de planificación para la propuesta articulación territorial de prácticas académicas de la Universidad de Antioquia. [Documento de trabajo]
- Trujillo, M. y Herrera, A. (Eds.) (2021). Orientaciones para la articulación territorial de prácticas académicas. Universidad de Antioquia.

# Continuidad académica virtual desde la perspectiva de una emergencia de salud pública: huracanes y pandemias

## Ponente:

Luis Enrique Estremera de Jesús - Estados Unidos  
Recinto de Ciencias Médicas, UPR  
luis.estremera@upr.edu

## Autores

Luis Enrique Estremera de Jesús<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Continuidad académica, emergencia salud pública, flexibilidad académica, tecnologías.

## Resumen:

Los desastres naturales o biológicos pueden provocar emergencias de salud pública a gran escala que impactan poblaciones, comunidades, países, y al mundo. Los desastres naturales catastróficos y la pandemia del Covid 19, desencadenaron consecuencias para la salud por sus causas y eventos precipitantes<sup>1</sup>. Como resultado de estos eventos, cuya escala, momento o imprevisibilidad representó una amenaza que abrumó las capacidades rutinarias<sup>1</sup> de los entornos académicos y las comunidades locales o globales.

El Caribe es la segunda región más propensa a desastres a nivel mundial<sup>2</sup>. La ubicación geográfica, el cambio climático, el contar con un aeropuerto internacional turísticamente importante y la globalización, colocan a Puerto Rico en una predisposición a desastres o emergencias de salud pública. Esto, induce a un incremento en la intensidad, vulnerabilidad y el número de fenómenos atmosféricos. Al mismo tiempo agentes biológicos, como el virus COVID 19, son una amenaza real que afecta tanto al sector salud como la educación superior.

En el 2017, la isla fue impactada por un huracán sin precedentes y en el 2020 por una pandemia global. Estas emergencias de salud pública causaron el colapso de todos los servicios esenciales, incluyendo la educación en las Instituciones de Educación Superior (IES). Como resultado, se llevó a cabo una investigación cualitativa dirigida a comprender cómo los docentes, gerentes académicos y de tecnología encausaron la continuidad académica virtual (CAV) en una IES del sector público, luego de un desastre natural. El desarrollo del estudio se enmarcó en tres áreas temáticas centrales, a saber: (1) las acciones tomadas para viabilizar la CAV; (2) las estrategias de aprendizaje implementadas; y (3) la contribución de las tecnologías.

<sup>1</sup> Recinto de Ciencias Médicas, UPR

El diseño de investigación fue un estudio de casos múltiples. La muestra intencional estuvo compuesta por cuatro docentes; dos gerentes académicos y un gerente de tecnologías. Se utilizó la entrevistas y la revisión de documentos para recopilar la información. El cuerpo de información obtenida se transcribió, se codificó y se clasificó. En consecuencia, se establecieron en diversas categorías y subcategorías a tenor con la estrategia de análisis estratificado.

Con relación a los hallazgos más sobresalientes se encontró; (a) los participantes demostraron la entereza combativa y sensible de su carácter para enfrentar la nueva realidad académica y lograr sus objetivos; (b) se adoptó un estado de flexibilidad a nivel individual y organizacional de los proceso académicos y administrativos; (c) la eficacia tecnológica contribuyó en los procesos de aprendizaje, de comunicación, de cumplimiento y en el desarrollo de una conexión social entre participantes y discentes; (d) se emplearon una diversidad de estrategias que incidieron en los procesos instruccionales, la producción educativa, la administración de los cursos e integración de las tecnologías. En fin, independientemente de las consecuencias provocadas por las emergencias de salud pública, se produjo una transformación individual y colectiva, convirtiendo a la IES en un entorno académico dúctil y resiliente en su misión de garantizar la CAV.

### Referencias Bibliográficas

- National Institute of Health (2007). Conceptualizing and Defining Public Health Emergency Preparedness. *American Journal of Public Health*, 97(1), 9-11.
- Knight, V. (2015). Disaster risk reduction education in the Caribbean: Policy, practice, and implications for teacher education. *Journal of Eastern Caribbean Studies*, 40(3), 187-209.
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basic of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Sage.

# Formar en prevención de riesgos en el trabajo: Reto para una salud y seguridad laboral sostenible e integral

## Ponente:

Belka Bellini Bonnett Bogallo - Panamá  
UDELAS-Universidad Especializada de las  
Américas  
belka.bonnett@udelas.ac.pa

## Autores

Belka Bellini Bonnett Bogallo<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Formar, Prevención, Riesgo laboral, Salud y Seguridad, Sostenible.

## Resumen:

Panamá se adscribe y adopta los ODS en septiembre de 2015 mediante Decreto Ejecutivo, la Agenda 2030, como parte de su agenda de desarrollo nacional y creó una comisión de apoyo y seguimiento para su implementación (ONU, 2015). La Organización de las Naciones Unidas, actualiza las estrategias con acuerdos con los diferentes Estados por medio de la Agenda 2030, con el fin de lograr unánimemente conservar el planeta, la paz, bienestar y prosperidad, donde las metas de desarrollo proyectan un colosal desafío para el progreso en general; donde el objetivo 4 propone, garantizar que todos los estudiantes alcancen saberes teóricos, funcionales y realistas, indispensables para suscitar el crecimiento sustentable a través de la educación, acompañada de la promoción de estilo de comportamientos sostenibles; además, convida a proteger y a la promoción de entornos laborales seguros y libres de riesgos en el trabajo, para el recurso humano (ONU, 2022).

Según la Organización Panamericana de la Salud, se entiende como seguridad y salud laboral, como el conjunto de factores físicos, psíquicos, químicos, ambientales, sociales y culturales que actúan sobre el individuo; la interrelación y los efectos que producen esos factores dan lugar a la enfermedad ocupacional según el investigador Badía (1985). En la norma OHSAS 18001 (2015), el riesgo viene definido como la combinación de la probabilidad de que ocurra un suceso o exposición peligrosa y la severidad del daño o deterioro de la salud que puede causar el suceso o exposición.

La definición presentada por la OIT, conceptualiza la salud y seguridad en el trabajo, como una ciencia enfocadas a la prevención de lesiones o enfermedades vinculadas con el ambiente laboral, además la gestión de acciones destinadas a la protección y promoción de la conservación de la salud, aumentar condiciones que configuren el entorno laboral, con el fin de conservar la salud física y mental en las actividades en el trabajo (OIT, 2018). Según, la OIT y la OMS, la salud ocupacional es “la promoción

<sup>1</sup> UDELAS-Universidad Especializada de las Américas

y mantenimiento del mayor grado de bienestar físico, mental y social del trabajador en todas las ocupaciones, mediante la prevención de las desviaciones de la salud, control de riesgos y la adaptación del trabajo a la gente, y la gente a sus puestos de trabajo”; si bien la definición de salud ocupacional varía en gran manera, las condiciones y el ambiente de trabajo son factores muy conocidos que contribuyen a la salud (OMS, 2009).

Además, los resultados de esta investigación, evidencian la ausencia del tema de salud laboral y la insuficiencia del tema de seguridad industrial en el plan de estudio, el reconocimiento de la carencia de asignaturas/materias de prevención del riesgo y a importancia indicados por el profesor, con argumentos que sean atendidos del currículo, la malla curricular del bachiller industrial desde una educación interdisciplinaria, dotando de saberes-competencias de prevención de riesgo para surgir en el mercado del trabajo, promoviendo la reducción de enfermedades y accidentes en el trabajo (Bonnett Bogallo, 2022).

Se evidencian productos del estudio de percepción y conocimientos que exponen los profesores sobre riesgo laboral, prevención, la seguridad y salud laboral, por condiciones de seguridad, consecuencias derivadas de las condiciones de trabajo; de origen físico, químico, biológico o condiciones medioambientales; las características del trabajo y de la organización del trabajo en profesores del bachillerato, los factores de seguridad, de riesgos; enfermedades y conocimientos de leyes de seguridad y salud en el trabajo; el plan de estudio.

### Referencias Bibliográficas

- Bonnett Bogallo, B. (2022). Programa de prevención de riesgos laborales (PRL), para una salud y seguridad sostenible, dirigido a profesores del bachillerato industrial, de educación media en Panamá. Panamá: RI-UDELAS Repositorio.
- Briceño, G. (2021). Importancia de la percepción en el aprendizaje: concepto, eta pas, tipos y componentes. Universidad de Murcia, 1-5.
- Mas, F. S., Marín, J. L., Papenfuss, R., & León, A. G. (1997). El Modelo de creencias de salud, un enfoque teórico para la prevención del sida. Scielo Universidad de Arizona EE.UU., Vol.71.
- MEDUCA. (2020). Dirección Nacional de Educación Media Profesional, centros educativos. Panamá: Meduca.
- Melia, J. L. (2007). Seguridad Basada en el Comportamiento. Universidad de Valencia 07 Foment Psico, 157-180.
- OIT. (2017). El futuro de la formación profesional en América latina y el Caribe. Ginebra: OIT.
- OMS. (2017). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2007-2017. Ginebra: OMS WHA60.26.
- OPS. (2010). Salud de los Trabajadores. 2010: OPS.
- Ortíz, D. A. (2010). Determinantes de factores conductuales considerados como determinantes en el comportamiento laboral de las personas en las organizaciones. Orbis, 68-75.
- OSHA. (2020). Administración de Seguridad y Salud ocupacional, Dpto.del Trabajo de EU. Osha.gov., 1-44.

# Innovación y Políticas Públicas: necesidad universitaria para la formación de líderes en Salud Pública

## Ponente:

Daniela Virginia Barriga Bustos - Chile  
Universidad San Sebastián, sede Concepción  
daniela.barriga@uss.cl

## Autores

Daniela Barriga Bustos<sup>1</sup>  
Christopher Orlando Sánchez Moya<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Políticas públicas en salud, innovación en salud, liderazgo, salud pública, educación en salud.

## Resumen:

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que “la innovación científica y técnica es crucial para promover el desarrollo social y económico”, permitiendo enfrentar los problemas públicos empleando herramientas de innovación, buscando mejorar la salud de la población y lograr la equidad sanitaria.

Para emplear estos enfoques desde la práctica profesional, es indispensable entregar herramientas desde el pregrado que le permitan a los estudiantes adquirir herramientas de liderazgo en procesos de transformación. Se identificó la necesidad de incorporar dentro de la formación de estudiantes de la carrera profesional de Enfermería estos conceptos teóricos y prácticos, con el objetivo de aplicar conceptos de innovación para el desarrollo de las políticas públicas en salud, a través de la metodología de innovación del sector público promovida desde el Laboratorio de Gobierno, trabajando los principios de: personas al centro, enfoque multidimensional, creación colaborativa, basado en evidencia, orientado en la implementación.

Proceso educativo: Dentro de la asignatura de Administración en Salud, en tercer nivel de la carrera de Enfermería, se incorporaron como nuevos contenidos educativos: Políticas Públicas en Salud y Herramientas de Innovación, contenidos que se impartieron por docentes Enfermeros con formación de postgrado en políticas públicas y por equipo de Laboratorio de Gobierno, del Ministerio de Hacienda de Chile, quienes dictaron los contenidos teóricos de innovación aplicada a Salud. Es relevante señalar que esta alianza entre la academia y el sector público surgió al alero de un proyecto de Vinculación con Medio, área institucional que tiene, dentro de sus principios, el generar alianzas para responder a los desafíos públicos.

<sup>1,2</sup> Universidad San Sebastián, sede Concepción

Como metodología se realizó: Una clase teórica práctica de políticas públicas, más un taller de aplicación de conceptos, desarrollando un trabajo de análisis por parte de los estudiantes. Una clase teórica práctica de innovación en salud, más un taller de aplicación de herramientas. Dentro de las sesiones teórico-prácticas se emplearon herramientas interactivas tales como Google Forms y Mentimeter. En los talleres de aplicación se realizaron trabajos en grupos de 4-6 estudiantes con casos prácticos del sector salud que debieron resolver empleando los conocimientos adquiridos.

Resultados: Los trabajos de aplicación de conocimientos fueron evaluados en la totalidad de estudiantes de la asignatura (n= 112). Los resultados se clasificaron según nivel de conocimientos como: insuficiente, bajo, moderado y alto. En el ámbito de políticas públicas se obtuvo que: 4,5% poseen conocimiento insuficiente, 3,6% conocimiento bajo, 13,4% conocimiento moderado y 78,6% conocimiento alto. Para el ámbito de innovación se obtuvo que: 3,6% posee conocimiento bajo, 17,9% conocimiento moderado y un 78,6% conocimiento alto. Adicionalmente, se realizó una encuesta de percepción, destacando que el 80% de los estudiantes considera altamente importante incorporar conocimientos de innovación en salud en la formación, mismo porcentaje considera que estos elementos serán útiles su desempeño profesional.

Conclusiones: Para remediar la escasa formación en gestión e innovación en Chile, las estrategias de enseñanza – aprendizaje relacionadas con innovación y la aplicación de herramientas desde un organismo gubernamental permitió la adquisición de conocimientos en estudiantes de enfermería, quienes, además, lograron aplicar los fundamentos a través de trabajos prácticos de casos reales, involucrando los conceptos de políticas públicas en salud. Finalmente, los estudiantes percibieron como relevante incluir estos contenidos en su proceso de formación profesional.

### Referencias Bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (01 de Junio 2023). Innovación para la Salud. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2163:2012-innovation-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2163:2012-innovation-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (01 de Junio 2023). Salud en todas las políticas. <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>
- Ministerio de Hacienda (01 de Junio 2023). ¿Qué es la Innovación Pública? Laboratorio de Gobierno. <https://www.lab.gob.cl/innovacion-publica>

# Políticas de educación superior, promoción de la salud y curriculum de enfermería en universidades mexicanas

## Ponente:

Dora Cardaci Rodriguez - México  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
cardaci1977@yahoo.com

## Autores

Dora Cardaci Rodriguez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Promoción de la salud, currículo de enfermería, educación superior.

## Resumen:

Durante las últimas décadas se ha producido en México una transformación de la cultura organizacional de las universidades públicas y del status, la identidad y las prácticas de la profesión académica. Las instituciones de educación superior se enfrentan a la necesidad de complementar los ingresos gubernamentales con recursos externos provenientes de fuentes adicionales y a demandas dirigidas a responsabilizarse públicamente (accountability) por su desempeño y resultados. Este proceso ha estado ligado a una creciente presión evaluativa. En este contexto, se han introducido cambios en las instituciones y programas docentes del área de la salud que en la década de los setenta del siglo pasado habían adoptado propuestas pedagógicas novedosas que buscaban alejarse de un modelo de formación de corte flexneriano y otorgaban a promoción de la salud y educación en salud (PS y ES) un lugar relevante en el currículo de diversas profesiones del área de la salud.

Los contenidos sobre PS y ES son tratados, en algunos casos, como unidades temáticas en el interior de materias o módulos de Trabajo Comunitario o Medicina Preventiva. Al estar integrados en otras disciplinas, estos contenidos se vuelven poco visibles y, por tanto, varían en cuanto a extensión, profundidad y enfoque de acuerdo con la importancia que otorga cada profesor/a a cada una de estas áreas.

No se han desarrollado recientemente en México, investigaciones que indaguen sobre cuál es el lugar y la importancia que tienen en el currículo estos dos componentes. En consecuencia, a través de un abordaje cuanti-cualitativo, nos propusimos conocer las características, visibilidad y secuencia de PS y ES en el currículo de medicina y enfermería. En una primera etapa de nuestra investigación, se revisaron las diversas versiones de los planes y programas de estudios de las carreras de medicina y enfermería seleccionadas. Posteriormente, a través de entrevistas, se realizó la recolección de información cualitativa para lograr describir y analizar la forma en que las/os docentes perciben y expresan su comprensión respecto a la

<sup>1</sup> Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco



evolución, presencia actual y futuro de PS y ES en los programas seleccionados. Un estudio que recuperara exclusivamente datos cuantitativos no lograría identificar estos aspectos ni las interacciones específicas que se dan entre quienes participan en los diversos programas, las creencias compartidas por los mismos, ni los aspectos tácitos, ocultos, de la vida de las organizaciones. (Maffesoli, 1993 p.153).

En la selección de los programas de cuatro universidades mexicanas, se buscó tanto una homogeneidad comparativa de base (que hubiesen introducido cambios en la etapa seleccionada, que sus programas docentes hayan sido evaluados por los organismos certificadores, etc.) como una cierta diversidad entre ellos (que se ubicaran en instituciones con diferentes grados de expansión, que atendieran a población de diversas zonas geográficas).

Se presentarán hallazgos de nuestro estudio relacionados con las representaciones de docentes de enfermería respecto a las políticas actuales hacia la educación superior. Entre otros aspectos, analizaremos su visión respecto a si estas han demeritado o fortalecido la presencia en el currículo de las ciencias clínicas y básicas, de la salud pública, de PS y ES y de concepciones del proceso salud-enfermedad que toman en cuenta sus determinantes no solo biológicos sino también culturales y socioeconómicos.

Consideramos que nuestro trabajo, se ubicaría en el eje temático 02 Educación en el campo de la salud y políticas públicas y esperamos que con la presentación de nuestra experiencia en México contribuyamos a enriquecer la discusión que se dará en los grupos de trabajo.

### Referencias Bibliográficas

- Maffesoli, M. (1993), El conocimiento ordinario. Compendio de sociología, México: Fondo de Cultura Económica.

# Modelo evaluativo de las prácticas académicas en Instrumentación Quirúrgica: un aporte a la salud pública como campo pedagógico

## Ponente:

Luz Javeidy Molina Hernández - Colombia  
Universidad de Antioquia  
javeidy.molina@udea.edu.co

## Autores

Patricia Ruiz Ramírez<sup>1</sup>  
Adriana María Loaiza Monsalve<sup>2</sup>  
Paula Andrea Jaramillo Marín<sup>3</sup>  
Adriana Lucia Acevedo Supelano<sup>4</sup>  
Andres Antonio Gomez Garcia<sup>5</sup>  
Monica Isabel Tabares Torres<sup>6</sup>  
Juan Carlos Mendez Velasquez<sup>7</sup>  
Jean Carlo Portela Villalba<sup>8</sup>

## Palabras Clave

Horizontes educativos, armonización curricular, práctica académica, salud pública, Instrumentación Quirúrgica.

## Resumen:

Unesco considera al currículo como “selección consciente y sistemática de conocimientos, capacidades y valores”, propiciando así un reto para la educación en ciencias de la salud, lo que favorece la dinamización de los procesos enseñanza aprendizaje con las prácticas académicas, y fortalece el sentir de la salud pública como campo académico, investigativo, social y científico.

La Universidad de Antioquia comprende el currículo como la vía que personifica los objetivos y propósitos educativos de una sociedad y lo asume desde el proceso de armonización curricular entendido como un ejercicio de concreción del Proyecto Educativo Institucional (PEI) que propende por un diálogo y articulación entre las diferentes dimensiones del mismo.

En esta línea, el pregrado de Instrumentación Quirúrgica de la Universidad de Antioquia, como resultado de un ejercicio de evolución y en cumplimiento de un compromiso con la calidad educativa, enfrenta el reto de fortalecer y afianzar la metodología de evaluación que se tiene para los seis cursos de práctica académica por los que transitan sus estudiantes.

Por lo cual se han propuesto espacios de construcción conjunta que se ven plasmados en este proyecto y que han generado un análisis reflexivo y crítico de la práctica académica en su integralidad, junto con la necesidad imperante de estar en coherencia con los cuatro horizontes de la armonización: el educativo, pedagógico, curricular y didáctico. El proyecto parte de la pregunta ¿Cómo diseñar en el pregrado de Instrumentación Quirúrgica un modelo de evaluación de las prácticas académicas que se articule con la armonización curricular desde los cuatro horizontes institucionales? su objetivo general, formular un nuevo modelo de evaluación de las prácticas académicas del programa de Instrumentación quirúrgica que involucren los cuatro horizontes de la armonización curricular de la Universidad de Antioquia.

Sus objetivos específicos fueron en primer lugar desarrollar un análisis de pertinencia de un modelo evaluativo acorde con la armonización curricular; segundo, determinar los componentes del modelo evaluativo de las prácticas académicas, y finalmente establecer los criterios para operacionalizar el modelo evaluativo de las prácticas académicas en coherencia con el plan de estudios vigente.

La metodología es de carácter mixto, en cuatro fases, la primera denominada punto de partida con la recolección de datos mediante encuestas. Seguida por la fase llamada hoja de ruta en la que se acciona un plan piloto con modificación del formato evaluativo y se evalúa la experiencia de los actores involucrados por medio de encuestas. La tercera, Itinerario que consiste en un análisis de contenido cualitativo en el contexto de la armonización curricular y finalizando con travesía que es el resultado de las anteriores fases que permitirá la articulación con los componentes de los cuatro horizontes de la armonización curricular institucional.

Se espera como resultado, entre otros, un modelo que consienta evaluar al estudiante en las prácticas académicas como un proceso de evolución que a su vez se articula con la armonización curricular institucional e integra el uso de tecnologías de información y comunicaciones.

### Referencias Bibliográficas

- Stabback, P. Reflexiones en progreso N°2 sobre Cuestiones fundamentales y actuales del currículo y el aprendizaje. Qué hace a un currículo de calidad. [Internet]. 2016 [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243975\\_spa.locale=es](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243975_spa.locale=es)
- Vicerrectoría de docencia. Armonización curricular. [Internet]. (2023). <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/docencia/asuntoscurriculares/armonizacion-curricular>

## El educador en el campo de la salud pública alternativa

### Ponente:

Nelly Johanna Loba Rodríguez - Colombia  
Universidad de los Llanos  
johannaloba@unillanos.edu.co

### Autores

Nelly Johanna Loba Rodríguez<sup>1</sup>  
Diana Paola Betancurth Loaiza<sup>2</sup>  
Oscar Alexander Gutiérrez Lesmes<sup>3</sup>

### Palabras Clave

Salud pública; práctica de salud pública; educación en salud; educador; teoría crítica.

### Resumen:

**Introducción:** Desde los horizontes que proporciona el positivismo a la salud pública tradicional, el educador en el campo de la salud tiene limitaciones para realizar acciones integrales e integradas con la población. Actúa principalmente desde la racionalidad institucional y científico-disciplinar y la enfermedad se ha ubicado en el foco principal de análisis desde el fundamento empírico, restando visibilidad a la salud. Sin embargo, el diálogo entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, en su intención de comprender la realidad ha suscitado una ruptura epistemológica en la forma como se ha entendido la salud conexas a la enfermedad, permitiendo su identificación como un constructo social.

**Desarrollo teórico:** Comprender la salud y la enfermedad como un proceso dinámico y complejo, desde una perspectiva que supera el concepto de salud como ausencia de enfermedad, ha sido el sustento de las corrientes críticas latinoamericanas de la salud pública; destacándose entre ellas: la salud colectiva, la medicina social y la salud pública alternativa.

**Discusión y conclusiones:** Al estar la salud pública atravesada por las injusticias sociales, la educación en el campo de la salud se configura como una posibilidad emancipadora para rescatar las potencialidades de los sujetos, a partir de la construcción de prácticas de resistencia que permitan comprender el mundo y sus relaciones, en una dinámica permanente de reflexión y acción, donde educandos y educadores crean en su propio poder para la generación y sostenibilidad de vidas saludables.

<sup>1,3</sup> Universidad de los Llanos

<sup>2</sup> Universidad de Caldas

## Referencias Bibliográficas

- Peñaranda F, López J, Molina D. (2017). La educación para la salud en la salud pública: un análisis pedagógico. *Hacia promoc. salud.* 22(1), 123-33. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.10.
- Salazar M. (2017). El paradigma de la complejidad como alternativa al abordaje del proceso salud-enfermedad desde una concepción social. *Acta Odontológica Venezolana.* 55(1). <https://bit.ly/3ml5WgC>.
- Villa L. (2020). Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: Una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. *Ciênc. saúde coletiva.* 25(4), 1539-46. DOI:10.1590/141381232020254.19052018.

# Cátedra en sistema endocannabinoide y cannabis medicinal: un reto para la actualización de los currículos académicos

## Ponente:

Johana Mireya Niño Abella - Colombia  
Cannabis Industrial SAS  
jmninoa@unal.edu.co

## Autores

Johana Mireya Niño Abella<sup>1</sup>  
Mauricio Galvis Patiño<sup>2</sup>  
Daniel Llamosa Pérez<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Sistema endocannabinoide, Cannabis medicinal, Cátedra, Currículo académico.

## Resumen:

**Introducción:** La mayoría de profesionales del área de ciencias de la salud actualmente desconocen lo relacionado con el Sistema Endocannabinoide (SEC) y el Cannabis de uso Medicinal, resultado de deficiencias desde el pregrado, con la ausencia de estos contenidos. La importancia del SEC radica en su injerencia en los procesos de comunicación celular, a través de las funciones inmunomoduladora y neuromoduladora, fundamentales para el desarrollo de la vida; junto al síndrome clínico derivado del desequilibrio del SEC, denominado Síndrome de Deficiencia del Sistema Endocannabinoide (SDSE), abordándose con medicamentos fitoterapéuticos y fórmulas magistrales derivadas del Cannabis (en Colombia también se contemplan los medicamentos homeopáticos y de síntesis química).

Desde hace algunos años el país posee la normativa (ley 1787 de 2016, junto a los decretos y resoluciones que la reglamentan) para la realización de actividades productivas con cannabis, incluyéndose los usos medicinales. Se ha superado la situación de ilegalidad, representando una oportunidad para los profesionales y futuros profesionales del área de la salud (dado el caso que cuenten con estos conocimientos, se estaría en una posición de ventaja), estando en capacidad de realizar actividades desde el emprendimiento, la docencia, el desarrollo industrial, etc.

**Propuesta Metodológica:** Incluir en los componentes curriculares los conocimientos relacionados con el sistema endocannabinoide y el cannabis de uso medicinal, para los siguientes programas de pregrado: Enfermería, Medicina, Fisioterapia -entre otras terapias, Nutrición, Odontología, Farmacia, Veterinaria y Zootecnia, así como en los postgrados que lo ameriten.

<sup>1</sup> Cannabis Industrial SAS

<sup>2</sup> Grupo de Investigación y Estudio del Cannabis y otros Enteógenos (GIECE)

<sup>3</sup> Universidad Antonio Nariño, sede Bogotá

Se está desarrollando un piloto con el Curso en Sistema Endocannabinoide y Cannabis Medicinal, dirigido a profesionales del área de ciencias de la salud. Tanto la cátedra como el curso, se desarrollan en 32 horas de trabajo con el acompañamiento docente y 32 horas de trabajo independiente por parte del estudiante. La Cátedra y el Curso en Sistema Endocannabinoide y Cannabis Medicinal, son susceptibles de escalarse a entidades de otros países.

**Conclusiones:** Los profesionales requieren suplir las carencias formativas referentes al SEC y al Cannabis Medicinal (CM), en la medida de lo posible interviniendo desde el pregrado.

Para las Universidades es de interés la actualización curricular, en pro de mejorar las competencias y destrezas de los futuros profesionales en formación, accediendo a conocimientos relacionados con el SEC y el CM.

**Implicaciones:**

- Disponer de profesionales de pregrado y postgrados en ciencias de la salud formados en SEC, con la capacidad de entender e inferir respecto a la base científica del cannabis de uso medicinal, así como a las funciones neuro e inmunomoduladoras de los cannabinoides, entre otros aspectos; estando el país a la vanguardia en CM.
- Disponer de una oferta profesional altamente calificada, en el campo del CM y su base científica (como el SEC y el SDSE), nutriéndose las empresas y emprendimientos del país, con la posibilidad de exportar talentos calificados.
- Identificación de posibles emprendimientos.
- Ser apoyo para empresas del gremio del Cannabis ya establecidas (por ejemplo licenciatarias en fabricación de derivados para fines medicinales), o para centros clínicos, o centros de medicina veterinaria, entre otras.

**Nuevos conocimientos:** La incorporación de la Cátedra en Sistema Endocannabinoide y Cannabis Medicinal a los programas de pregrado/posgrado, le permitirá a la población estudiantil colombiana acceder a nuevos conocimientos, estando a la altura de la oportunidad económica y profesional; recordando que las células son nuestras unidades estructurales y funcionales, las cuales se comunican entre sí, estableciendo complejas redes de señales bioquímicas, las cuales están moduladas por el SEC.

### Referencias Bibliográficas

- Jarvis, S., Rassmussen, S., Winters, B. (2017). Role of the Endocannabinoid System and Medical Cannabis. *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*, vol. 13
- Pacher, P., Bátkai, S., Kunos, G. (2006). The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. *Pharmacol*, Vol. 58:389–462.
- Russo, E., Grotenhermen, F. (2006). *Handbook of Cannabis Therapeutics*. The Haworth Press, Inc. Routledge Taylor & Francis Group.

# Significados de los/as educadores/as sobre género, a partir de sus prácticas pedagógicas alrededor de la educación sexual

## Ponente:

Carolina Betancur Figueroa - Colombia  
Universidad de Antioquia  
carolina.betancurf@udea.edu.co

## Autores

Carolina Betancur Figueroa<sup>1</sup>  
Diana Patricia Molina Berrío<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Género, Salud Sexual, Salud Reproductiva, Prácticas Pedagógicas, Educación sexual.

## Resumen:

El género, como categoría útil de análisis, permite dar cuenta de la desigualdad social basada en la diferencia sexual. En este sentido, es importante no solo comprender cómo se construye socialmente el género, sino también reconocer las relaciones de poder que se establecen a partir de la diferencia sexual, lo cual permite visibilizar las condiciones que subordinan a ciertos grupos, poblaciones por debajo de otras (Scott, 2002).

Lo anterior, se da a partir de discursos, en este caso sobre el género, detentados por instituciones económicas, políticas y sociales que se organizan para legitimar un estado de desigualdad e injusticia (De Lauretis, 1987), lo cual afecta de manera directa las oportunidades para que las personas vivan y logren la vida que valoran. Específicamente, diversas problemáticas de salud pública giran en torno a la categoría de análisis género, entre ellas están la violencia basada en género, el embarazo en la adolescencia o la discriminación laboral. De manera que, los discursos de los/as educadores/as sobre el género toman importancia, en tanto ellos/as cumplen un papel fundamental en la socialización del género, por lo que se les considera actores/as importantes en la transformación de las condiciones de desigualdad en la sociedad por razón de género.

El objetivo principal de esta investigación fue comprender los significados que tienen los/as educadores/as sobre género en las prácticas pedagógicas en educación sexual. Metodológicamente, se hizo desde un enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica, cuya población fueron los/as educadores/as de una institución educativa. El muestreo se llevó a cabo por bola de nieve y las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas etnográficas y la observación.

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia



Como hallazgo principal se encontró que los/as educadores/as significan el género desde dos posturas principales: una postura esencialista y una postura constructivista del sistema sexo/género.

Lo mencionado visibiliza la educación sexual como un campo de agenciamiento y de gran poder para empoderar a las personas y transformar los estereotipos de género y, por ende, para combatir las desigualdades sociales (entre ellas las desigualdades e inequidades en salud) que se basan en la diferencia sexual. De manera que, a partir de comprender los significados sobre género de los/as educadores/as en las prácticas pedagógicas en educación sexual, es posible reconocer la necesidad de realizar políticas públicas que trasciendan hacia la redistribución para la transformación de las estructuras políticas, económicas y sociales que condicionan a las mujeres, disidencias sexuales, entre otros/as a estados de desigualdad. Para esto, la educación, desde una corriente crítica emancipatoria, permite a los/as educadores/as realizar sus prácticas pedagógicas desde la politicidad del hecho educativo (Freire, 1970).

### Referencias Bibliográficas

- Scott, J. W. (2002). El género: una categoría útil para el análisis histórico. OP.CIT., 9-37.
- De Lauretis, T. (1987). The technology of gender. En T. De Lauretis, Technologies of gender. Essays on theory film and fiction traducción (págs. 1-30). Indiana: Indiana University Press.
- Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Montevideo: Tierra Nueva.



# Educación en enfermedades crónicas no transmisibles

- 411 Autopercepción de la salud física en el contexto laboral desde el modelo de creencias
- 413 Clubes de Salud Comunitaria
- 415 Comprensión del significado de la práctica educativa: punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del HUSVF
- 417 Determinación social de la educación en salud cardiovascular en una red hospitalaria del sur occidente colombiano
- 419 Estigma social hacia la Enfermedad de Alzheimer

# Autopercepción de la salud física en el contexto laboral desde el modelo de creencias

## Ponente:

Sonia Carolina Mantilla Toloza - Colombia  
Universidad de Pamplona  
cmantillatoloza@gmail.com

## Autores

Sonia Carolina Mantilla Toloza<sup>1</sup>  
Olga Mariela Mogollón Canal<sup>2</sup>  
Carmen Edilia Villamizar<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Conocimientos, actitudes y prácticas en salud, trabajadores, hábitos, estilo de vida, Percepción Social.

## Resumen:

**Introducción:** En el modelo de creencias, los factores que determinan los comportamientos de salud pueden ser de dos tipos: los que perciben las amenazas sobre la propia salud y los que podrían reducir esas amenazas. La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por su valoración, por las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (susceptibilidad percibida) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (severidad percibida). Mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir las amenazas se encuentran en función de la convicción de que los beneficios superan los costos (beneficios y barreras percibidas) y la presencia de estímulos internos o externos podrían considerarse como fuentes de motivación y claves para la acción. El objetivo de este trabajo es describir la autopercepción de algunos aspectos de la salud física, en un grupo de trabajadores universitarios del área administrativa, desde el modelo de creencias.

**Método:** Estudio descriptivo de tipo transversal, en el que posterior al diligenciamiento de un consentimiento informado por los participantes, se aplicó un cuestionario previamente validado, para evaluar diferentes aspectos de la salud física, en una muestra de 114 empleados escogidos por muestreo aleatorio simple. El cuestionario cuenta con 6 sub-categorías establecidas desde el modelo de creencias, referente teórico de la psicología de la salud: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, motivaciones para la salud y claves para la acción.

**Resultados:** Se identificaron comportamientos que podrían considerarse como amenazas para su salud, pero también otros, que podrían ofrecer posibilidades para disminuirlas. La susceptibilidad estuvo determinada por las largas jornadas de permanencia en posición sentada, entre 6 y 10 horas diarias. La severidad corresponde a la percepción de alta frecuencia de enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, diabetes, obesidad, dolores de cabeza, cuello, espalda, manos, lo cual está influenciado por el estrés como principal barrera. Sin embargo, la percepción de las condiciones laborales para el

mantenimiento de la salud física, representa un beneficio, ya que los trabajadores manifestaron tener buenas adecuaciones físicas en el sitio de trabajo, que el contexto permite mantener una adecuada salud física, y como clave para la acción, la existencia de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que a su vez se refleja en la motivación para la práctica regular de actividad física en el tiempo libre.

Discusión y conclusión: El modelo de creencias desde la psicología de la salud es útil como parámetro interpretativo de procesos de predicción en la salud física. El estrés y la poca práctica deportiva, identificados en este estudio, aceleran la ocurrencia de enfermedades (Ding et al., 2016). La poca vinculación de la actividad física en la interacción con la familia y los amigos; corresponde a factores personales y del entorno próximo (Coffeng et al., 2014; Gao et al., 2016). Aun así, la mayoría de los profesores consideran que el entorno laboral les permite mantener una adecuada salud física, que sumado a las preferencias deportivas individuales podrían considerarse como oportunidades en las claves para la acción.

La investigación se desarrolló desde el paradigma de la educación para la salud. Se presenta una línea de base para el diseño de acciones y fortalecimiento de las existentes, que influyen positivamente en las condiciones de vida en el ámbito ocupacional, incluyendo elementos de la salud física y capacitación para realizar las tareas de manera segura y saludable, la posibilidad de construir condiciones de bienestar.

### Referencias Bibliográficas

- Lerma-Castaño P., Antolinez M., Tamayo G., Castro D., Alvarado O., Mantilla SC., Jaimes C. (2021). Behaviors related to chronic noncommunicable diseases development in university students. *Revista médica de Risaralda*. 27(2):21-30.
- Moradi Z., Tavafan S., Kazemi T. (2022). Educational intervention program based on health belief model and neck pain prevention behaviors in school teachers in Tehran. 22:1501 <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13873-8>.
- Mohammad Nabizadeh S, Najafpoor AA, Vahedian-Shahroodi M, Ghavami V. (2022). Predicting preventive behaviors of cardiovascular disease among oil industry workers based on health belief model. *J Educ Health Promot*. 11:346.

## Clubes de Salud Comunitaria

### Ponente:

Laura Camila Estrada Robledo - Colombia  
IPS Horisoes  
Camilaestrada18@gmail.com

### Autores

Laura Camila Estrada Robledo<sup>1</sup>  
Harol Mauricio Muñoz<sup>2</sup>  
Yeyre Enith Chau Zambrano<sup>3</sup>

### Palabras Clave

Educación, programa, riesgo, cardiovascular, aprendizaje.

### Resumen:

**Introducción:** Desde el marco de Atención Primaria en Salud, La IPS HORISOES, enfoca su modelo de atención, hacia la Promoción de la salud a partir de diversas estrategias orientadas a la educación en salud, como punto de partida para la intervención de los riesgos colectivos e individuales de las personas y sus entornos, según lo dispone la resolución 3280/18. Desde este contexto, la educación y comunicación para la salud se concibe como un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes.

**Objetivos:** Desarrollar estrategia educativa Club de Salud en el control clínico, fortalecimiento de las capacidades y potencial de las personas, familias, comunidades pertenecientes al Programa de Riesgo Cardiovascular y que reciben atenciones en salud por un equipo multidisciplinario en la IPS HORISOES durante el período 2023.

**Metodología:** La estrategia de clubes de salud está enfocada a canalizar pacientes que voluntariamente deseen participar en procesos educativos, dinámicos y cíclicos que le permitan de manera gradual adquirir e incorporar, de manera más consciente, conocimientos para mejorar sus habilidades y capacidades para el cuidado de la salud. Se propone desarrollar el proceso educativo con clubes de salud desde las metodologías como Aprender Haciendo y Aprendizaje en Espiral, que favorece el cambio de conductas mediante el mejoramiento de la autoestima, la autoeficacia y el refuerzo de la salud mental y apoyo social que propician la interacción, y el intercambio de saberes, así como la observación y la experimentación, en el proceso continuo de construcción del conocimiento. Para el desarrollo de los Clubes se dividieron según clasificación del riesgo, como Grupo Tierra pacientes hipertensos y Grupo Aire pacientes diabéticos. Se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión como pacientes que quisieran

participar de forma voluntaria a las sesiones. Los criterios de exclusión fueron pacientes no adherentes a los controles o que por su condición clínica no se puede desplazar hasta el lugar de la sesión, presenta red de apoyo deficiente o no tiene familiar o cuidador principal.

Resultados: La estrategia de implementación de los clubes de salud, inició en el mes de febrero de 2023 en 5 departamentales de la IPS Horisoes, durante el proceso de implementación se desarrolló en varias etapas, y los resultados esperados de esta estrategia se presentaron en fases, iniciando con la conformación y sostenimiento de los diferentes tipos clubes de salud en todas las sedes de la IPS HORISOES donde apliquen por tipo de contratación. Seguido, la fase de ejecución del plan de acción a través de la planeación y programación para el logro de objetivos y metas establecidos para los diferentes tipos de clubes de salud, ejecutado por el equipo interdisciplinario y liderado por enfermería. Se evidenció acogida por los participantes y participación activa en las sesiones ejecutadas. En el momento la estrategia de Clubes de Salud se encuentra en medición a través de datos clínicos de los pacientes para cumplimiento de metas individuales y experiencial a través de encuesta de adherencia a tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Discusión y conclusiones: Es indispensable el involucramiento y acompañamiento de los familiares y/o cuidador en el proceso de aprendizaje del paciente e identificamos la necesidad de aplicar la metodología del aprendizaje en espiral en aquellos conceptos fundamentales como, autocuidado y automanejo, así como plan de cuidado, hábitos y estilos de vida saludable. La animación sociocultural es fundamental en el refuerzo de las metodologías de Aprender Haciendo, porque es a través de la participación colectiva y la lúdica que se ha podido afianzar conceptos e ideas de lo que significa el autocuidado y los estilos de vida saludable.

### Referencias Bibliográficas

- Resolución 3280 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Página de consulta: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Rodríguez García, A.B., & Ramírez López L.J., 2014. Aprender haciendo-Investigar reflexionando: Caso de estudio paralelo en Colombia y Chile". Revista Academia y Virtualidad, 7, (2), 53-63
- Jarquín P. A. 2018. Reflexiones sobre la Metodología de Aprender haciendo, una guía para los profesores y un acercamiento a los escenarios de aprendizajes. Base de Datos UNAN-Managua.

# Comprensión del significado de la práctica educativa: punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del HUSVF

## Ponente:

José Nicolas Gómez Bedoya - Colombia  
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor  
Abad Gómez  
josen.gomez@udea.edu.co

## Autores

José Nicolás Gómez Bedoya<sup>1</sup>  
Jessica María Leon Moscoso<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Promoción, prevención, estilos de vida, hábitos, Educación para la salud.

## Resumen:

La Educación para la Salud es un tema incipiente; por lo tanto, se tiene poco conocimiento de ella y suele ser confundida con términos como educación en salud. La EpS es un proceso orientado al desarrollo humano y la transformación social; además, genera un pensamiento crítico que puede determinar cambios en la comprensión de actitudes y creencias que producen un impacto positivo, de tal manera que los individuos y comunidades mantienen o modifican su estado de bienestar por medio de hábitos y estilos de vida saludables. Por tal motivo, los procesos de EpS en los servicios de asistencia sanitaria, garantizan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando una atención más integral y beneficiando al individuo y la comunidad, rompiendo el paradigma establecido por el modelo biomédico al fortalecer la relación médico-paciente mediante la comunicación y conocimientos del proceso salud-enfermedad.

La presente investigación tiene como objetivo Comprender el significado de la práctica educativa desde el punto de vista de los actores del programa de pacientes con falla cardiaca del Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) de Medellín en el segundo semestre del año 2021.

Se utilizó una metodología descriptiva de tipo cualitativa (entrevistas a profundidad), con técnicas etnográficas desde un paradigma interpretativo y comprensivo, donde se dio una descripción de las experiencias desde el punto de vista de los participantes en la práctica educativa del programa. Se llegó a la conclusión de que el programa se fundamenta en el componente educativo para modificar conductas y generar conciencia acerca del estado de salud y bienestar del educando.

Los resultados obtenidos fueron: El Hospital Universitario San Vicente Fundación desde el año 2010, mediante el Programa de Educación para la Salud para Pacientes con Falla Cardiaca, realiza actividades educativas para mejorar y restaurar la salud de los usuarios que presentan patologías cardiovasculares.

<sup>1,2</sup> Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Las preguntas realizadas fueron referentes a los contenidos aplicados en el programa y se abordaron mediante las siguientes categorías: 1. Funcionamiento del programa: los pacientes son captados por la enfermera. 2. Práctica educativa del programa desde el punto de vista de los actores: los usuarios describen a los educadores como muy buenas personas con calidad humana, cordiales y amables, además, explican de manera adecuada las facetas de tratamiento de cada paciente. 3. Logros, dificultades y retos: •Usuarios: -Logros: Mejoría del estado de salud. -Dificultades: Recursos económicos. -Retos: Reto personal para cumplir y acogerse a las recomendaciones realizadas en el programa. •Talento humano en salud: -Logros: Buena adherencia de los pacientes a los tratamientos; aumento de la calidad de vida del paciente y prevención de hospitalización. -Dificultades: Nivel educativo de los usuarios; poco acompañamiento de los familiares y falta de formación pedagógica en EpS. -Retos: Cumplimiento de los pacientes; incrementar el acompañamiento; educar a la población en general sobre riesgo cardiovascular; darle más fuerza al rol de la enseñanza para lograr un mayor acogimiento y comprensión por parte de los usuarios del programa.

Finalmente, se encontraron situaciones como limitación en el diálogo de saberes entre educandos y educadores y, limitación de la comunicación por inseguridad frente al acompañante; para las cuales se dio como recomendación fomentar el diálogo para que la comunicación no sea solo transmisión y recepción de la información, con el fin de que los educandos cuestionen las recomendaciones e instrucciones que reciben y, educar no solo al paciente, sino también al acompañante para que el paciente no se sienta intimidado y se exprese libremente.

### Referencias Bibliográficas

- Peñaranda, F. (2020). Educación en el campo de la salud pública. Una mirada pedagógica. Universidad de Antioquia. editor. Facultad Nacional de Salud Pública.
- Díaz, P. Peñaranda, F. Cristancho, S. Caicedo, N. Garcés, M. Alzate, T. (2010). Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet].28(3),221–30. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018993002.pdf>



# Determinación social de la educación en salud cardiovascular en una red hospitalaria del sur occidente colombiano

## Ponente:

Jorge Sotelo Daza - Colombia  
Universidad del Valle  
jorge.sotelo@correounivalle.edu.co

## Autores

Jorge Sotelo Daza<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Determinación social de la salud; Enfermedad cardiovascular; Educación en salud; Etnografía.

## Resumen:

Introducción: las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan un desafío significativo para la salud pública en todo el mundo. La hipertensión arterial es considerada como la principal causa de muerte prematura, afectando a 1.130 millones de personas, de los cuales, dos tercios de esta población pertenece a países de bajos y medianos ingresos. La educación en salud desempeña un papel fundamental en la prevención y el control de las ECV. Proporciona a las personas, familias y comunidades conocimientos y herramientas necesarias para adoptar estilos de vida saludables, favorece la detección temprana de factores de riesgo y la búsqueda de atención sanitaria oportuna. Sin embargo, la educación en salud enfrenta diversas barreras que limitan su accesibilidad y efectividad. Estas barreras incluyen la falta de recursos, barreras lingüísticas, limitaciones educativas o culturales que dificultan el acceso a la información. Además, el cambio de comportamiento hacia estilos de vida saludables puede ser desafiante debido a hábitos arraigados, influencias sociales y culturales, así como barreras individuales.

El estudio aborda los retos de la educación en salud en la prevención de la enfermedad cardiovascular desde el abordaje de la determinación social, identificando barreras y limitaciones existentes en la implementación de programas de educación en salud.

Objetivo: examinar los aspectos sociales, culturales, políticos y económicos que ejercen influencia en la dinámica de la educación en salud cardiovascular desde la determinación social en una red hospitalaria municipal del sur occidente colombiano.

Metodología: estudio cualitativo con enfoque etnográfico. Incorporó categorías analíticas de la determinación social de la salud de Breilh que permiten la comprensión de la salud y la enfermedad como un proceso dialéctico.

<sup>1</sup> Universidad del Valle

La información se recolectó a partir de entrevistas semiestructuradas, grupos focales y un diario de campo. Participaron 13 personas con presión arterial alta y siete profesionales de la salud.

Resultados: desde el dominio general, el contexto sociopolítico influye en la comprensión y aplicación de las recomendaciones de los profesionales de la salud en entornos sanitarios. Los determinantes económicos desfavorables obstaculizan la adopción de prácticas saludables, mientras que los aspectos culturales generan conflictos cognitivos en el cuidado de la salud. En el dominio particular, el acceso a programas de educación en salud se ve restringido y limitado a la oferta del sistema sanitario. Además, la participación de la comunidad en la educación en salud se ve afectada por la predominancia del discurso biomédico hegemónico. En el dominio singular, la comunidad percibe como inalcanzables las recomendaciones para el cuidado cardiovascular, y las experiencias individuales reflejan la falta de tiempo en las consultas para abordar los procesos educativos. Además, las interacciones sociales establecen normas de cuidado utilizando los recursos disponibles en el territorio.

Discusión y conclusiones: a partir del enfoque de la determinación social, se identifican tanto barreras como facilitadores en las actividades de educación en salud destinados a mitigar la ECV. Los profesionales de la salud se enfrentan a obstáculos en el logro de los cambios de comportamiento deseados, influenciados por los determinantes presentes en el entorno donde residen las personas. Además, se observa una prevalencia del discurso biomédico en los procesos educativos en salud, lo cual subordina aspectos contextuales relevantes que podrían promover la salud. Adoptar una perspectiva basada en la determinación social en la promoción de la educación en salud brinda oportunidades de innovación en acciones dirigidas a la mitigación de las ECV.

### Referencias Bibliográficas

- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. 2018. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 392(10159):1923–1994, PMID: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Pouya, HM, Majlessi, F., Shojaeizadeh, D. y Forooshani, AR (2017). El efecto de la intervención educativa basada en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender sobre la autoeficacia de los pacientes para las conductas de autocuidado después de la cirugía cardíaca. *Irán J Nurs Res*, 12, 16-23.

# Estigma social hacia la Enfermedad de Alzheimer

## Ponente:

Sandra Mondragón Bohórquez - Colombia  
Universidad El Bosque  
smondragonb@unbosque.edu.co

## Autores

Sandra Paola Mondragón Bohórquez<sup>1</sup>  
Carolina Gutierrez López<sup>2</sup>  
Víctor Pardo Maza<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Health education, Alzheimer's disease, stigma, knowledge.

## Resumen:

El estigma asociado a la Enfermedad de Alzheimer es entendido como un proceso histórico, social y cultural que se concibe desde la formación de estereotipos, actitudes negativas y acciones discriminatorias. Dentro de las acciones que se han descrito por parte de la salud pública para eliminar el estigma, se encuentran las orientadas a los profesionales sanitarios y las instituciones que proporcionan servicios de salud, para sensibilizar y proporcionar conocimientos sobre la enfermedad y sus implicaciones (Pescosolido et al, 2015).

Las intervenciones orientadas a la reducción del estigma tienen el reto de lograr un cambio en las actitudes y la discriminación, por lo tanto, intervenciones que se proponen deben asumir la complejidad que conlleva la estigmatización social (Stites et al, 2018). Por lo cual el objetivo de esta investigación es identificar el estigma social frente a la Enfermedad de Alzheimer en cuidadores primarios y personal de salud de primera línea de atención para generar herramientas educativas en salud pública en dos instituciones hospitalarias de Cartagena, Colombia.

Proceso educativo: Método y didáctica: Se propone diseño mixto secuencial explicativo, el estudio consta de dos fases; en la primera se usarán escalas cuantitativas: la escala de conocimiento de la Enfermedad de Alzheimer de Carpenter (2009), y la de estigma familiar en la Enfermedad de Alzheimer de Werner et al., (2011), para poder describir el estigma en profesionales de salud y cuidadores.

La población está conformada por 51 profesionales de primera línea de atención en salud y 46 cuidadores Primarios de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. La segunda fase propone enfoque cualitativo: en esta se realizarán entrevistas a profundidad con el fin de describir los fenómenos desde el punto de vista de los participantes y escuchar su voz en su ambiente natural frente a aspectos como la pérdida de estatus y discriminación; y el ejercicio del poder. Así mismo, se desarrollarán talleres de

<sup>1,2</sup> Universidad El Bosque

<sup>3</sup> Universidad de San Buenaventura seccional Cartagena

acción participativa, para identificar las necesidades de la población y las estrategias que pueden ser más efectivas para reducir el estigma social.

Resultados: Se presentan los resultados de la fase cuantitativa, en la cual se encontró que los cuidadores tenían un nivel de conocimientos mayor (65,3%) respecto a los profesionales de salud con un 55,1%. Frente a los niveles de estigma por parte del cuidador o los profesionales, se encontró que las atribuciones en cuanto a la estética (57,7%), la peligrosidad (69,07%), ocultamiento del diagnóstico (53,6) y el distanciamiento (81,4%) era bajo.

Al comparar los resultados entre los cuidadores y los profesionales de salud, se encontró que el estigma percibido por los cuidadores frente a la severidad de la enfermedad y las reacciones sociales negativas era alto. Mientras que era mayor en los profesionales de salud frente a atribuciones cognitivas de estética, peligrosidad y emociones negativas frente a la enfermedad.

Discusión y conclusiones: La práctica pedagógica en el campo de la salud pública implica procesos de reflexión frente a la evaluación como base para la construcción de conocimientos y toma de decisiones, en este sentido utilizar métodos que indaguen la forma en que los participantes perciben y vivencian el estigma, por tal motivo se hace necesario establecer líneas de base para determinar las necesidades y características de las comunidades estigmatizadas.

Debido a la complejidad que implica el estigma social, se hace necesario que los programas educativos que se formulen tengan en cuenta los entornos cambiantes caracterizados por fluctuaciones debido a las dinámicas internas y externas de las comunidades en las cuales el estigma se manifiesta. Por lo cual se debe involucrar de manera activa a las comunidades que son estigmatizadas y a sus pares los estigmatizan.

### Referencias Bibliográficas

- Pescosolido BA, Martin JK. (2015). The Stigma Complex. *Annu Rev Sociol.* August ; 41: 87–116. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145702.
- Stites, S., Rubright, JD & Karlawish, J. (2018). What features of stigma do the public most commonly attribute to Alzheimer's disease dementia? Results of a survey of the U.S. general public. *Alzheimer's Dement*;14(7):925-932. doi: 10.1016/j.jalz.2018.01.006. Epub 2018 Mar 27. PMID: 29602733; PMCID: PMC6050091.
- Werner, P., AboJabel, H & Maxfield, M. (2021). Conceptualization, measurement, and correlates of dementia worry: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 92. 104246



# Educación para la salud sexual, la salud reproductiva y el género

- 422 Educación en salud de los derechos sexuales y reproductivos en mujeres rurales de 15-19 años de Guatavita-Cundinamarca
- 424 Investigación formativa en comunicación en salud sobre la vacuna contra el VPH en el departamento de Bolívar
- 426 Masculinidades juveniles y performatividad
- 428 Perfiles de discriminación en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Medellín 2020

# Educación en salud de los derechos sexuales y reproductivos en mujeres rurales de 15-19 años de Guatavita-Cundinamarca

## Ponente:

Laura Mariana Bastidas Ramírez - Colombia  
Universidad de La Salle  
lbastidas85@unisalle.edu.co

## Autores

Camila Alexandra Granados Vargas<sup>1</sup>  
Lizeth Angelica Pérez Ruiz<sup>2</sup>  
Laura Mariana Bastidas Ramírez<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Educación en salud, derechos sexuales y reproductivos, mujeres, Guatavita.

## Resumen:

En esta ponencia, nos enfocaremos en los derechos sexuales y reproductivos desde los enfoques de género y derechos, ya que estos buscan analizar las desigualdades y transformar las acciones discriminatorias mediante la protección y promoción, así mismo estos se basan en que tanto las mujeres como los hombres deberían tener una toma de decisión libre en cuanto a su propio cuerpo y su sexualidad. (Barra, Cofré & Pérez, 2021, p.13). Analizaremos los factores del contexto que se relacionan con la generación de violencias y vulneraciones, así como las barreras que limitan su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Además, propondremos una propuesta en intervención basada en la educación popular en salud, con el objetivo de promover la equidad de género en esta población. La población central son las mujeres jóvenes rurales en Guatavita del rango de edad de 15-19 años.

En el contexto rural de Guatavita, las mujeres enfrentan una mayor desigualdad social debido a un discurso heteronormativo patriarcal que genera efectos negativos en su salud mental y sexual. Los prejuicios, estigmas y discriminaciones, limitan la autonomía, libertad del cuerpo y ejercicio de la sexualidad. Esto se refleja en indicadores preocupantes, como la alta tasa de fecundidad adolescente, ya que, durante el año 2017, la fecundidad de mujeres de 15 a 19 años fue de 56,67, mostrando un índice cerca a la tasa nacional de aquel año, con un aproximado de 61 (Secretaría de Salud de Cundinamarca, 2019, p. 84-85). Lo que demuestra la necesidad de adelantar una estrategia de educación en salud, con el fin de promover la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que afectan de manera significativa a esta población por la falta de acceso a servicios de salud, la prevalencia de estigmas sociales y la atribución de los roles de género preestablecidos que limitan la capacidad para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

A partir de la revisión teórica, desde el texto de Zea (2019) retomando a Paulo Freire, el cual propone la educación popular con el objetivo “de cimentar acciones de reflexión de la realidad, que permitan la

concreción de nuevas realidades sociales, superando situaciones que impiden la libertad del ser, tales como la ignorancia o la pobreza; una educación que conlleva la movilización para la transformación” (p. 3). Teniendo en cuenta lo anterior y aterrizándolo con la salud sexual y reproductiva, se busca establecer un diálogo bidireccional y reflexivo por medio de diferentes estrategias alrededor de la resignificación del cuerpo y sexualidad que tiene las mujeres jóvenes rurales de Guatavita para una educación liberadora y emancipadora.

Considerando que en el Trabajo Social tiene como ejes principales el método comunitario y la educación, el rol de este profesional es fundamental para la prevención y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, igualmente brindando acompañamiento para que la población pueda acceder a servicios de salud. Además, se busca concientizar y desnaturalizar los diversos estereotipos y estigmas que generan violencias en la familia y la sociedad.

De manera que, la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes requiere la colaboración entre diversos actores; es necesario establecer alianzas efectivas entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, los profesionales de la salud y las comunidades rurales. La colaboración es fundamental para garantizar el diseño e implementación de políticas públicas sólidas que aborden las necesidades específicas de las mujeres rurales jóvenes en Guatavita. Solo a través de un trabajo conjunto y una transformación social profunda se logrará garantizar la equidad y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres rurales jóvenes en Guatavita.

### Referencias Bibliográficas

- Barra Daniela, Cofré Rocío & Pérez Natalia (2021). Desigualdades en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en Latinoamérica. Universidad Católica de la Santísima Concepción. Disponible en: <http://repositoriodigital.ucsc.cl/bitstream/handle/25022009/2519/Tesis%20Barra%20-%20Cofr%C3%A9%20-%20P%C3%A9rez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Secretaría de Salud de Cundinamarca (2019). Análisis de Situación de Salud - ASIS Con el Modelo de los Determinantes Sociales en Salud. Disponible [https://repositoriocdim.esap.edu.co/bitstream/handle/123456789/25497/ASIS\\_Cundinamarca\\_2019+final+publicado.pdf?sequence=1](https://repositoriocdim.esap.edu.co/bitstream/handle/123456789/25497/ASIS_Cundinamarca_2019+final+publicado.pdf?sequence=1)
- Zea Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(2):61-66. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n2a07

# Investigación formativa en comunicación en salud sobre la vacuna contra el VPH en el departamento de Bolívar

## Ponente:

Adolfo Baltar Moreno - Colombia  
Universidad Tecnológica de Bolívar-UTB  
adolfoaltarmoreno@gmail.com

## Autores

Adolfo Baltar Moreno<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Vacuna VPH, Comunicación para la Salud, Género, Vacunación, Políticas públicas de salud.

## Resumen:

**Introducción:** La vacuna contra el VPH, introducida por ley en 2013 en el esquema nacional de vacunación colombiano, sufrió un drástico descenso en su tasa de cobertura a finales de 2014, tras saltar a los medios de comunicación una problemática de salud que se venía produciendo desde hacía varios meses en un municipio rural llamado El Carmen de Bolívar. Allí, centenares de niñas y mujeres adolescentes, tras recibir la vacuna durante unas jornadas de vacunación escolar, empezaron a manifestar de manera persistente síntomas bizarros de salud. Tras realizar un estudio epidemiológico, las autoridades de salud catalogaron el caso como una probable sugestión colectiva relacionada con las características socioeconómicas de la comunidad y agravada por el tipo del cubrimiento informativo. Pero esta explicación fue rechazada por las afectadas y sus familiares, así como por investigadores del ámbito de la salud pública, y criticada después desde las ciencias sociales.

Nunca se pudo determinar el origen etiológico de los síntomas de las menores, y la complejidad del fenómeno ha suscitado el interés de diversas disciplinas: antropología, farmacología, psicoanálisis, enfermería o comunicación social (Baltar-Moreno et al., 2022). En la actualidad, muchas de las afectadas en El Carmen (hoy mujeres jóvenes) afirman seguir sufriendo los síntomas, siguen asociándolos a la vacuna, y desean comprender mejor aquello que supuso un verdadero punto de inflexión en sus vidas.

**Proceso educativo:** Desde febrero de 2023, y a propuesta de una antropóloga médica de la Universidad de Ámsterdam, hemos conformado en la Universidad Tecnológica de Bolívar (en Cartagena de Indias) un semillero de investigación en el campo de la comunicación para la salud, conformado por estudiantes de ciencias sociales, la mayoría de las cuales proceden de El Carmen de Bolívar y se consideran afectadas por el fenómeno.

<sup>1</sup> Universidad Tecnológica de Bolívar



Con este grupo pretendemos formar a futuras investigadoras que en un futuro se desempeñen profesionalmente en temáticas como la educación sexual, las drogodependencias o el suicidio juvenil. Pero la motivación principal que origina este proceso educativo reside en el interés genuino de las integrantes del semillero por producir más conocimiento en torno al caso de El Carmen de Bolívar, precisamente por su experiencia vivida en el mismo. Las estudiantes investigadoras pasan así a ser sujetos de investigación, y viceversa.

**Resultados:** Partiendo de la premisa “a investigar, se aprende investigando”, el grupo ha decidido iniciar su andadura realizando una actualización del fenómeno en El Carmen, diseñando un proyecto de investigación social y formándose en la aplicación de técnicas de recolección de datos de las ciencias sociales como las encuestas, la observación participante y los grupos focales. En el proceso nos hemos encontrado con el interés de otros investigadores de diversas universidades nacionales e internacionales (toxicólogos, salubristas, antropólogos y comunicadores sociales) que también consideran que el caso nunca se cerró debidamente y manifiestan su deseo de apoyarnos para llevar a cabo un proceso riguroso y no sesgado.

**Conclusiones:** Se plantea la hipótesis de que el fracaso de la política pública de vacunación contra el VPH en Colombia se debe a una comprensión incompleta o errónea del fenómeno de El Carmen, cuya explicación oficial se ha construido desde un enfoque puramente positivista, basado exclusivamente en la Medicina Basada en Evidencia, pero que no ha tenido en cuenta suficientemente el padecimiento de las afectadas (Baltar Moreno & Puello-Sarabia, 2022). Esta experiencia de investigación formativa propone generar nuevo conocimiento sobre esta problemática, y tratar de producirlo, tal y como se ha sugerido desde otras investigaciones (Mezza & Blume, 2021), desde una mirada transdisciplinaria.

### Referencias Bibliográficas

- Baltar Moreno, A., & Puello-Sarabia, C. P. (2022). Género y vacunación contra el VPH en Colombia: cuando la política pública hace daño. *Methodos. Revista de Ciencias Sociales*, 10(1), 74–87. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.545>
- Baltar-Moreno, A., Puello-Sarabia, C., & Carrasco-Delgado, B. F. (2022). Revisión narrativa del caso de la vacuna contra el VPH en El Carmen de Bolívar, Colombia (2014-2021). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21, 1–21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.rncv>
- Mezza, M., & Blume, S. (2021). Turning suffering into side effects: Responses to HPV vaccination in Colombia. *Social Science & Medicine*, 282. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114135>

## Masculinidades juveniles y performatividad

### Ponente:

Bibiana Edivey Castro Franco - Colombia  
Universidad del Cauca  
becastro@unicauca.edu.co

### Autores

Bibiana Edivey Castro Franco<sup>1</sup>

### Palabras Clave

Educación en salud universitaria, género, educación en salud sexual.

### Resumen:

Los datos epidemiológicos brindados por el Instituto de Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en los últimos años, así como la revisión de investigaciones en el campo de las masculinidades indican que, en los hombres la construcción de masculinidades presenta unas características patriarcales, donde los varones pueden llegar a ser insensibles, discriminadores de las mujeres, violentos, endurecidos emocionalmente, descuidados con su salud, arriesgados, con poca inmersión en la vida doméstica, impedidos de hablar de su mundo interior, acarreado en función de lo anterior, afectaciones a la salud física, ambiental y mental propia y de los otros. Con el fin de brindar atención a esta problemática de salud asociada a la construcción del género, se diseñó una experiencia educativa universitaria en salud a partir de la asignatura denominada “masculinidades juveniles y performatividad” llevada a cabo con 21 jóvenes.

**Objetivos.** Con la experiencia en educación en salud, se pretendió problematizar la concepción y vivencia de las masculinidades en los universitarios, con el fin de lograr algunas transformaciones en pro de mayor bienestar en sus vidas y en sus relaciones con el otro (la naturaleza, la mujer y otras masculinidades) suscitadas por los procesos de consciencia de cada joven. Encontrar rutas de trabajo para abordar las masculinidades en pro de favorecer la equidad en lo relacional.

**Proceso educativo.** Se retomó en la experiencia educativa en salud, la teoría de la performatividad de género de Butler, comprendida como la repetición ritualizada de actos por parte de hombres. Para el desarrollo del proceso educativo se acogió los planteamientos del psicoanálisis Freudiano, el art performance, la fenomenología de Heidegger, la hermenéutica de Gadamer, incorporando el diálogo, el círculo hermenéutico, la comprensión y la fusión de horizontes de sentido. **Método.** Se retomó el enfoque histórico hermenéutico, acogiendo la complementariedad de métodos y técnicas durante la intervención.

<sup>1</sup> Universidad del Cauca

A nivel metodológico, la práctica educativa se llevó a cabo mediante catorce talleres vivenciales de 4 horas de duración cada uno, en los que se acudió a diferentes modalidades (artes expresivas, la estética, fotografía, cine, el cuerpo, la escritura, el arte del performance) de expresión, reflexión y deconstrucción.

Resultados y conclusiones. Se identificó que en los procesos de educación para la salud, es importante que lo epistemológico se articule con el método y metodologías, de manera que lo técnico y operativo de la experiencia educativa respondan al enfoque y se presente coherencia entre lo pedagógico y la acción, trascendiendo lo procedimental de la educación en salud para posicionarla en una praxis: reflexiva, crítica y ética, creadora de conocimiento y gestora de transformación social, asegurando la calidad y coherencia del proceso educativo. La educación en salud, ha de ser una apuesta política y transformadora sustentada en la problematización de la salud, mediante la reflexión, el diálogo y la opción de ser permeados los educandos y educadores por otros mundos posibles, en torno al fenómeno de la salud. Los talleres vivenciales realizados en la experiencia educativa en salud, por su valor formativo y pedagógico, se convierten en espacios educativos concretos donde los educandos resignifican sus masculinidades vivenciadas, con el propósito de ampliar sus horizontes de sentido mediante el diálogo y las problematizaciones aplicables a la salud. Se sugiere acciones concretas en las prácticas de educación en salud: ejercicios que impacten lo emocional, que cuestionen lo aprendido, esto puede darse mediante talleres vivenciales, rituales, la exposición a la diversidad y diferencia y la opción de creaciones propias.

### Referencias Bibliográficas

- Hernández, I. (2016). Bases para la construcción de un grupo de trabajo formativo experiencial con varones adultos a partir de la categoría de género con enfoque de masculinidades. *Ensayo y Error. Pensamiento Americano*, 6 (7), 133-150. <http://oaji.net/articles/2016/2339-1473528892.pdf>
- Gadamer, H. (1999). *Verdad y Método I*. Editorial Sígueme.
- Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate feminista* 18, 296-314

## Perfiles de discriminación en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Medellín 2020

### Ponente:

Sebastian Bedoya Mejía - Colombia  
Universidad CES - Escuela de Graduados  
sebedoya@ces.edu.co

### Autores

Doris Cardona Arango<sup>1</sup>  
Angela María Segura Cardona<sup>2</sup>  
Dedsy Yajaira Berbesi Fernandez<sup>3</sup>

### Palabras Clave

Discriminación, Vulnerabilidad, Género, HSH, RDS.

### Resumen:

La vulnerabilidad por discriminación es la conducta o comportamiento hacia un individuo o grupo que su finalidad es vulnerar sus derechos, este es un problema que afecta a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), en el ámbito social, laboral, servicios de salud y personal, entre las consecuencias reportadas por la literatura está el acoso y violación de los derechos, pérdida de confianza en las autoridades, condiciones de intolerancia, pérdida de apoyo social, familiar y comunitario, miedo o temor a ser juzgado y la mitificación de asociarlos a enfermedades, que la suma de todas estas puede desencadenar el suicidio de una personas.

Se realizó una investigación en la ciudad de Medellín, donde participaron 453 HSH, el 57,8 tienen entre 18 y 24 años, el nivel económico de la vivienda es bajo (84,5%), tiene pareja el 89,1% y estudios universitarios el 54,9%. El 31,9% inició su primera relación antes de los 14 años, el 78% manifiestan tener un grado medio o alto a una ITS, el 36,5 consumen Popper, el 14,3 reporta que la familia no sabe sobre su práctica sexual. Por cada 100 HSH 21 son víctimas de discriminación estimando aproximadamente 23.809 HSH que lo padecen y en los últimos 10 años ha aumentado este suceso en un 135%, se encontró que la discriminación aumenta en un 338% cuando la familia sabe, en un 111% en los menores de 30 años y si se tienen parejas ocasionales aumenta en un 77%.

Se recomiendan espacios de educación y sensibilización sobre orientación sexual e identidad de género, con enfoque diferencial para las familias. Así mismo el no trabajar por la reducción de la discriminación en los diferentes escenarios del día a día de las personas hace que esta brecha sea mucho mayor. Es importante mencionar, que se deben articular y fomentar las políticas públicas contra la discriminación, orientar estas políticas no solo a las poblaciones minoritarias si no en general, dado que se convierte en el primer reto de ingreso a los servicios de salud, empleos, educación y deben de ocultar su práctica ante la familia lo cual según este estudio es uno de los principales factores para que se genere discriminación.

## Referencias Bibliográficas

- Olivera Ravasi J. Los griegos no eran sodomitas: montajes homosexuales en clave de género [Internet]. 2012. Available from: <http://www.quenotelacuenten.org/wpcontent/uploads/2017/07/2017.-Los-griegos-no-eran-sodomitas.-P.-Javier-Olivera-Ravasi.pdf>
- Salinas Hernández HM. Acoso y maltrato en la aulas universitarias por motivo de identidad sexo genérica. Univ Autónoma la Ciudad México [Internet]. 2002;52(1):1–5. Available from: [http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/10/Bullying-homofobico\\_SALINAS](http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/10/Bullying-homofobico_SALINAS)

# Formación del maestro en educación en el campo de la salud

- 431 Acerca de la Bioética en y para la educación en salud
- 433 Una Mirada Ampliada para la Formación de los/as Licenciados/as en Educación Física en el Campo de la Salud en Uruguay
- 435 Formación inicial de maestros en educación para la salud. Una experiencia desde la Universidad Pedagógica Nacional
- 437 Problemáticas en Educación para la salud y formación de maestros. Revisión documental en Colombia, Argentina y España periodo 2005-2020
- 439 Herramienta educativa en lineamientos de atención clínica integral de leishmaniasis cutánea, SVE-CH, 2023

## Acerca de la Bioética en y para la educación en salud

### Ponente:

Diana María Rodríguez González - Colombia  
Universidad Libre, Cali  
dianam.rodriguezg@unilibre.edu.co

### Autores

Diana María Rodríguez González<sup>1</sup>  
Naydu Acosta Ramírez<sup>2</sup>

### Palabras Clave

Bioética, educación, salud, biopsicosocial, formación.

### Resumen:

El presente escrito es una reflexión que considera la tríada centrada en: 1. La experiencia profesional de las autoras (Acosta. et al, 2020; Rodríguez. et al, 2021) en lo concerniente a la incidencia de la educación en búsqueda de lograr resignificar el concepto de salud. 2. Lo que señalan algunos teóricos desde la Bioética sobre el tema y 3. La realidad política y social actual de la instrumentalización de la salud a la luz del modelo de la medicalización y la poca apropiación del modelo biopsicosocial en la formación para avanzar en las comprensiones actuales. Indica la necesidad de concientizarnos como profesionales y legos, en las responsabilidades que se entrecruzan desde nuestros roles cotidianos frente al uso del conocimiento en y para la educación en Salud.

La tesis central de esta argumentación es “la salud como cosmovisión significa que requiere ser asumida conscientemente a modo de concepto vital que interviene en los seres humanos de manera permanente, este suceso ocasiona en cada persona un determinado estilo de vida desde el sentido que le otorga”. Lograr considerar la salud de esta manera es trascendental debido a que exige en cada uno reconstrucciones permanentes en relación con las comprensiones sobre lo que implica vivir de esa manera. De este modo, el sentido de vida, querer la vida y vivir la vida, son elementos constitutivos significativos que favorecen el poder ampliar el horizonte de su marco conceptual.

Metodología: Este ejercicio se encuentra ubicado en el paradigma comprensivo, por tanto, señala la triangulación entre: 1. La relación de los constructos teóricos que movilizan nuevas consideraciones para educar en salud, 2. Los actores sociales que interactúan en este proceso y 3. La experiencia que permite el análisis reflexivo a partir de las autoras para reflexionar sobre la importancia, implicaciones y/o nuevos conocimientos relacionados con la Educación en el Campo de la Salud.

Discusión y conclusiones: Se hará a partir de dos sub tesis.

1. La salud (Velayos Castelo, C., 2005): concepto que enuncia, construye y refleja el que somos seres en interdependencia.
2. La salud debe ser comprendida en primera instancia desde la educación del sujeto para un correcto impacto social.

Conclusiones: Para esta comprensión, la bioética aporta interviniendo como el nuevo discurso que orienta la acción de expertos y profanos al respecto, al develar las dos naturalezas constitutivas del ser humano: la biológica y la cultural. Esta situación crea la necesidad consciente de generar nuevas prácticas, poderes y saberes con el fin de favorecer desde la educación y para la educación como nuevo paradigma “la sanología” para que auxilie el acervo que genéticamente reconstruimos y cultive la capacidad crítica para comprender cómo inciden las costumbres, creencias, alimentación, forma de habitar y ser cuerpo.

### Referencias Bibliográficas

- Acosta Ramírez, N. et al (2020). Experiencia en Participación Social y Educación para la Salud desde los Determinantes Sociales en la Ruralidad de Cali, 2019. En: Rediees. La Educación, La Empresa Y La Sociedad Una Mirada Transdisciplinaria. Tomo Cuatro. Editorial de EIDEC. Pág: 28-56. DOI: <https://doi.org/10.34893/hqxc-r887>
- Rodríguez González, D. et al (2021) Diagnóstico de necesidades de formación en Ciencias Sociales, humanidades, artes y educación. En: Diagnóstico de necesidades en ética de la investigación Bioética e integridad científica. Bogotá, 2021. Pp 243-304 <https://www.unilibre.edu.co/pdf/2022/omebul/MCDiagnostico-Necesidades-Formacion-Etica-Bioetica-Integridad%20Cientifica.pdf>
- Velayos Castelo, C. (2005) En: Bioética. Perspectivas Emergentes. “Diego Gracia ha venido señalando tres definiciones clásicas de salud o tres paradigmas clásicos para entenderla. La primera es la concepción de salud como gracia. La segunda identifica la salud con el orden; y por último identifica la salud con el bienestar”. Salud, enfermedad y felicidad. Madrid: Tecnos, 2005. p. 53.



# Una Mirada Ampliada para la Formación de los/as Licenciados/as en Educación Física en el Campo de la Salud en Uruguay

## Ponente:

María Rosa Corral Vázquez - Uruguay  
Universidad de la República Oriental del Uruguay  
mcorralv18@gmail.com

## Autores

María Rosa Corral Vázquez<sup>1</sup>  
Camila Piñeiro<sup>2</sup>  
Lucila Guerra<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Salud Colectiva, Prácticas Corporales, Educación Física, Sistematización de experiencia.

## Resumen:

Este trabajo busca presentar una reflexión acerca de la formación de licenciados/as en Educación Física en su relación con la salud en el marco del Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República, al entender que “As políticas públicas de saúde, seja na dimensão da formação, seja na da intervenção, têm importância fundamental nos modos de pensar e agir em saúde” (Carvalho, Freitas y Monteiro, 2013, p. 643).

La Udelar se organiza en 3 áreas de conocimiento, entre las que destacamos el área de las Ciencias de la Salud de la cual el ISEF forma parte. La estructura académica de ISEF se organiza en 4 departamentos siendo uno el Departamento Académico de Educación Física y Salud (DA EF y Salud). Este nuclea 3 temáticas: Fundamentos Biológicos, Ciencias Sociales y Humanas (CCSSH) y Prácticas Corporales como articuladora de las otras dos.

Tradicionalmente la EF ha estado vinculada a la racionalidad biomédica por lo que la incorporación de una mirada proveniente de las CCSSH implicó una innovación en la formación de grado. ¿Cómo se gestan las transformaciones en el currículo de la Licenciatura de Educación Física? ¿Qué aportan las CCSSH al pensar la relación de la EF y la salud? ¿Cuál es el rol que se espera de la EF en relación a la salud y cuáles pueden ser sus aportes en los equipos de salud? ¿Cómo pensar la relación entre cuerpo, salud y política desde la EF? ¿Cuál es el aporte del concepto prácticas corporales para pensar la relación entre EF y salud? Estas son algunas de las preguntas que el equipo docente (enmarcado en el núcleo temático Salud, Cultura y Sociedad del DA EF y Salud) busca contestar para poder repensar la propuesta de formación.

En la búsqueda por repensar el vínculo de la EF con la salud desde las CCSSH en la formación, el equipo docente, nucleado en el grupo de investigación “Estudios socioculturales de las prácticas corporales, la

<sup>1,2,3</sup> Universidad de la República Oriental del Uruguay

educación física y la salud”, se ha aproximado a la perspectiva de la Salud Colectiva (SC), principalmente desde la corriente brasileña. Esta posibilita desnaturalizar las relaciones hegemónicas de la EF y la salud, al mismo tiempo que propone nuevas formas, contenidos y escenarios donde esta relación tiene lugar (Carvalho, Fraga y Gómez, 2012). La incorporación de espacios de formación integral, unidades curriculares y/o contenidos en la licenciatura, habilita la circulación de la perspectiva mencionada. Espacios para problematizar y seguir construyendo una perspectiva sociocultural e histórica de la relación EF y salud por su capacidad de producción de subjetividades (Carvalho, et al., 2013).

Tal como aportan Cabrera, Corral, Damián y Delgado (2020) la mirada dominante en los estudiantes de la licenciatura en la relación EF y salud es la biomédica, vinculada a una perspectiva biopolítica, en donde lo humano se reduce a la dimensión biológica, la salud a un estado y la responsabilidad de preservarla al individuo. Presentándose como una mirada universal y neutra que no tiene en cuenta las particularidades de los contextos y las singularidades de los sujetos. Esta mirada se ve legitimada y sustentada por la Organización Mundial de la Salud, la cual imparte políticas públicas (PP) a todos sus estados miembros, permeando y produciendo subjetividades, por ende, perpetuando una mirada hegemónica de pensar y hacer de la EF en el campo de la salud que se supone apolítica y ahistórica.

Ahora bien, en la medida en que la PP de formación produce modos de hacer y pensar en los estudiantes, la perspectiva que circule en la relación EF y salud será productora de prácticas y discursos en el campo de la salud de licenciados/as en EF, por lo que la adopción de un marco teórico-metodológico referencial alternativo, como la perspectiva de la SC, permitirá valorar y resignificar el lugar de la EF en el campo de la salud (Carvalho, et al, 2013).

### Referencias Bibliográficas

- Cabrera, L., Corral, M., Damián, M. y Delgado, V. (2020). Aportes de las ciencias sociales y humanas para pensar la salud en el marco de la formación del licenciado en Educación Física de Uruguay. Una mirada a la salud en los planes de Estudio 2004/2017 de la licenciatura en Educación Física. En Carrquiriborde, N., De La Haye, J. & Renati, M. C. (coord.) Trabajos, comunicaciones y conferencias. Actas del Segundo Encuentro Cuerpo, educación y sociedad Teoría, práctica y formación (pp. 311-317). La Plata, Argentina: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de La Plata. <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/163>
- Carvalho, Y., Freitas, F. y Monteiro, V. (2013). Educação Física e Saúde: Aproximações coma “Clínica Ampliada. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, 35(3), 639-656.
- Carvalho, Y., Fraga, A. y Gomes, M. (2012). Políticas de formação em Educação Física e Saúde Colectiva. Trab. Educ. Saúde, 10(3), 367-386.

# Formación inicial de maestros en educación para la salud. Una experiencia desde la Universidad Pedagógica Nacional

## Ponente:

Yolanda Catalina Vallejo Ovalle - Colombia  
Universidad Pedagógica Nacional  
yvallejo@pedagogica.edu.co

## Autores

Yolanda Catalina Vallejo Ovalle<sup>1</sup>  
Análida Hernández<sup>2</sup>  
Gavy Mayerly Sossa<sup>3</sup>  
Roger Steban Rodríguez Saavedra<sup>4</sup>  
Laura Andrea Gómez Olarte<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Formación inicial de maestros, educación para la salud, investigación.

## Resumen:

La formación de profesores en Educación para la Salud es un tema de creciente importancia en el ámbito educativo, a medida que los problemas de salud relacionados con los estilos de vida y las enfermedades crónicas se vuelven más prevalentes entre los estudiantes, es fundamental que los profesores estén capacitados para abordar estas cuestiones de manera efectiva. Sin embargo, existe una brecha en la formación docente en este campo, lo que plantea interrogantes sobre cómo se puede integrar de manera pertinente la educación para la salud en los programas de formación docente.

Según García et al. (2019), la revisión sistemática sobre la formación del profesorado en educación para la salud reveló una falta de consistencia en los programas de formación existentes. Además, se identifica que algunos carecen de un enfoque integral que aborde los diferentes aspectos de la Educación para la Salud, como la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades, entre otros.

Por lo anterior, se hace necesario desarrollar estrategias y programas de formación docente que integren la Educación para la Salud como parte de los procesos educativos, brindando a los futuros profesores conocimientos y estrategias para abordar problemáticas de salud en los diversos escenarios educativos. Es así que, desde la línea de investigación Conocimiento del Profesor en Educación para la Salud (CPES), vinculada al grupo de investigación Conocimiento Profesional del Profesor en Ciencias de la Universidad Pedagógica Nacional (Bogotá-Colombia), se tiene como propósito contribuir en la formación inicial y permanente de profesores en Educación para la Salud (Hernández A y Vallejo Y. 2022).

Desde la creación de la línea en el año 2016, se han desarrollado prácticas pedagógicas y didácticas, trabajos de grado, un seminario de educación para la salud, semilleros de investigación, proyecto de investigación financiados por el Centro de investigaciones de la Universidad Pedagógica Nacional

y eventos académicos, que buscan problematizar la formación inicial y permanente de maestros en educación para la salud, vinculando estudiantes de diferentes licenciaturas, así como egresados y docentes en ejercicio.

Algunas de las temáticas abordadas en trabajos de grado y prácticas pedagógicas han sido: nutrición en escolares, educación sexual, salud sexual, estilos de vida saludable y actividad deportiva, consumo de sustancias psicoactivas, pensamiento crítico y salud, Tics y sistemas circulatorio, la actividad deportiva como estrategias para la calidad de vida, salud emocional, relaciones interpersonales en el aula, educación para la salud en contextos diversos, entre otros.

Por otra parte, desde los proyectos de investigación realizados en la línea, se ha caracterizado por medio de revisiones documentales la formación de profesores en educación para la salud en América Latina y España en los años 2005 al 2022; identificando que existe la necesidad de seguir fortaleciendo los procesos formativos de los futuros docentes en ámbitos relacionados con la educación para la salud como, por ejemplo: la nutrición, educación sexual y emocional entre otras. También se ha identificado, que en la formación de maestros en el campo de la educación para la salud no se vienen problematizando aspectos didácticos de este campo. Así mismo, desde la línea se han venido desarrollando semilleros de investigación que buscan aportar a la formación en investigación en educación para la salud de los futuros docentes.

Por medio del trabajo que se viene realizando desde la línea Conocimiento del Profesor en Educación para la Salud, se ha contribuido a la formación de maestros que reconocen la importancia de formarse como docentes investigadores en el campo de la salud.

### Referencias Bibliográficas

- García, M. A., et al. (2019). Formación del profesorado en educación para la salud: Una revisión sistemática. *Educación XX1*, 22(1), 237-258.
- Hernández, A., y Vallejo, Y. ( 2022). Reconocimiento de la importancia de formar un profesor investigador en de la Educación para la salud. [ Documento propuesta de semillero]. Universidad Pedagógica Nacional.

# Problemáticas en Educación para la salud y formación de maestros. Revisión documental en Colombia, Argentina y España periodo 2005-2020

## Ponente:

Analida Altagracia Hernández Pichardo -  
Colombia  
Universidad Pedagógica Nacional  
aahernandezp@pedagogica.edu.co

## Autores

Yolanda Catalina Vallejo Ovalle<sup>1</sup>  
Gloria Inés Escobar Gil<sup>2</sup>  
Jairo Alonso Forero Anaya<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Formación de profesores, problemáticas salud, revisión documental, Colombia, Argentina, España.

## Resumen:

La Línea de investigación Conocimiento del Profesor en Educación para la Salud (CPES) de la Universidad Pedagógica Nacional en el año 2022 desarrolló una investigación titulada “Problemáticas y desarrollos en la formación inicial de maestros en la Educación para la Salud en Colombia, Argentina y España a partir de una revisión documental 2005 a 2020”, debido a que se ha venido incrementando el impacto de enfermedades como infecciones de transmisión sexual, el uso y abuso de sustancias psicoactivas, desórdenes alimenticios, ludopatía, problemáticas emocionales, entre otras. Esta situación demuestra la pertinencia de incluir la Educación para la salud (EpS) en la formación de profesores por su incidencia en los diferentes contextos educativos. En esta ponencia presentamos los resultados de las problemáticas en educación para la salud que se abordan en la formación de maestros en los países mencionados anteriormente. La metodología se desarrolló desde un enfoque cualitativo, como estrategia el análisis documental, desde una perspectiva epistemológica interpretativa; se revisaron 82 fuentes de información (artículos, trabajos de grado, tesis doctorales, de maestría, ponencias, capítulo de libro).

De acuerdo con el análisis realizado en cada uno de los quinquenios (2005-2009, 2010-2014 y 2015-2020), España es el país que presenta mayor cantidad de publicaciones donde se abordan problemáticas relacionadas con la EpS, identificándose algunas de estas tales como: sexualidad, gestión emocional, nutrición, educación física y motricidad. En los últimos cinco años han aparecido aspectos sobre la atención primaria a personas con necesidades educativas especiales, que han sido violentadas sexualmente, y la motricidad en primera infancia.

Aunque en Colombia no se hallaron publicaciones que abordan la EpS para el primer quinquenio, en el segundo y tercer quinquenio se identificaron problemáticas que tienen que ver con: sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas, promoción de la salud, educación física y formación en primeros auxilios.

<sup>1,2,3</sup> Universidad Pedagógica Nacional

En el caso de Argentina, se encuentran tendencias similares a las de Colombia, con problemáticas relacionadas con: sexualidad, consumo de spa, educación física y promoción de la salud. En los tres países se evidencia que los profesores han carecido de un conocimiento adecuado que les permita vincular la EpS, la promoción y la prevención de la salud al currículo de la escuela y a sus prácticas escolares.

De acuerdo a lo evidenciado en la revisión documental para el periodo 2005-2020, el estudio de las problemáticas en salud ha estado vinculadas directamente con las políticas gubernamentales, con el objetivo de dar soluciones significativas a situaciones específicas que embargan las poblaciones de estudiantes escolares y universitarios.

Debido a que se denota una fuerte preocupación por la escasa formación inicial de los docentes en áreas como la educación sexual, el consumo de sustancias psicoactivas, la alimentación, primeros auxilios, la educación emocional y la salud mental, se han venido proponiendo alternativas en la formación docente relacionadas con la EpS.

### Referencias Bibliográficas

- Duarte, C. (2015). Comprensión e implementación de la promoción de la salud en instituciones de educación superior en Colombia. *Salud Pública*. 17 (6): 899-911.
- Gavidia, V. (1993) Consideraciones sobre la formación inicial del profesorado en educación para la salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 7. Pp.56-70.
- Valbuena, E. Correa, M. y Amórtegui, E. (2012). La enseñanza de la Biología ¿un campo de conocimiento? *Estado del arte 2007-2008. Tecné, Episteme y Didaxis: TED*, (31), 67-90.

# Herramienta educativa en lineamientos de atención clínica integral de leishmaniasis cutánea, SVE-CH, 2023

## Ponente:

Luisa Consuelo Rubiano Perea - Colombia  
Universidad de Antioquia  
consuelo.rubiano@udea.edu.co

## Autores

Luisa Consuelo Rubiano Perea<sup>1</sup>  
Yicenia Milena Cuadros Urrego<sup>2</sup>  
Esteban Ruiz Lopera<sup>3</sup>  
John Echeverri Morales<sup>4</sup>  
Verónica Romero Arroyabe<sup>5</sup>  
Walter Alonso Zuluaga Ramírez<sup>6</sup>

## Palabras Clave

Código QR, Leishmaniasis cutánea, co-diseño, preguntas frecuentes.

## Resumen:

**Introducción:** Las enfermedades tropicales olvidadas son un grupo de enfermedades que se encuentran en las regiones tropicales y subtropicales del mundo, especialmente en África, Asia y América Latina. Una de ellas es la leishmaniasis cutánea (LC) que se asocia a disparidad en salud, profundizada por la desactualización de los equipos de salud sobre los lineamientos en la atención clínica integral y preventiva en los diferentes niveles de atención.

El objetivo de esta experiencia fue explorar e identificar las preguntas frecuentes sobre la atención clínica integral del paciente afectado por la LC. para construir una herramienta de fácil acceso que dé respuesta ágil a estas preguntas.

**Métodos:** A través de una serie de sesiones de trabajo con los equipos de salud (médicos, enfermeras, microbiólogos, auxiliares, regentes de farmacia) de 10 hospitales de primer y segundo nivel de atención de zona endémica, se recopilaron 154 preguntas frecuentes sobre la atención clínica integral del paciente con diagnóstico de LC, divididas en seis categorías: 1) generalidades, 2) diagnóstico clínico y de laboratorio, 3) tratamiento, 4) seguimiento al tratamiento y a respuesta terapéutica, 5) farmacovigilancia y 6) prevención. Las respuestas se construyeron basadas en las directrices para la atención del paciente con leishmaniasis, actualizadas por la OMS/OPS/2022, los lineamientos del Ministerio de salud y protección social/2023 y el curso de OPS sobre Leishmaniasis en las Américas, diagnóstico y tratamiento de 2022. Estas respuestas se ubicaron en un micrositio de acceso rápido a través de un código QR.

**Resultados:** Se diseñó un micrositio para alojar las respuestas a las preguntas frecuentes sobre la atención del paciente con LC, las cuales se almacenan en un sitio web, junto con videos y contenido multimedia que responde a la atención integral procedimientos y conceptos actualizados por la OPS/OMS y Ministerio

<sup>1,2,3,5,6</sup> Universidad de Antioquia  
<sup>4</sup> Dirección Territorial de Salud de Caldas

de salud y protección social de Colombia. Se realiza en una distribución de seis módulos de acceso libre, dirigido al personal asistencial que contiene la atención integral del paciente con LC, el cual incluye material audiovisual correspondiente al curso de leishmaniasis para las Américas de la OPS y material bibliográfico que complementa las respuestas básicas a las preguntas frecuentes. Se adiciona a esta herramienta la aplicación diseñada para el cálculo de la dosis de los medicamentos denominada “OK DOSE” a la cual se accede con otro código QR. Esta herramienta facilita la formulación de las diferentes opciones terapéuticas para la LC.

**Discusión y conclusiones:** El desarrollo de una herramienta de fácil y rápido acceso, que responda a las preguntas del día a día de la práctica clínica relacionadas con las enfermedades olvidadas como la LC, requiere la participación de los usuarios finales. La participación de los equipos de salud que atienden los pacientes en el primer y segundo nivel permite la identificación de primera mano de las necesidades de los profesionales de salud, los pacientes y los elementos contextuales. Un estudio que evalúe la experiencia del usuario es importante porque garantiza que las herramientas y el producto final cumplan con las respuestas que requiere del equipo de salud o usuario final. La experiencia de los equipos de salud de este tipo de herramientas también puede determinar la aceptabilidad, lo que determina el uso continuo. La educación médica en Colombia requiere actualización continua, en especial de las enfermedades tropicales olvidadas que desarrollen la conexión entre los profesionales de la salud y la comunidad.

Se necesita más trabajo para comprender mejor cómo cada uno de estos elementos influye en la toma de decisiones para la atención de los pacientes y para evaluar de primera mano la respuesta real a las opciones terapéuticas existentes.

### Referencias Bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas. Segunda edición. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325032>
- Lineamientos de atención clínica integral para Leishmaniasis en Colombia Versión 4, Subdirección de Enfermedades Transmisibles, Grupo de Enfermedades Endemoepidémicas, 2023. Lineamientos de atención clínica integral para Leishmaniasis en Colombia (minsalud.gov.co)
- Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento - 2022 | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS) (campusvirtualsp.org)





# Educación en el campo de la salud pública en el marco de la innovación y las nuevas tecnologías

- 442 Estrategia de educación virtual en salud para la promoción de una atención humanizada
- 444 Percepción de los estudiantes de enfermería de la USCO frente a la administración de medicamentos vista en la virtualidad por pandemia
- 446 Apuesta Universitaria para una educación en alimentación y salud planetaria.

# Estrategia de educación virtual en salud para la promoción de una atención humanizada

## Ponente:

Karol Tatiana Colorado Barrios - Colombia  
Gobernación de Risaralda,  
Universidad del Tolima  
ktcoloradob@ut.edu.co

## Autores

Karol Tatiana Colorado Barrios<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Código QR, Leishmaniasis cutánea, co-diseño, preguntas frecuentes.

## Resumen:

Esta investigación tuvo como principal objetivo, identificar cómo la implementación de una estrategia en educación virtual, dirigida a empleados de la Empresa Social del Estado Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha - Cundinamarca, incidía en el mejoramiento de la prestación de servicios en salud de mujeres gestantes y recién nacidos en esta institución. La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Minsalud, 2022), Muñoz y Vidal (2016), manifiestan que el empleo de las TIC en educación en salud favorece un cambio de paradigma en la esfera de la dirección en salud, diseñando estrategias de capacitación sobre las herramientas de trabajo colaborativo, beneficiando el desarrollo de habilidades en las mismas y un mejor desempeño en los trabajadores de la salud que redunde en mayor eficiencia y eficacia de su trabajo.

Por lo tanto, la educación en salud debe estar orientada hacia una formación de personal en salud que propenda por el desarrollo del ser humano, con metas y objetivos claros de superación y autorrealización, generando escenarios propicios para orientar la formación de los profesionales hacia el desarrollo de competencias para el uso de las mismas, y reintegrando esa información en conocimiento útil para la sociedad (Avella & Parra, 2013, p. 22).

La presente investigación realizó un estudio mixto con estrategia metodológica, estudio de caso, situándose desde el paradigma interpretativo cualitativo dándole además un alcance descriptivo cuantitativo, describiendo relaciones y representaciones que permitieran dar respuesta los objetivos planteados. La metodología fue organizada en cuatro fases: exploratoria, preparatoria, intervención y evaluación.

<sup>1</sup> Gobernación de Risaralda, Universidad del Tolima

Dando como resultado un análisis mixto que muestra los efectos, conclusiones y recomendaciones que surgieron a lo largo de la intervención, observando una relación efectiva directa entre el proceso de construcción colaborativa del curso virtual de humanización materno perinatal y el aprendizaje de los participantes, con beneficios significativos hacia los estudiantes en la adquisición de conceptos y habilidades de humanización; evidenciando el mejoramiento de indicadores de calidad en atención de gestantes en la institución, disminuyendo peticiones, quejas y reclamos hacia el personal de salud y mejorando la satisfacción de los pacientes.

Se observaron relaciones asociadas entre la educación virtual en salud, la humanización en servicios de salud y la educación virtual en salud, expresadas en la necesidad de contar con colaboración externa a los participantes como la brindada por los expertos, profesionales y teóricos de diferentes sectores adicionales al área de la salud; el estudio también mostró variables externas que generaron barreras en la implementación de un trato humanizado en la población materna y del recién nacido como la carga laboral y la falta de insumos en las instituciones de salud, los educandos manifestaron que acceder a la educación virtual de manera asincrónica les permitió una mejor y mayor participación debido al poco tiempo con el que se cuenta para participar de encuentros sincrónicos debido a horarios laborales y demás responsabilidades, los foros de evaluación donde se solicitó a los participantes interactuar mediante apoyos multimedia con casos reales como el cargue de fotos, videos y demás instrumentos multimedia permitieron un mejor alcance del objetivo de aprendizaje. Como algunas de las recomendaciones se resalta la necesidad de contar con un tutor líder, realizar un diagnóstico de alfabetización digital previo a los estudiantes y apoyarse en el video explicativo como recurso educativo.

### Referencias Bibliográficas

- Avella, L., & Parra, P. (2013). Tecnologías de la información y la comunicación (TICS) en el sector salud.
- Minsalud. (2022). Observatorio Nacional de Calidad en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
- Muñoz, M., & Vidal, M. J. (2016). Plataformas de trabajo colaborativo para la dirección en Salud, aprender desde la educación virtual. INFODIR.

# Percepción de los estudiantes de enfermería de la USCO frente a la administración de medicamentos vista en la virtualidad por pandemia

## Ponente:

Yeidy Moreno Collazos  
Andrés Mauricio Díaz Solorzano  
Colombia  
Universidad Surcolombiana  
u20192184583@usco.edu.co

## Autores

Andrés Mauricio Díaz Solorzano<sup>1</sup>  
Sharon Stephany Hernández Silva<sup>2</sup>  
Yeidy Moreno Collazos<sup>3</sup>  
Mery Laura Tovar Perez<sup>4</sup>  
Juan Camilo Calderón Farfán<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Educación virtual, habilidades clínicas, administración de medicamentos, percepción, pandemia y post pandemia.

## Resumen:

Para el año del 2020, la OMS declaró la pandemia por coronavirus como una emergencia de salud pública de importancia internacional. La pandemia generó el cese de actividades y confinamiento social con impactos en diferentes sectores, incluyendo el sector educativo a nivel superior, que desarrolló estrategias para progresar con los planes académicos durante el confinamiento. El presente estudio aborda el desarrollo de habilidades clínicas en la administración de medicamentos de estudiantes de un programa de pregrado de Enfermería durante el confinamiento.

El objetivo fue describir las percepciones de los estudiantes de enfermería frente al desarrollo de habilidades en la administración de medicamentos en modalidad virtual durante la pandemia por COVID-19.

Método: Investigación cualitativa de alcance descriptivo. La población fueron estudiantes del programa de enfermería de la Universidad Surcolombiana. La selección de la muestra se realizó a través del muestreo teórico en estudiantes de las cohortes 2017-1 a 2019-2, que vieron cursos en la modalidad virtual durante la pandemia de COVID-19 y actualmente se encuentran en presencialidad.

Las técnicas de recolección fueron dos grupos focales con guiones dirigidos, con un total de 13 participantes, de los cuales 9 fueron mujeres y 4 hombres. El análisis de la información se realizó mediante herramientas analíticas de la teoría fundamentada. La codificación abierta generó 90 códigos, agrupados en 3 categorías: percepciones, tensiones y potencialidades.

Resultados: Las percepciones destacan elementos como la confianza que genera el docente y su repercusión en los resultados del estudiante, el limitado uso de las TICS que dificultó el aprendizaje en la virtualidad, así como limitaciones del primer acercamiento de los estudiantes al ambiente práctica.

Algunas tensiones fueron barreras durante la virtualidad como el acceso limitado a internet, clases no grabadas, pedagogía inadecuada del docente; limitada interacción entre estudiantes y docentes durante virtualidad y factores distractores como labores domésticas, trabajo durante pandemia, preocupación económica, estrés y pérdida de familiares. Entre las potencialidades se destaca la virtualidad como estrategia de accesibilidad para estudiar a distancia, el replanteamiento de estrategias de enseñanza que implique la relación teórica con el campo clínico mediante talleres prácticos y cambios curriculares respecto al área de farmacología.

Discusión y conclusiones: Las percepciones de los estudiantes frente al desarrollo de habilidades clínicas en la administración de medicamentos se destacan: la confianza y comprensión del docente, el esfuerzo del estudiante, la importancia del curso de profundización de farmacología, restricciones a compartir grabaciones de las clases, barreras en el uso de nuevas herramientas generadas por la virtualidad y las largas jornadas de clase virtuales. Las principales tensiones fueron dificultades en el manejo de las TICS; limitado contacto docente- estudiante; factores distractores y sobrecarga estudiantil multifactorial. Vacío de conocimiento y ausencia de habilidades prácticas notadas en la confusión y temores en la administración de medicamentos.

Entre las potencialidades identificadas se destaca el ambiente práctico y presencial del curso de farmacología y administración de medicamentos, mayor transversalización o extensión del curso en el plan de estudios y la implementación de casos clínicos y talleres prácticos de situaciones reales de enfermería de forma virtual y presencial que faciliten la apropiación de conocimientos.

### Referencias Bibliográficas

- Avendaño, W. R., Luna, H. O., & Rueda, G. (2021). Educación virtual en tiempos de COVID-19: percepciones de estudiantes universitarios. *14*(5), 119-128. doi: 10.4067/S0718-50062021000500119
- Kim, S., Jeong, S.H., Kim, H.S., & Jeong, Y.J. (2022). Academic Success of Online Learning in Undergraduate Nursing Education Programs in the COVID-19 Pandemic Era. *Journal of Professional Nursing*, *38*, 6-16. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.10.005
- OMS. (2020, April 27). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. OMS. Retrieved from <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

# Apuesta Universitaria para una educación en alimentación y salud planetaria.

## Ponente:

Cristina Carreño Aguirre - Colombia  
Universidad de Antioquia  
cristina.carreno@udea.edu.co

## Autores

Cristina Carreño Aguirre<sup>1</sup>  
Juan Diego Goetz Rueda<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Educación virtual, habilidades clínicas, administración de medicamentos, percepción, pandemia y post pandemia.

## Resumen:

Los rápidos cambios sociales, culturales, económicos y tecnológicos han contribuido al surgimiento de nuevos desafíos sin precedentes en el campo alimentario, nutricional y de salud. Estas nuevas realidades configuran trayectorias diversas en las prácticas humanas como la alimentación, los hábitos de vida y el consumo, que a su vez afectan el medio ambiente, la salud de las poblaciones y la sostenibilidad en el planeta. Este escenario pone de manifiesto la necesidad de trascendencia en la actividad teórica desde el campo alimentario, nutricional y de salud, la cual, si bien implica la producción de conocimiento, debe asumir una visión pragmática y contextual.

Esto es, entender al conocimiento relacionado con circunstancias históricas y contextos que rodean los sujetos y, en segundo lugar, que la teoría y el conocimiento debe articularse siempre con la realidad. Así recupera importancia una educación basada en el pensamiento crítico (Bauman, 2013) y miradas ecológicas (Boff, 2011) como parte esencial del sistema de educación universitaria, en especial en la educación en este campo, pues se requiere la creación de hábitos de aprendizaje desde la reflexión y conciencia para incidir positivamente en las transformaciones humanas y planetarias presentes y futuras.

Por lo anterior, en el marco del Plan de Desarrollo Institucional 2017-2027 y el Plan de Acción Institucional 2021-2024 de la Universidad de Antioquia, se desarrolló una apuesta educativa para mejorar las capacidades de toma de decisiones en la comunidad Universitaria sobre su alimentación con respecto al futuro de la alimentación, la sustentabilidad y la salud planetaria.

Esta apuesta consistió en la formulación de un curso denominado "Alimentación y Salud Planetaria" como parte integral del Programa de educación complementaria de la Vicerrectoría de Docencia, el cual, es una estrategia curricular que se fundamenta en los principios de universalidad, excelencia, interdisciplinariedad y formación integral. Proceso educativo, método o didáctica. Este curso fue

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

ofertado a todos los estudiantes de la Universidad en el período 2022-2, con una duración total de 96 horas. Participaron 22 estudiantes de diversos pregrados, como Ciencias de la Salud, Exactas y Naturales, Agrarias y Ciencias del Mar, provenientes principalmente de la Sede de Medellín, pero también de otras sedes como Magdalena Medio y Urabá. Así mismo se contó con la participación de dos estudiantes de Doctorado.

Se desarrolló en tres unidades temáticas, en modalidad totalmente asistida por las tecnologías de la información y comunicación, bajo metodologías activas y participativas, con el fin de que los y las estudiantes aprendieran y reflexionaran a partir de vivencias cotidianas relacionadas con el acto de alimentarse y como esta acción puede influir de manera positiva o negativa sobre la salud del planeta. Al finalizar el curso se evidenció que constituyó una experiencia de aprendizaje muy positiva. Por un lado, en un aporte para las formas que adquiere la educación actual en alimentación, nutrición y salud, así como hacia el cumplimiento del objetivo, logrando un impacto de transformar las elecciones de la comunidad universitaria en su cotidianidad.

### Referencias Bibliográficas

- Bauman, Z. (2013). Sobre la Educación en un mundo líquido. Barcelona: Paidós
- Boff, L. (2011). Ecología. Grito de la Tierra, grito de los pobres. Madrid: Trotta.
- Sánchez, A. (2021). Tu Dieta puede salvar el planeta. España: Paidós.

# Educación en el campo de la salud con niños, niñas y adolescentes en el ámbito escolar

- 449 Educación en Salud: Herramienta pedagógica en un entorno escolar desde la lúdica y la interdisciplinariedad
- 451 Experiencia educativa: formación de Monitores en conductas promotoras de salud para escuelas básicas del sur de Chile
- 453 Hábitos de prevención de enfermedades comunes en escolares de primaria de una zona rural del estado de Guerrero
- 455 Implementación de estrategia educativa para mejorar oferta de alimentos de una institución educativa pública de Medellín



# Educación en Salud: Herramienta pedagógica en un entorno escolar desde la lúdica y la interdisciplinariedad

## Ponente:

Diana Esther Rodríguez Villa - Colombia  
Universidad Simón Bolívar  
diana.rodriguezv@unisimon.edu.co

## Autores

Karolay Edith Macia Hernández<sup>1</sup> | Regina Del Socorro González Cabana<sup>2</sup> | Yudy Ladeo De Hurtado<sup>3</sup>  
Silvana Edith Lasprilla Fawcett<sup>4</sup> | Aury Esthela Gutiérrez Castilla<sup>5</sup> | Aracelis Valdés Valdés<sup>6</sup>  
Betsy Catherine Mauris Polo<sup>7</sup> | Alicia Gilena Cabrera Celin<sup>8</sup> | Ludys Esther Cuentas Bolívar<sup>9</sup>  
Liseth Paola Robles Manjarres<sup>10</sup> | Ingrid Paola Pérez Leiva<sup>11</sup> | Jhonatan Torres Fernández<sup>12</sup>

## Palabras Clave

Educación, escolar, lúdica.

## Resumen:

Malala. Existen pocas armas en el mundo que son tan poderosas como una niña con un libro en la mano

“Educación en Salud: Herramienta pedagógica en un entorno escolar desde la lúdica y la interdisciplinariedad”.

La promoción de la salud debe comenzar en el curso de vida de la primera infancia, convirtiéndose la escuela en un entorno relevante para establecer las pautas para la adquisición de hábitos saludables, ya que no solo supone un elemento clave como instrumento de desarrollo económico, sino también en la mejora de la salud a lo largo de todo el curso de vida.

Desde esta perspectiva, es necesario integrar intervenciones de promoción de salud en la dinámica de la escuela, mediante un trabajo interdisciplinario continuo y permanente desde la formación inicial o etapas iniciales de aprendizaje, en el marco de la estrategia de escuelas saludables (1). La familia juega un papel fundamental, en la capacidad de impactar en los hábitos saludables en sus hijos y sus elecciones, convirtiéndose en un apoyo para el equipo interdisciplinario en el abordaje en situaciones relacionadas con la práctica de un estilo de vida saludable, basados en el apoyo y estimulación, se establecen rutinas y se moldea hacia una conducta promotora de salud (3) teniendo en cuenta la escuela de padres que un espacio para compartir las vivencias de los escolares.

Lo anterior articulado con la escuela donde existe una herramienta fundamental como es la lúdica que viene del latín ludus que significa “juego”. Y es el juego como referencia la UNICEF “una de las formas más importantes en las que los niños pequeños obtienen conocimientos y competencias esenciales”, El aprendizaje a través del juego en los primeros cursos de vida en un entorno escolar potencializan los factores protectores y fomentan la motivación para aprender formándose como pares que transmiten conocimiento.

Como valor agregado el contar con un equipo interdisciplinario en el marco del programa de Educación para la Salud Hábitos de Vida Saludable en Familia: Alimentación saludable, Actividad Física y Postural, Higiene personal, Tareas del hogar, Accidentes domésticos, Utilización del internet y la televisión, Relaciones familiares.

Bajo la normatividad de la Constitución Política Colombiana de 1990 en su artículo 44 “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión” señalando que estos derechos son fundamentales y establece su prevalencia sobre los de los demás.

El Ministerio de Salud y Protección Social quien promueve los hábitos y estilo de vida saludable como: la Escuela de Puertas Abiertas que es una estrategia pedagógica que busca promover estilos de vida saludables en entornos escolarizados y no escolarizados.

Por todo la anterior es fundamental la alianza, academia, escuela, familia, el ente territorial y por supuesto los actores principales, los niños y niñas, quienes al adquirir habilidades y conocimiento para el cuidado de sí mismo y de los y las demás conlleva a un modo condiciones de vida hacia un envejecimiento activo y saludable.

### Referencias Bibliográficas

- Gloria, L. A., Villa, D. R., Rojas-Torres, I. L., González, C. C., López, J. R., Villa, M. S., ... & Camila, G. R. (2022). Comportamiento de los hábitos alimenticios en los estudiantes de una institución educativa de Barranquilla-Colombia. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 41(5), 348-352.
- Osorio, I., Rodríguez, D., Luna, M. J., & García, S. L. (2022). Intervención en hábitos de vida saludables en escolares de la Institución Educativa Politécnico de Soledad.
- Villa, D. R., Lastre-Amell, G., Carrero-Gonzalez, C. M., Martínez-Royert, J. C., Santander, M. A. O., García, R. C., ... & Bolaño, S. S. (2021). Healthy Habits in Third Grade Schoolchildren at an Educational Institution in Soledad Atlantico, Colombia. *Linguistica antverpiensia*, 1556-1567.

## Experiencia educativa: formación de Monitores en conductas promotoras de salud para escuelas básicas del sur de Chile

### Ponente:

Luz Lorena Lobos Fernández - Chile  
Departamento de Nutrición y Salud Pública,  
Facultad de Ciencias de la Salud y de los  
Alimentos, Universidad del Bío-Bío  
llobos@ubiobio.cl

### Autores

Luz Lorena Lobos Fernández<sup>1</sup>  
Ana Raquel Pincheira Rodríguez<sup>2</sup>

### Palabras Clave

Promoción de la salud, ambiente libre de tabaco, alimentación saludable, intersectorialidad.

### Resumen:

**Introducción:** En el escenario epidemiológico actual, la población infantil evidencia problemáticas crecientes de malnutrición por exceso y exposición temprana a conductas de riesgo como el hábito tabáquico. La promoción de la salud en comunidades educativas, con estrategias participativas-intersectoriales y recursos didácticos adecuados, propicia el desarrollo de comportamientos favorecedores para la salud (a).

**Objetivo:** Describir el diseño e implementación de un programa educativo para formación de monitores escolares de 5º a 7º grado de escuelas primarias municipalizadas de comuna de Chillán, Chile.

**Material y métodos:** El programa educativo fue diseñado con base en un diagnóstico de situación, con la implementación de metodología Precede, que consideró aplicación de encuesta de conocimiento, actitud y práctica en temáticas de alimentación y tabaco, además de entrevista a informantes claves de las comunidades educativas para un acercamiento a los ámbitos educativos, de comportamiento y epidemiológico-social de los escolares en las tres escuelas públicas participantes.

El diagnóstico fue ejecutado por tres docentes universitarios, tres profesionales de centros de atención primaria de salud y diez estudiantes de las carreras de enfermería y Nutrición y Dietética de la Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile. Las actividades educativas y material didáctico del programa educativo diseñado fueron planificadas y desarrolladas con orientación a temáticas de promoción de la salud en conductas saludables de alimentación y ambientes libres de tabaco.

**Resultados:** Se diseñó un manual y material didáctico para talleres educativos con ocho sesiones de trabajo teórico-práctico en lo sanitario para la promoción de la salud en alimentación saludable y prevención del hábito tabáquico, este material fue elaborado para formar estudiantes monitores de salud escolar. Se

<sup>1,2</sup> Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos, Universidad del Bío-Bío

concretó la preparación de seis profesores, treinta y seis escolares monitores en conductas promotoras de salud para alimentación saludable y ambientes libre de tabaco en las escuelas participantes. Los monitores de salud escolar replicaron los aprendizajes adquiridos con sus pares, equivalentes a setenta y cinco escolares de 4° a 8° grado de ambas escuelas. Los talleres educativos realizados dieron como resultado un manual educativo pertinente para formación de monitores escolares de salud, 40 producciones infantiles de material artístico-didáctico exhibidas en las aulas de los cursos participantes de cada escuela durante el año 2018. Las escuelas consideraron el programa educativo adecuado y constructivo para la promoción de la salud en ambientes educativos escolares.

**Conclusión:** El trabajo intersectorial entre universidad, centro de salud primaria y escuelas integra profesiones, saberes y recursos humanos que tributan de manera colaborativa a la construcción de escenarios vinculantes para la promoción de la salud en comunidades y ambientes educativos.

**Discusión:** esta experiencia educativa materializa la teoría de aprendizaje social cognitiva (b), considerando la mediación entre personas como una poderosa herramienta para el desarrollo de habilidades, saberes y actitudes que representen factores protectores de la salud, a través de los elementos distintivos de la comunicación efectiva, que utiliza fuentes informativas percibidas como pares, en un entorno que combinado con las sinergias de los recursos educativos, normativos y organizacionales presentes en las escuelas, contribuyeron al desarrollo de habilidades para el autocuidado y la salud de sus integrantes.

### Referencias Bibliográficas

- a. Oberto, M. G., Mamondi, V., Ferrero, M., & Sánchez, R. J. (2020). Relato de una experiencia de promoción de la salud en escuelas: fomentando el lavado de manos. *Revista Educación*, 44(2), 360–385. <https://doi.org/10.15517/revedu.v44i2.37581>
- b. Olave-Müller, Paola, López-Contreras, Natalia, Cirano-Méndez, Gabriel, Duim, Etienne, & Muñoz-Mardones, Javiera. (2018). Enabling Elements for the Implementation of Community Health Promoter Led Interventions: A Literature Review. *International journal of odontostomatology*, 12(4), 437-444. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2018000400437>

# Hábitos de prevención de enfermedades comunes en escolares de primaria de una zona rural del estado de Guerrero

## Ponente:

Janet Saldaña Almazán - México  
Universidad Autónoma de Guerrero  
janetsaldana22@hotmail.com

## Autores

Janet Saldaña Almazán<sup>1</sup>  
Claudia Erika Ríos Rivera<sup>2</sup>  
Vianey Guadalupe Saldaña Herrera<sup>3</sup>  
Norma Luz Solano Gonzalez<sup>4</sup>  
Sergio Paredes Juarez<sup>5</sup>  
Belén Madeline Sánchez Gervacio<sup>6</sup>  
Sergio Paredes Solís<sup>7</sup>

## Palabras Clave

Hábitos, cultura, salud, educación.

## Resumen:

**Antecedentes:** en México, el acceso a la educación y a la salud, constituyen derechos humanos fundamentales regulados constitucionalmente en los artículos 1º, 3º y 4º, sin embargo, no se garantizan plenamente debido a las condiciones de pobreza y rezago prevaleciente en contextos marginados, como el caso de los Pueblos Santos ubicados en la Sierra de Guerrero, entidad que ocupa los primeros lugares en pobreza y los últimos en desarrollo educativo y de salud a nivel nacional, por ende, en materia de salud, resulta fundamental construir una cultura de prevención a partir de procesos educativos.

**Problema.** En el estado de Guerrero la mayoría de la población se encuentra en localidades rurales, vulnerables y afectadas por el rezago educativo, económico y demográfico que inciden en el desarrollo de infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y enfermedades transmitidas por vectores que fundamentalmente afecta a los sectores infantiles y que pueden ser prevenidas a partir de protocolos de educación para la salud. En el año 2019, las infecciones agudas (respiratorias, gastrointestinales y urinarias) ocuparon los tres primeros sitios dentro de las 20 causas más frecuentes de morbilidad, seguidas por el dengue. Estas constituyen una muestra de las enfermedades comunes que mayormente impactan a las comunidades rurales a causa de su rezago y marginación.

**Justificación.** La importancia del estudio radica en que indaga los factores asociados a la generación de enfermedades comunes dentro de un contexto marginado y con base en los objetivos de salud establecidos en el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018, contribuye a conformar conductas preventivas en estudiantes. **Objetivos:** identificar los factores asociados a la conformación de una conducta preventiva de enfermedades comunes en escolares de primaria de comunidades rurales.

**Métodos:** se aplicó una metodología mixta, compuesta por dos fases: en la parte cuantitativa se aplicaron 236 cuestionarios a padres de familia, se preguntaron datos demográficos, datos socioeconómicos y los

relacionados con la atención y prevención de las enfermedades en cuatro escuelas primarias rurales. En la parte cualitativa se entrevistaron a 14 docentes de las mismas escuelas, abordando datos sobre el contexto escolar y sobre la percepción de los docentes sobre la salud de los escolares, políticas y acciones promovidas en la institución. Resultados: en la parte cuantitativa se encontró asociación entre enfermedades diarreicas en escolares; las variables que alcanzaron significancia estadística fueron: no contar con agua entubada y letrina en la vivienda. En cuanto a la parte cualitativa, se halló que falta fortalecer los programas de salud, habilitar los temas concernientes al cuidado de la salud, así como implementar estrategias para el diseño y aplicación de los contenidos.

Conclusiones: En el estado de Guerrero prevalecen condiciones de pobreza que derivan en el desarrollo de enfermedades que son posibles de prevenir a partir de políticas que promuevan la educación para la salud, para lo cual resulta fundamental el trabajo comprometido de los actores educativos que laboran en contextos escolares marcados por la marginación y dispersión poblacional, ya que con base en el currículo pueden contribuir a conformar una cultura de prevención en materia de salud en sus estudiantes.

### Referencias Bibliográficas

- Álvarez, L; Álvarez, A.. (2009, junio 6). Estilos de vida y alimentación. *Gazeta de Antropología*, 25, pp.1-14.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). *Promoción de la Salud*. Organización Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- PSE (2020-2024). Programa Sectorial de Educación. *Objetivos prioritarios*. Diario Oficial de la Federación. México. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5596202&fecha=06/07/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596202&fecha=06/07/2020) el 12 de agosto del 2021.

# Implementación de estrategia educativa para mejorar oferta de alimentos de una institución educativa pública de Medellín

## Ponente:

Catalina Muñoz Montoya - Colombia  
Universidad de Antioquia  
catalina.munozm@udea.edu.co

## Autores

Catalina Muñoz<sup>1</sup>  
Isabel Cristina Carmona Garcés<sup>2</sup>  
Teresita Alzate Yepes<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Ambientes alimentarios, exceso de peso escolar, oferta de alimentos saludables.

## Resumen:

**Introducción:** El exceso de peso en niños y adolescentes es una problemática de salud pública, ocasionada por la alta ingesta de productos ultraprocesados; predominantes en las tiendas escolares. Se ha evidenciado que el ambiente escolar es un determinante del comportamiento alimentario e influye en el estado nutricional de los escolares, por lo que mejorar la calidad de su oferta es una estrategia promisoriosa para prevenir el sobrepeso (Balestrin M., Kirsten V. R., & Wagner M. B., 2022).

Pese a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) de crear ambientes alimentarios escolares saludables, los productos ultraprocesados siguen predominando, lo cual coincide con lo encontrado en la tienda escolar de la Institución Educativa Monseñor Gerardo Valencia Cano de Medellín; al identificarse una baja oferta de alimentos y preparaciones saludables. Por lo tanto, el objetivo de esta estrategia es implementar y evaluar una acción educativa-informativa para mejorar la oferta de alimentos de la tienda escolar de esta institución.

**Método:** Se implementó una estrategia educativa basada en el modelo pedagógico Precede-Procede (Lawrence W. et al., 1992) ajustado en cuatro fases: La primera fue el diagnóstico, que abarcó entrevistas a oferentes de la tienda escolar y observación para identificar problemáticas, causalidades y posibles soluciones; la segunda, fue de planeación de la experiencia educativa; la tercera, el desarrollo de la experiencia, que se efectuó a partir de talleres participativos de elaboración y degustación de preparaciones saludables y diálogos de saberes, estas técnicas educativas se desarrollaron teniendo como base las necesidades identificadas en la fase uno. Así mismo, el material educativo y publicitario utilizado fue validado con los beneficiarios. La cuarta y última fase va en función de la evaluación y seguimiento, aún en desarrollo y de crucial importancia, para hacer ajustes sobre la marcha en la implementación de la estrategia y valorar el problema precedente.

<sup>1,2,3</sup> Universidad de Antioquia

Resultados: En fase uno se encontró alta oferta de productos ultraprocesados, y una oferta y publicidad limitada de preparaciones saludables. Lo anterior propició que en la fase dos y tres se concertara un menú comprendido por siete preparaciones con alto valor nutricional, se desarrollara un taller culinario con empleados de la tienda escolar para habilitarlos frente a su implementación, y con docentes para involucrarlos como promotores de la nueva oferta, la cual fue socializada con escolares y padres de familia a través de los medios de comunicación de la institución y una sesión informativa. Lo anterior se complementó con seis materiales publicitarios validados por ellos. La fase cuatro o de evaluación va en función de conocer la satisfacción de los usuarios en torno a la nueva oferta y los impulsores o barreras para su compra, esperando recibir realimentación que propicie la mejora constante de la estrategia.

Conclusiones: El desarrollo de esta estrategia permite reflexionar sobre como el modelo Precede-Procede puede implementarse en un ambiente escolar, con el fin de mejorar la oferta alimentaria. En la práctica se identifica que es necesario en la fase precede identificar aspectos relativos al comportamiento individual, a las necesidades sociales, a las características ambientales y los condicionantes administrativos y contractuales que pueden favorecer o limitar una oferta de alimentos en la tienda escolar que favorezca la salud de los escolares. En la fase Procede hasta el momento se ha identificado la necesidad de evaluación del proceso de manera permanente con el fin de ajustar la estrategia educativa a las necesidades e intereses de todos los actores. Actualmente, estamos en esta última fase con el fin de garantizar la sostenibilidad de la estrategia.

### Referencias Bibliográficas

- Balestrin, M., Kirsten, V. R., & Wagner, M. B.. (2022). Healthy and Safe School Cafeteria Program: a randomized controlled study. *Revista De Nutrição*, 35(Rev. Nutr., 2022 35).
- Lawrence W. Green P.H. & Marshall W. Kreuter Director of Health (1992) CDC's Planned Approach to Community Health as an Application of PRECEED and an Inspiration for PROCEED, *Journal of Health Education*, 23:3, 140-147, DOI: 10.1080/10556699.1992.10616277
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. 2015.





# Interdisciplinarietà en la educación en el campo de la salud

- 458 Formación interdisciplinar y sus desafíos: una experiencia desde la Salud Colectiva brasileña.
- 460 Práctica comunitaria, interdisciplinarietà e intersectorialidad: experiencia de caso en educación para la salud en Cali
- 462 Sistematización de una experiencia en el marco del Espacio de Formación Integral. De los ODH a las Ganas de Vivir

# Formación interdisciplinar y sus desafíos: una experiencia desde la Salud Colectiva brasileña.

## Ponente:

Leni Maria Vidal Sandoval - Colombia  
Universidade Federal da Bahia  
lmvidals@unal.edu.co

## Autores

Leni Maria Vidal Sandoval<sup>1</sup>  
Diana Carolina Ruiz Mendoza<sup>2</sup>  
Yeimi Alexandra Alzate López<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Salud Colectiva, Educación en Salud, Interdisciplinar, Intersectorialidad, Epidemiología Crítica.

## Resumen:

**Introducción.** En Brasil, la contienda contra el reduccionismo biomédico hegemónico que fragmenta el conocimiento y al ser humano, originó la Salud Colectiva. Un campo de saberes y prácticas que propone un paradigma para pensar la salud y la enfermedad como procesos sociales, con enfoques comprensivos de las ciencias humanas y la epidemiología crítica. Por consiguiente, la interdisciplinariedad es la base fundamental de la formación en esta área (Almeida,2000; Santos & Killinger,2011).

En este trabajo compartimos las experiencias prácticas del ejercicio de interdisciplinariedad en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahia (ISC-UFBA-Brasil), en pregrado y posgrado y se discuten los principales desafíos encontrados.

**Proceso educativo:** Las estrategias implementadas en el ISC-UFBA para promover la interdisciplinariedad surgen de su estructura basada en los Programas Integrados de Investigación y Cooperación Técnica, dentro de los cuales confluyen tres áreas de concentración que componen la Salud Colectiva: Epidemiología; Ciencias Sociales en Salud; Políticas, Planificación y Gestión. Esa organización trata de superar la división por áreas de concentración y promover el análisis de los objetos de estudio con diferentes abordajes, tanto mixtos, cuantitativos y cualitativos, simultáneamente. En el posgrado, el plan de estudios tiene un núcleo básico común a las tres áreas de concentración y disciplinas específicas para cada una. En el currículo del pregrado en Salud Colectiva se vinculan componentes de las tres áreas, como estrategia de formación en las prácticas interdisciplinarias, realizadas durante toda la formación en comunidades y servicios de salud.

**Resultados:** El proceso educativo en Salud Colectiva implementado en el ISC-UFBA, promueve el compromiso con la garantía del derecho a la salud y por tanto con la respuesta a las necesidades de los territorios. Lo que exige poner en práctica la interdisciplinariedad y la intersectorialidad, reconociendo

<sup>1,2,3</sup> Universidade Federal da Bahia

los saberes de las comunidades y produciendo un conocimiento nuevo más acorde a las realidades territoriales. Por otro lado, destacamos algunos de los desafíos teórico-epistemológicos y prácticos asociados a la formación desde una perspectiva interdisciplinar.

Los procesos de evaluación aplicados a las universidades privilegian criterios cuantitativos y de producción de publicaciones. Este aspecto fomenta desequilibrios en las relaciones de poder entre las áreas, debido a las diversas epistemologías y tiempos de producción; e influencia la formación de estudiantes de posgrado, dificultando su adaptación a espacios con una perspectiva más interdisciplinar.

Por último, se coloca la necesidad de prácticas pedagógicas dialógicas que promuevan procesos críticos de transformación y no de reproducción del status quo en las prácticas de salud. Conclusiones. Algunos de los desafíos presentados están relacionados a las políticas de educación y salud influenciadas por modelos del “Norte” global, que imponen el uso de estructuras curriculares, pensamientos y prácticas en salud que no corresponden con las diversidades y realidades permeadas por inequidades sociales y de salud en América Latina.

La perspectiva propuesta por la experiencia brasileña, pauta que los procesos educativos pueden romper con el “conservadurismo disciplinario”, al favorecer el estudio de diversas problemáticas en salud, desde una cosmovisión transformadora que no se ajuste al mundo injusto e insostenible en el que vivimos (Trad et al, 2019). Teniendo en cuenta la coyuntura del momento actual de posibilidad de reforma estructural del sistema de salud colombiano, experiencias como la presentada son importantes para promover los cambios necesarios en el proceso de educación en el campo de la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Almeida, N. F. (2000). “Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto”. *Revista De Administração Pública*, 34(6), 11 a 34. Recuperado de <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345>
- Santos, D. N. Killinger, C. L (2011). *Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva*. 112 p. ilus. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Trad, L. A. B. Mota, C. S., & López, Y. A. A.. (2019). “O ensino das ciências sociais e humanas na graduação em saúde coletiva: entre desafios e oportunidades de transgressões”. *Saúde E Sociedade*, Vol 28(2), p 11–24. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190131>

# Práctica comunitaria, interdisciplinariedad e intersectorialidad: experiencia de caso en educación para la salud en Cali

## Ponente:

Naydú Acosta Ramírez - Colombia  
Universidad Santiago de Cali  
naydu.acosta00@usc.edu.co

## Autores

Naydú Acosta Ramírez<sup>1</sup>  
Natalia Hernández Sánchez<sup>2</sup>  
Sonia Quebradas Jiménez<sup>3</sup>  
Luis Esteban Rojas Peláez<sup>4</sup>  
Gloria Anais Tunubala Ipia<sup>5</sup>  
Felipe Velasco Rivas<sup>6</sup>

## Palabras Clave

Intersectorialidad, transdisciplinariedad e interseccionalidad y Educación en el Campo de la Salud.

## Resumen:

Introducción. Los paradigmas en salud han trascendido desde un enfoque tradicional biomédico-centrado en la enfermedad e individuos aislados-, hacia perspectivas holísticas que reconocen la complejidad de los procesos de salud, enfermedad, la determinación social, y la necesidad de intervenciones integrales e integradas que se desarrollen en diversos entornos y espacios de vida cotidiana (Acosta et al, 2020).

Estos cambios se han incorporado en Colombia en lineamientos para el sector salud (políticas, leyes, rutas de atención) conllevando a retos para la formación profesional; paralelamente son retos del sector académico el cumplimiento de principios normativos de calidad educativa (con ejes críticos de proyección social y la evaluación por resultados de aprendizaje), encaminándose al logro de la excelencia académica (Martín Calvo, 2018). Ante esa problemática, en el programa de Medicina de la Universidad Santiago de Cali (USC) se planteó el objetivo de estructurar las prácticas formativas comunitarias, incorporando interdisciplinariedad y procesos de intersectorialidad en educación para la salud.

Proceso educativo, método o didáctica: Se incluye en los planes de curso del área de comunitarias, las temáticas de educación para la salud y el uso de herramientas de planeación didáctica, incorporándolas a su vez en el componente práctico que se desarrolla en entornos educativos del norte de Cali; dinamizando así los convenios interinstitucionales de la USC y potenciando la finalidad de formación integral de los estudiantes de medicina.

Resultados: En el 2023 se intervinieron dos instituciones educativas públicas (IEP) y un total 1069 estudiantes de los grados académicos 10 y 11, en el marco de un convenio con la Red de Salud del Norte ESE, con participación de 6 docentes de diversas disciplinas (enfermeras, médico, psicólogo, mecánica dental) adscritos a la USC y 162 estudiantes de medicina cursando entre segundo y cuarto año.

<sup>1,2,4,6</sup> Universidad Santiago de Cali

<sup>3,5</sup> Red de Salud del Norte ESE

Mediante consenso entre docentes de la USC y las IEP, se definen problemáticas y conductas de riesgo en salud de los adolescentes a abordar en dos procesos: a) Caracterización familiar (famiograma, apgar), b) Feria Educativa: con las temáticas de Ideación suicida; Matoneo; Resiliencia y Crisis; Convivencia pacífica y resolución de conflictos; Adicción a redes sociales; Proyecto de vida; Anorexia/bulimia y autoestima; Alimentación saludable y bebidas azucaradas; Trata de personas y explotación sexual; Violencias de género; Violencia y Abuso sexual; Servicios Amigables y derechos de atención; Derechos sexuales y reproductivos, paternidad/maternidad responsable; Sedentarismo/actividad física y uso del tiempo libre; Violencia intrafamiliar; Maltrato infantil.

Finalmente, los estudiantes de medicina respecto al proceso formativo refieren un análisis reflexivo de retos en su futuro profesional y valoran los aprendizajes desarrollados.

Conclusiones: Se desarrolla alianza entre el sector privado, representado por la USC, y las instituciones públicas, educativas y de salud involucradas; generando acciones de educación para la salud para adolescentes. Se concluye que la formación integral de profesionales requiere la estructuración de macro y micro currículos acorde a los enfoques holísticos contemporáneos, con propuestas de procesos de enseñanza aprendizaje encaminados dinamizar y potenciar el logro de las metas de calidad educativa y excelencia académica.

A su vez, el repensar los componentes prácticos de cursos formativos de profesionales implica también considerar que en el contexto social se encuentran poblaciones con alta vulnerabilidad socioeconómica e instituciones educativas donde se agrupan, las cuales pueden ser abordados dinamizando la proyección social que hace parte de la misionalidad universitaria (Acosta et al, 2023).

### Referencias Bibliográficas

- Acosta-Ramírez, N. et al (2020). Experiencia en Participación Social y Educación para la Salud desde los Determinantes Sociales en la Ruralidad de Cali, 2019. En: Rediees. La Educación, La Empresa Y La Sociedad Una Mirada Transdisciplinaria. Tomo Cuatro. Editorial de EIDEC, Pág: 28-56. DOI: <https://doi.org/10.34893/hqxc-r887>
- Martin Calvo, J. F. (2018). Calidad educativa en la educación superior colombiana: una aproximación teórica. *Sophia*, 14(2), 4-14.
- Acosta-Ramírez N, Tunubala Ipia GA, Quebradas Jimenez S (2023). Estrategias edu-comunicativas en estilos de vida saludables para población escolarizada vulnerable. En: *La Investigación Educativa en los Diversos Entornos Económicos y Sociales*. Colección resultados de investigación. Primera edición. Pág. 428-438. DOI: <https://doi.org/10.34893/i7031-3923-6623-f>

# Sistematización de una experiencia en el marco del Espacio de Formación Integral. De los ODH a las Ganas de Vivir

## Ponente:

Lucila Guerra Raimonda - Uruguay  
Universidad de la República  
guerralucila98@gmail.com

## Autores

Lucila Guerra Raimonda<sup>1</sup>  
Camila Piñeiro<sup>2</sup>  
María Rosa Corral<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Educación Física; Salud Colectiva; Prácticas Corporales; Políticas Públicas.

## Resumen:

Este trabajo busca presentar la experiencia desarrollada en un Espacio de Formación Integral (EFI) titulado “Estrategias interdisciplinarias para la producción en salud. Un camino posible”. El mismo se enmarca en un grupo de investigación que busca problematizar la relación de la Educación Física (EF) y la salud desde las Ciencias Sociales y Humanas y desde la perspectiva de la Salud Colectiva (Almeida Filho; Silva Paim, 1999) buscando no limitar las cuestiones de la salud a la dimensión biológica.

Los EFI son espacios de trabajo conformados por docentes y estudiantes universitarios, organizaciones sociales, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, entre otras. Los cuales relacionan la integralidad de las funciones universitarias, la perspectiva interdisciplinaria como la forma de abordaje de los problemas entendidos en su complejidad y la intervención como posibilidad de la transformación.

El EFI que presentamos está orientado por la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las potencialidades y aportes de la Educación Física en el marco del Primer Nivel de Atención, del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) desde una lógica integral e interdisciplinaria?

Para responder dicha pregunta nos planteamos como objetivos problematizar los aportes de la EF en el marco del primer nivel de atención del SNIS desde una lógica integral e interdisciplinaria y contribuir desde el campo de la EF al abordaje de emergentes vinculados a la salud, que surjan desde los espacios de articulación territorial.

En 2018 recibimos la invitación del equipo de salud de la policlínica San Lorenzo (ASSE) para desarrollar un proyecto en conjunto a partir del cual ofrecer actividad física a usuarios/as de la Policlínica. Estos/as usuarios/as eran denominados por el equipo de salud de la policlínica como: ODH (obesos, diabéticos e hipertensos). Parecía estar claro que la idea que el equipo de salud tenía en relación a la EF en su vínculo

<sup>1,2,3</sup> Universidad de la República

con la salud se relacionaba con la perspectiva de la Bio Educación Física, propia de la racionalidad biomédica (Monteiro Mendes; Carvalho, 2016).

Después de varios intercambios y trabajos conjuntos, en 2019 se conforma el EFI integrado por diversos actores universitarios y no universitarios. Este se presenta como un escenario de oportunidades para repensar el vínculo entre la EF y la Salud.

En el 2020 y a partir de la declaración de la emergencia sanitaria por Covid-19, el trabajo conjunto se complejizó y enlenteció, a la vez que nos obligó a agudizar estrategias de preservación del espacio y fortalecimiento de los vínculos, materializándose en la conformación de una huerta orgánica comunitaria.

Durante el 2021 y 2022 se conformó el grupo de usuarias para realizar “gimnasia para los ODH” como nos había sido propuesto. Cada día la práctica (en la policlínica) concluía con una merienda compartida con elaboraciones caseras, tanto se intercambiaban recetas como se hablaba del lugar de la práctica en su vida, y lo que significaba la salud para ellas. Desde estos intercambios y la propuesta del EFI, se acercó el concepto de Prácticas Corporales (Crisorio, 2016) y conversamos acerca del porqué preferíamos usar este concepto y no el de actividad física. En ese escenario surgió la idea de cambiar el nombre a “Las ganas de vivir”.

Los profesionales de la EF en Uruguay no están integrados como parte del equipo de salud en el primer nivel de atención. Esta experiencia, que no ha finalizado, implicó un gran desafío. El trabajo conjunto fue enriquecedor, entre otras cosas, porque más allá que se hacían evidente miradas diversas, había acuerdo en el reconocimiento del otro/a en su singularidad y el lugar otorgado a los cuidados.

Entendemos que el cambio de nombre del grupo fue muy significativo y condensa un proceso largo y de mucho trabajo de escucha mutua.

### Referencias Bibliográficas

- Almeida Filho, N; Silva Paim, J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. En: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://enfermeria.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/16/2013/07/Salud\\_colectiva\\_almeida\\_filho.pdf](https://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://enfermeria.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/16/2013/07/Salud_colectiva_almeida_filho.pdf)
- Crisorio, R. (2016) El punto de vista crea el objeto. Actividad física y prácticas corporales. Revista: Por Escrito N 10. Fundación Arcor. Argentina. En: <https://fundacionarcor.org/%C2%93el-punto-de-vista-crea-el-objeto-actividades-fisicas-y-practicas-corporales%C2%94/>
- Mendes, V.; Carvalho, Y. (2016) Práticas corporais e clínica ampliada. Hucitec Editora. CAPES. San Pablo, Brasil.



# Intersectorialidad en la educación en el campo de la salud

465 Salud y suicidio en indígenas: reflexión teórico metodológica desde una perspectiva intercultural y decolonial



# Salud y suicidio en indígenas: reflexión teórico metodológica desde una perspectiva intercultural y decolonial

## Ponente:

Andrés Julián Londoño Deossa - Colombia  
Universidad de Antioquia  
andres.londonod@udea.edu.co

## Autores

Andrés Julián Londoño Deossa<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Suicidio, pueblos indígenas, salud, interculturalidad, decolonialidad.

## Resumen:

Se abordó el suicidio en indígenas desde una perspectiva intercultural y decolonial, entendiendo la salud mental y la salud en general, desde otras visiones y prácticas ancestrales propias de los pueblos indígenas de Antioquia en relación con la visión y las prácticas occidentales, tejiendo una lectura crítica transdisciplinaria desde las ciencias sociales y las ciencias de la salud, cerrando con algunas reflexiones en torno a la justicia epistémica. En esa medida, se planteó la necesidad de reconocer, respetar e incorporar otras formas de saber y practicar el cuidado de la salud-enfermedad-cuidado-muerte desde otras cosmogonías y cosmovisiones en la formación, la investigación y la atención en salud, haciendo la pregunta ¿cómo aporta e incorpora la academia en el ámbito de la educación y la investigación en salud, saberes de las realidades locales e históricas de los pueblos indígenas para entender y tratar la salud-enfermedad desde nuestro contexto socio-histórico en Colombia, negado por una matriz de poder colonial moderno eurocéntrico, racista, capitalista y patriarcal?

## Referencias Bibliográficas

- de Sousa, B. (2006). Cap. 1. La sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social* (encuentros en Buenos Aires). Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://bit.ly/3rLGBUo>.
- Londoño, A., y Arenas, G. (Asesor). (2021). El "suicidio" en indígenas Èbèra Eyábida o el adelantarse como forma propia de enunciación. Trabajo de Grado para optar al título de sociólogo.
- Ramírez M. OS, Puerto L. JS, Rojas V. MR, Villamizar G. JC, Vargas E. LA, Urrego M. ZC. (2018). El suicidio en indígenas desde la determinación social en salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 36(1): 55-65.

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia



# Educación en enfermedades transmitidas por vectores

- 467 Co-diseño de estrategia educativa virtual para fortalecer la adherencia a la guía de atención integral del paciente con dengue, Urabá, 2023
- 469 Estrategia educativa para la participación comunitaria en torno a la malaria en una zona endémica del Bajo Cauca Antioqueño

# Co-diseño de estrategia educativa virtual para fortalecer la adherencia a la guía de atención integral del paciente con dengue, Urabá, 2023

## Ponente:

Catalina Urrego Peñata - Colombia  
Instituto Colombiano de Medicina Tropical,  
ICMT-CES, sede Apartadó  
cata.urrego0409@gmail.com

## Autores

Santiago Alberto Morales<sup>1</sup>  
Luisa Consuelo Rubiano Perea<sup>2</sup>  
Paola Astrid Ríos Tapias<sup>3</sup>  
Mónica María Campuzano Esquivel<sup>4</sup>  
Pamela Lopera Talero<sup>5</sup>  
Francisco Javier Montoya Ochoa<sup>6</sup>  
Raúl Hernán Paredes Zambrano<sup>7</sup>  
Liliana Páez Cruz<sup>8</sup>  
Catalina Urrego Peñata<sup>9</sup>

## Palabras Clave

Suicidio, pueblos indígenas, salud, interculturalidad, decolonialidad.

## Resumen:

**Introducción:** el dengue representa un problema de salud pública en la región de Urabá, registrando el 42% de la mortalidad del departamento de Antioquia en 2018. Las unidades de análisis mostraron demoras en los tres momentos del proceso de atención, pero la mayor parte de los pacientes fallecidos, tuvieron fallas en el proceso de atención hospitalaria. El objetivo de este trabajo fue co-diseñar una estrategia educativa virtual, para mejorar la adherencia a la guía de atención integral del paciente con dengue, por parte de los profesionales de salud de los municipios del eje bananero.

**Método:** diseño de un curso en modalidad virtual con apoyo de herramientas cualitativas, co-creado con el personal de salud de los municipios de Turbo, Apartadó, Carepa, y Chigorodó, que junto con los médicos facilitadores orientaron la elaboración del plan de formación, desarrollando 7 unidades temáticas sobre el manejo integral del paciente con dengue, utilizando plataforma Moodle, con una duración estimada de 20 horas, bajo metodología auto-gestionable. La prueba piloto fue realizada y validada por 11 funcionarios de salud.

**Resultados o hallazgos:** En el momento de la apertura del curso, se matricularon 194 participantes, 47 de los cuales finalizaron de exitosamente el curso, en 2 cohortes, respondiendo 19 preguntas, que tenían como objetivo conocer la opinión de los participantes; el 100% consideró adecuado el cronograma, metodología, evaluación y los objetivos propuestos para el desarrollo de las actividades, el interés, actualidad e importancia de los temas abordados para su ejercicio profesional y el fortalecimiento

<sup>1,2,9</sup> Universidad CES, Medellín

<sup>3,4,5,10,9</sup> Instituto Colombiano de Medicina Tropical, ICMT-CES, sede Apartadó

<sup>6,8</sup> Clínica de Urabá, Apartadó

<sup>7</sup> Hospital San Vicente Fundación y Universidad de Antioquia, Medellín

en competencias académicas en el manejo de pacientes con dengue. Más del 97% opinó que el curso cuenta con adecuada coherencia, orden y claridad en los temas y que los materiales de estudio fueron presentados de manera dinámica e interactiva. Del 10 a 15% consideró importante mejorar el espacio para el intercambio de ideas con los demás participantes y expertos temáticos.

Conclusiones: esta iniciativa diseñó con éxito un curso actualizado sobre la atención integral del paciente con dengue en el contexto de la región de Urabá, en modalidad virtual; la mayoría de los participantes lo consideraron como importante aporte para fortalecer competencias académicas en el manejo de los pacientes con dengue.

### Referencias Bibliográficas

- Crowther L, Pearson M, Cummings H et al. Towards codesign in respiratory care: development of an implementation-ready intervention to improve guideline-adherent Adult asthma care across primary and secondary care settings (The SENTINEL Project). *BMJ Open Resp Res* (2022);9:e001155. doi:10.1136/bmjresp-2021-001155
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud. (2015). Dengue: Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904\_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Acerca de Moodle (Julio 2022). Versión actualizada de documentación para Moodle 3.1 y más recientes. [https://docs.moodle.org/all/es/Acerca\\_de\\_Moodle](https://docs.moodle.org/all/es/Acerca_de_Moodle)

# Estrategia educativa para la participación comunitaria en torno a la malaria en una zona endémica del Bajo Cauca Antioqueño

## Ponente:

Juan Camilo Gómez Herrera - Colombia  
Grupo de Microbiología Molecular, Escuela de  
Microbiología, Universidad de Antioquia  
Jcamilo.gomez@udea.edu.co

## Autores

Juan Camilo Gómez Herrera<sup>1</sup>  
Paola Muñoz Laiton<sup>2</sup>  
Karen Barrera<sup>3</sup>  
Jesús Alonso Jaramillo<sup>4</sup>  
Margarita M. Correa<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Malaria, Educación, Participación comunitaria, Prevención.

## Resumen:

### Introducción:

La malaria es un problema de salud pública a nivel mundial. En América, Colombia ocupa el tercer puesto en número de casos de la enfermedad. Uno de los focos de transmisión activa de malaria es la región del Urabá–Bajo Cauca–Alto Sinú, que comprende los departamentos de Antioquia y Córdoba, y para el año 2021 registraron el 20,6% de los casos totales del país (INS, 2021). En Antioquia, El Bagre es el municipio que notifica la mayor cantidad de casos y representan el 47,3% del total para el Bajo Cauca (DSSA, 2022).

**Justificación:** Aunque El Bagre es uno de los municipios más endémicos del país, son escasos los estudios que involucran a las comunidades en la prevención de la malaria. Estos estudios les brindaría la posibilidad de participar en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud que afectan su territorio. De esta manera, la educación en salud se convierte en una herramienta útil para el mejoramiento de prácticas orientadas a prevenir la enfermedad. Uno de los enfoques utilizados en el desarrollo de estrategias educativas es el de información, educación y comunicación (IEC), que implica una serie de metodologías encaminadas a incentivar la participación comunitaria y así, motivar cambios en las prácticas y actitudes de las poblaciones vulnerables (Rivera, 2004).

**Objetivo:** Este trabajo tuvo como objetivo diseñar e implementar una estrategia educativa en torno a la malaria en una zona endémica del Bajo Cauca antioqueño.

**Métodos:** Inicialmente, se realizó un reconocimiento del contexto de la comunidad, de sus saberes y prácticas con relación a la malaria mediante la conformación de grupos focales y la aplicación de

<sup>1,2,3,4,5</sup> Grupo de Microbiología Molecular, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia

encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas. Posteriormente, a partir de los resultados encontrados, se diseñó e implementó una estrategia de educación en salud, basada en el enfoque IEC en la vereda La Capilla, ubicada en el municipio de El Bagre, Antioquia entre junio y noviembre de 2022.

**Resultados:** Teniendo en cuenta el reconocimiento inicial de la comunidad, la estrategia educativa se enfocó en mejorar el conocimiento sobre la malaria a través de la formulación de talleres dirigidos a los temas de transmisión, tratamiento, actitudes sobre la enfermedad y prácticas para la prevención, como el uso del toldillo. A partir de las reflexiones comunitarias identificadas durante el proceso y para realizar las actividades, se diseñó material gráfico de tipo IEC, dentro del cual se incluyeron carteles, dibujos, un bingo temático de la malaria, cuadernos dirigidos a la prevención de la enfermedad y orientados a propiciar su diagnóstico oportuno, junto con la entrega de calendarios, incorporando mensajes alusivos al uso correcto y cuidado del toldillo. Además, se entregaron toldillos a los participantes, como instrumento que posibilita y motiva las prácticas de prevención. Por último, se preparó y emitió un programa de radio educativo, que contó con la participación comunitaria.

**Conclusión** Este trabajo evidencia que la implementación de estrategias de educación en salud, teniendo en cuenta contextos locales e involucrando a las comunidades, son una herramienta útil para potenciar la participación individual y colectiva en la prevención de enfermedades transmitidas por vectores.

### Referencias Bibliográficas

- Rivera Torres, C. R. (2004). Plan IEC para la prevención de la malaria en ámbitos priorizados de la Región Loreto: julio a diciembre de 1999 (proyecto profesional para optar el título profesional de Licenciado en Comunicación). Universidad de Lima.
- Boletín epidemiológico semana 52 (Diciembre, 2021). Boletín epidemiológico semanal INS. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_52.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf)
- Boletín Epidemiológico de Antioquia periodo 13 2022. (Diciembre, 2022). Boletín Epidemiológico de Antioquia. [https://dssa.gov.co/images/2022/documentos/BEA\\_PERIODO\\_13\\_2022.pdf](https://dssa.gov.co/images/2022/documentos/BEA_PERIODO_13_2022.pdf)

# Educación en crianza y primera infancia

- 472 Educación en el campo de la salud: prácticas positivas de crianza desde la resignificación de la maternidad
- 474 El concepto de cuidado y crianza: los significados basados en los discursos oficiales sobre la niñez
- 476 El cuidado para la salud desde la experiencia de las Madres Comunitarias: una alternativa a la dicotomía cuidar-educar
- 478 Experiencias vividas después de participar en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad
- 480 Prácticas y saberes ancestrales de la lactancia materna en el territorio indígena Nasa de Juan Tama
- 482 Significados que las prácticas educativas en lactancia materna tienen para las educadoras y educandas del hospital Universitario San Vicente Fundación

# Educación en el campo de la salud: prácticas positivas de crianza desde la resignificación de la maternidad

## Ponente:

Nelly Johanna Loba Rodríguez - Colombia  
Universidad de los Llanos  
johannaloba@unillanos.edu.co

## Autores

Nelly Johanna Loba Rodríguez<sup>1</sup>  
Patricia Elizabeth León Saavedra<sup>2</sup>  
Oscar Alexander Gutiérrez Lesmes<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Malaria, Educación, Participación comunitaria, Prevención.

## Resumen:

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 establecida en el inicio de la segunda década del siglo XXI exigió a las gestantes y madres de hijos que nacieron durante los años 2020 y 2021; el reconocimiento, afrontamiento y validación de diferentes prácticas en pro de la vida y la salud.

**Objetivo:** Describir la resignificación del autocuidado de un grupo de madres primerizas y sus prácticas de crianza construidas desde la mediación de un proceso de educación en el campo de la salud.

**Proceso educativo:** Círculo de cultura.

**Resultados:** Un grupo comunitario informal de mujeres primigestantes, quienes previamente a su gestación, no consideraban a la lactancia materna como un factor protector de la salud, reconocieron los retos del autocuidado femenino para responder a las necesidades de cuidado de sus hijos, privilegiando al complejo proceso de la lactancia materna como determinante para su propia salud, la de los niños y la familia, desde un proceso de sororidad, en el contexto de una pandemia.

**Conclusiones:** Este proceso de educación en el campo de la salud, dinamizado por una enfermera salubrista, permitió que 12 niños nacidos durante los años 2021 y 2022; recibieran lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, por parte de sus madres, potenciado en ellas, los niños y núcleo familiar, beneficios para la salud mental, física y social que contrarrestó los efectos del COVID – 19 de manera inspiradora, en un contexto mundial de incertidumbre.

<sup>1,2,3,4,5</sup> Grupo de Microbiología Molecular, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia



## Referencias Bibliográficas

- Gilligan C. (1986). *La moral y la teoría: Psicología del desarrollo femenino*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.
- Trujillo J, Peñaranda F, Otálvaro J, Bastidas M, Torres J. (2015). La lactancia materna como un fenómeno singular y sociocultural surcado por diferencias y tensiones. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 78(2), 45-51.
- Cabrera C, Gómez J, Faneite P. (2020). Coronavirus, atención maternofoetal y bioética. *Colección Razetti*. 24, 211-232. [https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Faneite/publication/346108696\\_Coronavirus\\_atencion\\_maternofoetal\\_y\\_bioetica/links/5fbbfc6f299bf104cf6e6cb0/Coronavirus-atencion-maternofoetal-y-bioetica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Faneite/publication/346108696_Coronavirus_atencion_maternofoetal_y_bioetica/links/5fbbfc6f299bf104cf6e6cb0/Coronavirus-atencion-maternofoetal-y-bioetica.pdf)

# El concepto de cuidado y crianza: los significados basados en los discursos oficiales sobre la niñez

## Ponente:

Gloria Yaneth Gallego Osorio - Colombia  
Universidad de Antioquia  
yaneth.gallego@udea.edu.co

## Autores

Gloria Yaneth Gallego Osorio<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Crianza; educación en salud; antropología cultural; niñez; política social; violencia de género.

## Resumen:

La VBG aqueja a muchas mujeres en el mundo, siendo la dependencia económica una importante causa. En Medellín, Colombia, la Ley 1257 contempla, entre otras acciones, gestiones para acercar ofertas institucionales a las mujeres para promover su bienestar, incluyendo las ofertas de cuidado como los programas de Primera Infancia (PI). No obstante, se advierte que estos programas actúan bajo concepciones técnico científicas y biologicistas del cuidado y de la crianza; ello mediado por un importante componente educativo, con tensiones importantes sobre sus resultados. En la atención a la VBG, esto influye en el fomento de la autonomía económica al condicionar las ofertas para disminuir carga de cuidados para la inserción laboral o contemplar otras formas de ejercer el cuidado y la crianza en condiciones dignas e igualitarias.

Justificación: La visión biologicista de los cuidados y la crianza, constituye un discurso oficial en los programas de PI intencionado mediante la educación a cuidadores para desarrollar competencias como educadores y garantes de derechos. Desde una mirada antropológica y de género, ello constituye tensiones, por ser discursos hegemónicos con tendencia a generar demandas sociales de protección de la infancia, especialmente a las mujeres, principales cuidadoras, enmarcando los buenos cuidados y buena crianza en valores de clase, afianzando el carácter afectivo, desinteresado, feminizado y privado de los cuidados. Conocer cómo las visiones de crianza y cuidados orientan las ofertas de cuidado aporta elementos para replantear o fortalecer estos programas y contribuye a superar desigualdades sociales y de género que agudizan la VBG.

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

**Objetivo:** Identificar las concepciones sobre el cuidado y la crianza en los programas de PI, analizando su contribución al acceso de las mujeres a ofertas de cuidados **Método:** Revisión documental con perspectiva de género, con base en lineamientos de BC de 2016 y 2021 y estudios sobre significados de la crianza y la educación desde la mirada de los actores.

**Resultados:** En los lineamientos de BC, la crianza y los cuidados son componentes básicos de la atención integral. Se encuentra una orientación basada en los derechos del niño como titular en la política o niñocéntrica y en la familia como garante de sus derechos.

En las investigaciones sobre el significado de la crianza y la educación, se encuentra que los profesionales ven la crianza como un proceso evolucionado y con una intencionalidad: la estimulación adecuada, visión difundida y fundamentada por los lineamientos del programa. En contraste, los significados de los cuidadores son más cercanos a sus experiencias y a su historia, refiriendo que lo hacen con gran esfuerzo y con las herramientas que tienen a la mano. Se justifica así, la educación por expertos mediante conceptos técnicos para superar barreras socioculturales y deconstruir prácticas y discursos considerados como inadecuados, haciendo demandas a la familia de dedicar tiempo a las sesiones y replicar lo aprendido.

**Reflexiones:** Debido a las concepciones sobre la crianza y los cuidados en BC y a que no cuentan con un enfoque de género explícito, se tiende a reproducir discursos que no cuestionan los roles de género, se hacen demandas que soslayan las condiciones complejas, históricas y cambiantes de la crianza y los cuidados y se otorga poca flexibilidad para consolidar ofertas que liberen tiempo de cuidados, afectando su pertinencia para la promover la autonomía económica, especialmente en el contexto de la VBG. Es necesario abordar las tensiones y disonancias de estos discursos, especialmente en lo relacionado con la visión biologista y niñocéntrica, lo cual sería posible si BC se centra en su interés por resignificar los discursos sobre derechos de la niñez, especialmente en lo referente a la educación.

### Referencias Bibliográficas

- Gallego, G, Peñaranda, F, Molina, DP (2017). Comprensión del proceso de educación para salud en un programa de atención a la primera infancia, Medellín, Colombia (2014-2015). *Rev Gerenc Polít Salud*. 16 (33): 102-115. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.cpes>
- Peñaranda, F. (2011). La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: Una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(9), 945-956.
- Batthyány, K, Genta, N y Perrotta, V (2013). Los cuidados de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay Santiago de Chile: Editora CEPAL, Serie Asuntos de Género. Número 123

# El cuidado para la salud desde la experiencia de las Madres Comunitarias: una alternativa a la dicotomía cuidar-educar

## Ponente:

Luis Fernando Restrepo Pérez - Colombia  
Universidad El Bosque  
luiseferpo1@gmail.com

## Autores

Luis Fernando Restrepo Pérez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Promoción de la salud, cuidado, salud y género.

## Resumen:

Este trabajo buscó comprender las prácticas de promoción de la salud de un grupo de Madres Comunitarias en Bogotá-Colombia, bajo la premisa de que es en los espacios de vida cotidianos donde se pueden encontrar alternativas a la crisis de la salud pública (Almeida Filho y Silva Paim, 1999). Se acude al enfoque de la promoción de la salud porque, ya que este propone la necesidad de brindar las herramientas y condiciones necesarias para que las personas construyan procesos de salud cercanos a sus realidades (Buss et al., 2020).

Por lo anterior, se consideró que, el acercarse a la experiencia de un espacio de vida cotidiano como el Hogar Comunitario, en donde una mujer, en su propia casa, se encarga del cuidado de niños y niñas de su comunidad, podría permitir reconocer cómo ellas articulan la política institucional de cuidado, la promoción y la educación para la salud a las realidades del día a día. Mediante un enfoque cualitativo con métodos etnográficos y fenomenológicos, se desarrollaron técnicas de revisión de la literatura, observación participante, cartografía social y entrevistas semiestructuradas, para acercarse a la experiencia de una asociación de Madres Comunitarias.

Resultados. Las prácticas de cuidado y promoción de la salud que adelanta este grupo de Madres Comunitarias están marcadas experiencias de cuidado desde pequeñas, casi siempre en condiciones de precariedad. Una historia que reconocen como la principal motivación y fuente de conocimiento para ser Madres Comunitarias, sumado al hecho de ser mamás. Las Madres Comunitarias adelantan sus acciones de cuidado, definidas por un estricto lineamiento institucional que establece espacios y tiempos para actividades específicas de cuidado que incluyen las de educación y promoción de la salud. El desarrollo

<sup>1</sup> Universidad El Bosque

de estas acciones evidencia una tensión permanente entre el lineamiento y sus propios conocimientos como mamás; casi siempre sus acciones educativas se realizan de manera muy intuitiva, acudiendo a sus saberes prácticos y a la información disponible en internet.

Buena parte de sus actividades educativas en salud, están ligadas a prácticas de cuidado cotidianas, por lo tanto, articulan un componente cognitivo, a manera de entregar conocimiento, pero articulado a una práctica concreta como: lavar las manos, preparar y consumir alimentos, cepillar los dientes, entre otros. Además, pretenden que estas prácticas educativas tengan una extensión en la familia, buscando afectar actitudes y prácticas en este ámbito, resaltando que su labor, más que educar a los niños, está dirigida a educar a las familias y particularmente, a las mamás.

Discusión y conclusiones. La experiencia cotidiana de las Madres Comunitarias permitió evidenciar que la burocratización del enfoque de promoción de la salud se traduce en la pérdida de sentido de sus prácticas, a partir de la separación de las prácticas educativas de las prácticas de cuidado, convirtiéndose en acciones verticales, de vigilancia y seguimiento, más que de educación, participación y empoderamiento, en las que se termina recargando la responsabilidad del cuidado, la promoción de la salud y la educación, en las mujeres, tanto de los hogares comunitarios como de las familias de los niños y niñas, desconociendo los saberes prácticos que se construyen en el día a día de estos espacios. Como alternativa, una propuesta de cuidado para la salud implica vincular la promoción y la educación para la salud con la perspectiva de la organización social y política del cuidado (Faur, 2017), buscando, por una parte, reconocer intenciones y prácticas educativas en las acciones rutinarias de las cuidadoras-educadoras no formales en espacios locales; y por otro, llamar la atención y exigir la redistribución del trabajo de cuidado y promoción de la salud con los hombres, el Estado, la comunidad, las familias y el mercado.

### Referencias Bibliográficas

- Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales, 75, 1-25. [https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-lWXhUV2ZzWm5HM0k/view?resourcekey=0-F\\_nWcwk0K6t\\_HHe1XX2YWw](https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-lWXhUV2ZzWm5HM0k/view?resourcekey=0-F_nWcwk0K6t_HHe1XX2YWw)
- Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F., y Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciência y Saúde Coletiva*, 25 (12), 4723-4735. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- Faur, E. (2014). El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Siglo XXI Editores.

# Experiencias vividas después de participar en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad

## Ponente:

Olga Agdalé Martínez Ramírez - Colombia  
Fundación Universitaria Juan N. Corpas  
olgmar@hotmail.com

## Autores

Olga Agdalé Martínez Ramírez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación materna, educación antenatal, educación prenatal, cuidado prenatal, vínculo afectivo, maternidad, paternidad y curso de preparación.

## Resumen:

**Introducción:** La etapa prenatal es un periodo de gran trascendencia en la vida humana, puede ser grato o tornarse lesivo para las familias gestantes, con una repercusión significativa en el bebé; la preparación de la familia para asumir esta transición marca la diferencia; las intervenciones de educación para la salud son una estrategia que permite transformar la percepción y el desarrollo armonioso de este periodo. Los resultados de esta investigación pretenden aportar a estos cursos en cuanto a contenidos y estrategias vivenciales que fortalezcan el vínculo afectivo y el rol como padres.

**Problema:** ¿Cuáles son las experiencias vividas por las mujeres y mujeres con sus acompañantes después de participar en un curso de preparación para la maternidad y paternidad? **Justificación:** La salud materno infantil es una prioridad en la agenda mundial, la OMS ha dedicado gran parte de su experticia en propender por el mejoramiento de este indicador. Entre las estrategias se encuentra la promoción de la salud, representada por la educación para la salud, de ahí el impacto del curso de preparación antenatal en las familias gestantes.

Esta investigación pretende aportar elementos que contribuyan a los ajustes metodológicos correspondientes en estos cursos, así mismo en la sensibilización de los profesionales de la salud frente al abordaje de las familias gestantes en el fortalecimiento del rol parental y la importancia del vínculo afectivo con el recién nacido.

**Objetivo general:** Interpretar las experiencias vividas por las mujeres y mujeres con sus acompañantes, después de participar en un curso de preparación para la maternidad y paternidad.

<sup>1</sup> Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Método: Investigación cualitativa, interpretativa y fenomenológica. Como técnica de recolección se realizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes, hasta el punto de saturación de la información. Se cumplió con los principios éticos de la investigación.

Las entrevistas se realizaron a través de vía virtual, previo consentimiento informado; la información fue codificada para guardar la confidencialidad. Resultados: Una vez analizado el contenido narrativo de los participantes, en esta investigación se establecen cinco categorías correlacionadas con los objetivos específicos y siete subcategorías.

Discusión y conclusiones: En las expectativas frente al curso, los hallazgos se relacionan con los de Swift et al (2020), quienes mencionan que las madres primerizas tienen dificultades para saber antes del nacimiento qué conocimientos las prepararán para asumir su rol, por tanto, quieren que los profesionales de la salud aborden los problemas posnatales. En los aportes desde la vivencia se requiere el desarrollo de habilidades o estrategias de expresión y manejo emocional, espacios para el autoconocimiento y la gestión de medidas de apoyo y acompañamiento en el puerperio cuando se encuentran en su hogar experimentando la vivencia de ser padres.

Se considera que la ruta de atención de la familia requiere de una articulación con los actores del sistema, por ende, no descuidar los diversos frentes en su atención. Los hallazgos en cuanto a la disposición del facilitador, las necesidades de los participantes, los escenarios donde se desarrolla el curso y las características metodológicas, complementan y se relacionan con los resultados descritos en las investigaciones de Becerra Pabón, et al (2018) y Pålsson, (2020). Eje de aporte: pedagogía, práctica y evaluación en el campo de la salud.

### Referencias Bibliográficas

- Becerra Pabón, A. C., Vargas Escobar, L. M., y Ardila Roa, I. D. (2018). Imaginarios sociales del curso de preparación para la maternidad y la paternidad en Bogotá - Colombia. *Journal of Nursing and Health*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.11789>
- Pålsson, (2020) Antenatal preparation for the early parenthood period Development and feasibility of an evidence-based. [Doctoral dissertation, Lund University, Faculty of medicine] Pages 174. [https://portal.research.lu.se/portal/files/76896497/Petra\\_P\\_lsson\\_web.pdf](https://portal.research.lu.se/portal/files/76896497/Petra_P_lsson_web.pdf)
- Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M., & Gottfreðsdóttir, H. (2020). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women and Birth*, (2019), 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.008>

# Prácticas y saberes ancestrales de la lactancia materna en el territorio indígena Nasa de Juan Tama

## Ponente:

Paula Daniela Gómez Cortes - Colombia  
Universidad Surcolombiana  
paulagomezc1@outlook.com

## Autores

Paula Daniela Gómez Cortes<sup>1</sup>  
Juan Camilo Calderón Farfan<sup>2</sup>  
Sayu Yuderly Andrea Menza Vivas<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Lactancia materna, mujeres indígenas, saberes, prácticas, ancestral.

## Resumen:

La lactancia materna es la manera de alimentación que inicia desde el nacimiento y es exclusiva por 6 meses, según recomendaciones de la OMS. Durante la historia de la humanidad la lactancia materna ha estado presente en la historia de la civilización, sin embargo, su desarrollo varía con cada cultura. Históricamente, los pueblos indígenas han sufrido los efectos de la colonización de los modelos occidentales; como consecuencia, muchas políticas, programas y medidas elaborados por personas o instituciones no pertenecientes a la comunidad resultan inapropiados (Bulla, Peña, Valencia, Cepeda, 2009). El presente proyecto de investigación tiene como objetivo: Identificar las prácticas ancestrales de lactancia materna de las mujeres en el territorio indígena de Juan Tama desde la cosmovisión Nasa.

**Método:** Investigación de enfoque cualitativo siguiendo herramientas metodológicas de la teoría fundamentada. La población de estudios fueron las mujeres indígenas del Resguardo indígena Nasa Huila. La recolección de información se realizó mediante grupos focales. Los criterios de selección fueron madres y mayores indígenas mayores de edad con residencia en el Resguardo Juan Tama. El análisis de los datos se realizó mediante herramientas analíticas de la teoría fundamentada.

**Resultados:** Se identificaron cinco tipos de prácticas ancestrales de lactancia materna: de preparación, rituales, promoción, prevención y cuidado. Las prácticas de preparación involucran la siembra de alimentos en anticipación a la llegada del nuevo miembro de la familia y el inicio del tejido. Las prácticas rituales desempeñan un papel significativo en el pueblo Nasa que incluyen el cateo, pago y la armonización. En las prácticas de promoción, se encuentran las que fomentan la lactancia materna exclusiva y complementaria, así como la exposición al sol. Entre las prácticas de prevención se destacan



medidas como evitar derramar la leche materna en superficies calientes como el fogón o las cenizas, no utilizar plantas fuertes y usar la leche materna para los baños, además, se enfatiza en la importancia de la conexión madre-hijo y se evita dejar alimentos en la jigra o leña amarrada. Las prácticas de cuidados abarcan diferentes aspectos relacionados con los cuidados de la madre y el bebé durante la lactancia materna; incluye el consumo de alimentos y bebidas calientes, así como preparaciones y técnicas especiales para la lactancia materna, como el uso de arroz, sal tostada, la utilización del mejicano o peinar el seno, y la adopción de una posición adecuada para la lactancia.

Discusión y conclusiones: En un contexto de debilitamiento progresivo de las prácticas y saberes ancestrales de lactancia materna en los territorios indígenas, comunidades como el resguardo indígena Nasa de Juan Tama se mantiene en resistencia y preserva estas prácticas ancestrales a través de las mayores, parteras y abuelas, quienes desempeñan un papel fundamental en mantener viva la cultura. Se identificaron diferentes tipos de prácticas ancestrales de lactancia materna, como las prácticas de preparación, rituales, de promoción, prevención y cuidado, las cuales contribuyen a la salud, pervivencia y el buen vivir de los niños, niñas y pueblos indígenas.

### Referencias Bibliográficas

- Becerra Bulla Fabiola, Peña Álvarez Diana Carolina, Valencia Puentes Angélica, Cepeda Rodríguez Estella Diana. Lactancia materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2009 [cited 2023 Apr 11];57(3):246–57. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363911006>

# Significados que las prácticas educativas en lactancia materna tienen para las educadoras y educandas del hospital Universitario San Vicente Fundación

## Ponente:

María Paulina Madrid Pérez - Colombia  
Universidad de Antioquia  
paulina.madridperez@gmail.com

## Autores

María Paulina Madrid Pérez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación en el campo de la salud; prácticas educativas; lactancia materna; investigación cualitativa.

## Resumen:

Esta investigación tuvo como propósito conocer las prácticas educativas en lactancia materna en el Hospital Universitario San Vicente Fundación sede Medellín, desde la perspectiva de sus actores, educandos y educadores, como insumo para ampliar los aprendizajes sobre la educación en el campo de la salud pública.

La presente es una investigación cualitativa, realizada bajo la perspectiva hermenéutica; el trabajo de campo se realizó de manera virtual mediante entrevistas semiestructuradas previo consentimiento informado con seis educadoras en lactancia materna del hospital y cuatro mujeres lactantes participantes de las prácticas educativas.

Los resultados mostraron que existe diversidad en las prácticas educativas en lactancia materna en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, en las relaciones entre los actores educativos, en la elección de los contenidos y en los objetivos de la educación, por lo que se encontraron práctica educativa en lactancia materna cercana a la tendencia tradicional de educación para la salud hasta práctica educativas en lactancia materna correspondientes a la tendencia crítica de la educación para la salud.

## Referencias Bibliográficas

- Freire, P. (2014). *Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores México.
- Gadamer, H. G. (1993). La historicidad de la comprensión como principio hermenéutico. *Verdad y método* 1, 331-377.
- García, RR. (2015). Aproximación Antropológica a La Lactancia Materna. *Revista de Antropología Experimental*. Universidad de Jaén (España), 15(23), 407-429.
- García, V & Laureano, J. (2019).

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia



# Educación en salud mental

- 484 Discapacidad psicosocial: prácticas y dispositivos en la categorización y acompañamiento educativo adolescentes
- 486 Psicoeducación Cognitiva, un desafío de la Salud Pública global
- 488 Sistematización de una estrategia para el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en adolescentes
- 490 Una experiencia escolar de educación para la salud mental
- 492 Tenemos que hablar // El método scout para enseñar y concientizar sobre la salud mental y sexual en jóvenes

# Discapacidad psicosocial: prácticas y dispositivos en la categorización y acompañamiento educativo adolescentes

## Ponente:

Luisa Mejía Díaz - Colombia  
Universidad de Antioquia  
luisa.mejiad9@gmail.com

## Autores

Luisa Mejía Díaz<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Discapacidad psicosocial, adolescentes, salud mental, categorización, prácticas, dispositivos.

## Resumen:

El concepto de discapacidad ha evolucionado a lo largo de la historia y ha sido influenciado por contextos socio históricos y culturales. Inicialmente, se veía como una enfermedad que requería tratamiento, pero el modelo social de la diversidad biopsicosocial cambió esta perspectiva, considerándola como el resultado de interacciones entre las limitaciones personales y las barreras sociales. En Colombia fue adoptado el modelo social, definiendo la discapacidad como las limitaciones personales que interactúan con barreras sociales.

Dentro de los tipos de discapacidad, se encuentran la discapacidad visual, auditiva, física, intelectual/cognitiva y psicosocial. A la discapacidad psicosocial se le ha relacionado con trastornos mentales que afectan las actividades diarias y la regulación emocional.

Existe cierta controversia sobre si el diagnóstico implica automáticamente una condición de discapacidad. Así mismo, este tipo de discapacidad, que es considerado uno de los más frecuentes en Colombia y puede afectar de manera importante la asistencia escolar, ha sido menos abordado en el sector de la salud en comparación con otras categorías como “discapacidad” y “trastorno mental”. Las investigaciones al respecto son escasas y se necesita una comprensión más profunda.

La comprensión de la discapacidad psicosocial en el contexto educativo en Colombia es aún incipiente y necesita ser desarrollada. En este proyecto de investigación, se plantea la necesidad de un enfoque integral para comprender la discapacidad psicosocial, específicamente en el campo de la salud mental, basado en la normatividad, prácticas observadas en la escuela y puntos de vista de los adolescentes, padres, docentes y profesionales que acompañan el proceso, con respecto a las prácticas y dispositivos

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia

presentes en los procesos de categorización y acompañamiento educativo y familiar de los adolescentes escolarizados, y las implicaciones de los mismos en su salud mental. La investigación se llevará a cabo en una institución educativa de Rionegro, Antioquia, con la cual se espera contribuir al conocimiento crítico en este campo.

### Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association. (2014). DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arenas, A. d., & Melo-Trujillo, D. E. (2021). Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(1), 69-83.
- Ministerio de Educación. (29 de Septiembre de 2020). Documento de orientaciones técnicas, administrativas y pedagógicas para la atención educativa a estudiantes con discapacidad en el marco de la educación inclusiva. Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/portal/men/Publicaciones/Guias/360293:Documento-de-orientaciones-tecnicas-administrativas-y-pedagogicas-para-la-atencion-educativa-a-estudiantes-con-discapacidad-en-el-marco-de-la-educacion-inclusiva>

# Psicoeducación Cognitiva, un desafío de la Salud Pública global

## Ponente:

Carlos Mauricio González Posada - Colombia  
Universidad de Antioquia  
mauricio.gonzalez@udea.edu.co

## Autores

Flor Ángela Tobón Marulanda<sup>1</sup>  
Carlos Mauricio González Posada<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Salud pública, Salud Mental, Educación para la salud, psicoeducación, educación y cognición.

## Resumen:

Introducción: Ante el panorama crítico global de la salud pública, que se puso a prueba por la reciente pandemia de Covid-19, se presenta la psicoeducación cognitiva como alternativa facilitadora de procesos educativos reflexivos e integrales, para fortalecer los programas de promoción de la salud en la perspectiva de integrar políticas públicas benéficas. Esta reflexión identifica de manera breve la relación histórica de las crisis de la salud pública y las pandemias, los cambios hacia una nueva cultura sanitaria fundamentada en la psicoeducación cognitiva que reduzca los problemas de la salud pública, y que integre políticas públicas de interés común y fomente la educación y la salud mental integral.

Probando los sistemas sanitarios ante las crisis de salud pública global.

En la historia sanitaria global del último siglo, hemos observado como las pandemias han emergido y ocasionado situaciones que han generado crisis de salud pública, se pueden citar casos de pandemias, como la gripe española ocurrida entre 1918 y 1919, la gripe asiática entre 1957 y 1958, y la gripe de Hong Kong entre 1968 y 1969, y hasta la de VIH que ha sido continua desde los años 80s del siglo pasado hasta hoy (Márquez, 2015). Estas experiencias han mostrado las deficiencias de procesos educativos en el tema de la salud para disminuir los factores de riesgo asociados a las enfermedades.

La psicoeducación cognitiva, opción para reducir problemas de la salud pública.

Ante el breve panorama descrito anteriormente, surge la psicoeducación cognitiva, la cual puede ser descrita como una herramienta didáctica útil que permite desarrollar en el ser humano y en la sociedad, aprendizajes útiles para todo el ciclo vital, y desde la visión amplia, profunda y sistemática de una educación formativa, holista, con calidad humana e incluyente del diálogo de saberes. En esta perspectiva, la psicoeducación cognitiva significa una comunicación bidireccional útil para mejorar las

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

relaciones humanas, sociales y la transmisión de los conocimientos que promuevan otras conductas de vida innovadoras, que fomente la transformación humana-social por el progreso local y global (Määttä et al. 2020).

Por qué y para qué educar desde la psicoeducación cognitiva en salud pública.

La psicoeducación cognitiva aplicada a los procesos escalonados de aprendizajes conduce a diferenciar el pensamiento, a controlar emociones, a la introspección de actuar con inteligencia, a aumentar el optimismo y a la creatividad convergente y divergente en cada contexto particular Max-Neef (1986), identifica una serie de satisfactores que se entienden como la manera de ser, tener, hacer, estar o enseñar algo. La psicoeducación cognitiva promueve esos valores que contribuyen a satisfacer las necesidades humanas en cada cultura.

Discusión y conclusiones: La psicoeducación cognitiva, aplicada en perspectiva sanitaria, fomenta el desarrollo del ser humano-profesional, propositivo y en armonía con la sociedad, especialmente donde los problemas psicosociales abruman y requieren de gestores sociales en el ejercicio profesional, mediante el inicio, organización, implementación y la gestión de propuestas comunitarias. La psicoeducación cognitiva permite la educación de seres humanos que transmitan optimismo, confianza, ética, transparencia, verdad, justicia. Aplicar estas alternativas educativas requiere de la introspección del sentido y la dimensión de la re-construcción del tejido social con dignidad humana, mediante la apertura a la participación real en las decisiones de interés de las comunidades más necesitadas. En este orden de ideas, es asumir el desafío de educar-formar en situaciones de complejidad, y con el deseo de aprender para evolucionar y ser parte de la solución a los problemas críticos del entorno medioambiental globalizado.

### Referencias Bibliográficas

- Määttä, K. y Uusiautti, S. (2020). Educational Psychological Perspectives on Sustainability Education. *Sustainability*, vol. 12, núm. 1, 398, doi: <https://doi.org/10.3390/su12010398>
- Márquez, J. (2015). ¿Es importante la historia de la salud-enfermedad para la salud pública? En: *Actualizando discursos. Trazos de historia de la psiquiatría y de la salud pública en el contexto iberoamericano*. Impresión, L. Vieco S.A.S. pp 201 – 207.
- Max-Neef, Manfred et al. (1986). *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Medellín: Cepaur.

# Sistematización de una estrategia para el fortalecimiento de habilidades socioemocionales en adolescentes

## Ponente:

Juan Andrés Arango Londoño - Colombia  
Universidad de Caldas  
juanarangolon@gmail.com

## Autores

Juan Andrés Arango Londoño<sup>1</sup>  
Diana Paola Betancurth Loaiza<sup>2</sup>  
Liliana Jurado Vargas<sup>3</sup>  
Juliana Quintero Giraldo<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Adolescencia, Escuela Promotora de Salud, Socioemocionalidad, Sistematización, Investigación-Acción.

## Resumen:

El enfoque reduccionista, tradicional y dicotómico del proceso salud-enfermedad-cuidado, fragmenta el abordaje holístico del bienestar de las personas. En oposición a dichos enfoques, la salud se entiende como una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana en relación con la naturaleza, la sociedad y el Estado (Granda, 2004), por lo que se deben reevaluar las prácticas y estrategias del cuidado de la salud, entre ellas las Escuelas Promotoras de Salud (EPS).

Si bien se ha entendido que las escuelas son lugares de promoción de la salud, en función de la búsqueda de la equidad sanitaria y la contribución al mejoramiento de la salud y al mayor control sobre la misma (Hernández, 2019), un enfoque biomédico homogeneizante dentro de dichos escenarios educativos, conlleva a que las vivencias sobre la salud y, en especial, sobre la dimensión socioemocional de los actores dentro de dichas instituciones, esté centrado en el riesgo y la culpa.

En este sentido, el objetivo principal de esta investigación fue desarrollar una estrategia para complementar el componente socioemocional en estudiantes adolescentes en el marco del proyecto Entornos Escolares para la Vida durante los años 2022 y 2023. Esta ponencia presenta la sistematización del proceso.

Se utilizó un enfoque de Investigación-Acción y una metodología participativa al involucrar a los estudiantes y a un equipo multidisciplinario en el proceso. Diversas estrategias fueron implementadas para alcanzar los objetivos planteados y se hizo énfasis en la identificación de las fortalezas y oportunidades de mejora.



Los resultados obtenidos en la sistematización de la investigación resaltan la importancia de abordar la salud de manera holística, promoviendo un enfoque autónomo y solidario.

Se reconocen elementos culturales, sociales y económicos que determinan los procesos vividos por los adolescentes y que construyen los imaginarios sobre lo que es la familia, los amigos, la felicidad y la vida.

Las conclusiones de esta investigación-acción tienen un impacto significativo en la toma de decisiones dentro de la institución educativa y pueden ser replicadas en otros contextos a nivel local, regional, nacional e internacional.

La estrategia desarrollada para complementar el componente socioemocional en estudiantes ofrece nuevas perspectivas y enfoques para mejorar el bienestar de los estudiantes y potenciar el cuidado de la vida y la salud mental dentro de los entornos escolares.

### Referencias Bibliográficas

- Hernández-Sánchez, J., Oviedo-Cáceres, M. del P., Rincón Méndez, A. Y., Hakspiel-Plata, M. C., & Mantilla Uribe, B. P. (2019). Tendencias teóricas y prácticas de la promoción de la salud en el ámbito escolar en Latinoamérica. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*, 51(2), 156–169. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019008>
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&tlng=es)

# Una experiencia escolar de educación para la salud mental

## Ponente:

María Fernanda Enriquez Villota - Colombia  
Universidad de Nariño  
mariafernandaev@udenar.edu.co

## Autores

María Fernanda Enriquez Villota<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación, Salud, Mental, Estudiantes, Escuela.

## Resumen:

El proceso de acercamiento a las instituciones educativas desde una perspectiva de Promoción de la Salud constituye una estrategia con la cual se busca empoderar a las comunidades educativas para movilizar el fortalecimiento de sus habilidades individuales e incidir en el buen vivir a nivel institucional y colectivo. En esta experiencia se describe el trabajo realizado en una institución educativa municipal para fortalecer la salud mental de los estudiantes a través de las habilidades para la vida.

Cuyo objetivo general fue promover la salud mental de los estudiantes de una institución educativa con estrategias de educación y comunicación para la salud. Como objetivos específicos se plantearon fortalecer las habilidades para la vida de los estudiantes por medio de talleres educativos desde el modelo aprender a enseñar y la construcción participativa de material educomunicativo basado en el diálogo de saberes.

Como proceso educativo, método o didáctica se emplean las estrategias de Educación y Comunicación para la Salud, implementando talleres lúdico pedagógicos en los cuales se recurre a estrategias como el juego de roles, las narrativas, la pintura, los títeres, la creación artística, entre otras, como herramientas para favorecer los aprendizajes que se crean en la interacción constante entre el educador y los participantes, quienes a través del diálogo de saberes y la creatividad construyen conocimiento que les permite potencializar su salud y la de su comunidad.

Cada fase del proyecto se lleva a cabo teniendo en cuenta las siguientes etapas: Familiarización y Análisis Documental, Contextualización e Identificación de Necesidades Educomunicativas, Formulación del Plan de Acción, Ejecución de la propuesta y Evaluación Constante.

<sup>1</sup> Universidad de Nariño

Resultados: En el ejercicio se ha observado como los aspectos sociales, económicos, políticos y educativos de la comunidad ejercen una fuerte influencia en la salud mental de los niños, quienes manifiestan en el contexto escolar las problemáticas que viven en sus familias, barrios y territorios. La estrategia de diálogo de saberes propia de la educación para la salud se ha convertido en un recurso importante para comprender la realidad de los estudiantes y generar procesos de transformación en sus saberes, actitudes y experiencias y el desarrollo de materiales educomunicativos de manera participativa refleja la creatividad de los niños para expresar nuevas formas de entender su realidad y la necesidad de transformarla, en especial a nivel de su salud mental.

Es necesario extender el trabajo de educación y comunicación para la salud a otros integrantes de la comunidad educativa como los docentes, padres de familia y líderes comunitarios del sector para que el proceso de transformación iniciado con los niños pueda generar el fortalecimiento de la salud mental que se busca en la comunidad.

### Referencias Bibliográficas

- Mariño-Solano (2009). El diálogo en la educación de jóvenes y adultos. Dos propuestas pedagógicas para implementarlo: El taller dialógico/ la recuperación de experiencias laborales. Organización de Estados Iberoamericanos-OEI. Instituto para el desarrollo educativo-IDIE. Formación de Docentes y Educadores.
- Habilidades para la Vida: Manual de Conceptos Básicos para Facilitadores y Educadores. [Internet]. 2016. [ Consultado 20 de enero de 2023] Disponible en: <http://www.cedro.org.pe/emprendimientojuvenil/images/pdf/habilidadesparalavidamanualdeconceptos16agosto.pdf>
- Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

# Tenemos que hablar // El método scout para enseñar y concientizar sobre la salud mental y sexual en jóvenes

## Ponente:

Emma Mesa Serna - Colombia  
Asociación Scouts de Colombia  
emma.mesaserna@gmail.com

## Autores

Emma Mesa Serna<sup>1</sup>  
Emmanuel Arroyave Arango<sup>2</sup>  
Melissa Osorio Muñoz<sup>3</sup>  
Dante Chona Cuervo<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Método scout, Salud mental, Salud sexual, Aprendizaje, Tenemos que hablar.

## Resumen:

El Método Scout permite el aprendizaje a través de la acción constituyéndose en una herramienta orgánica para la gestión, la promoción y el acceso al cuidado de la salud mental y sexual de jóvenes y adultos.

## Referencias Bibliográficas

- Muñoz, M. (2020). Aportes del método Scout en la formación ética y ciudadana de los adolescentes y jóvenes (p. 1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=288277> A, C. A. P. (2018). Situación de salud mental en Colombia. <https://www.redalyc.org/journal/2990/299058815001/>
- Pinilla, J. (2017). Cómo una educación en el tiempo libre afecta a las capacidades y habilidades sociales de los niños/as: el método Scout. Universidad de Valladolid.

# Educación en salud ambiental

- 492 Comportamiento proecológico y austero en personal administrativo de una institución de educación superior
- 494 Diálogo de saberes en la educación para la salud de comunidades del Medio Atrato
- 496 Educación Ambiental Crítica y Nutrición en Salud Pública
- 498 Factores que inciden en la educación de salud ambiental en el sistema social de cuenca hídrica Fucha Bogotá
- 500 Formar en Ecología Humana a los (futuros) profesionales de la salud en tiempos de Antropoceno
- 502 Programa de Educación Ambiental No Formal sobre manejo de plaguicidas en campesinos de autoconsumo de Guerrero, México

# Comportamiento proecológico y austero en personal administrativo de una institución de educación superior

## Ponente:

Ana Karen Ceballos Mora - Colombia  
Universidad de Nariño  
ceballosank@udenar.edu.co

## Autores

Ana Karen Ceballos Mora<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Comportamiento sustentable, comportamiento proecológico, comportamiento austero, personal administrativo.

## Resumen:

Es importante reconocer que la responsabilidad ambiental y la gestión en las universidades, no solo deben integrar acciones con estudiantes o docentes, sino también con el personal administrativo, de tal manera que se genere una cultura ambiental (Estévez, Acevedo & Suarez, 2017). Para la implementación de acciones en pro de una cultura ambiental se propone partir de la evaluación del proceso de adopción de comportamientos sustentables, el cual se define como el conjunto de acciones efectivas y deliberadas que tienen como finalidad el cuidado de los recursos naturales y socioculturales necesarios para garantizar el bienestar presente y futuro de la humanidad (Corral, 2012).

El presente estudio se desarrolló desde la investigación cualitativa, con elementos de la etnografía propositiva (Guber, 2001), sin embargo, también se consideró un componente cuantitativo para evaluar el comportamiento sustentable.

Desde lo cualitativo se evidencia compromiso en prácticas sustentables, la institución avanza en la difusión de información por medios digitales, manejo de residuos y sustancias químicas, ahorro de energía y agua, y conocimientos sobre las funciones del sistema de Gestión Ambiental- SGA. Sin embargo, existe la necesidad de fortalecer la educación ambiental, considerar aspectos macroeconómicos y políticos, alternativas ecológicas en la salud menstrual, implementar estrategias para reducción del consumo de cigarrillo, reducción de uso de papel y poliestireno, propiciar el uso de tazas propias y paneles solares.

Por otra parte, desde el componente cuantitativo y considerando el proceso de adopción de un comportamiento que implica varias etapas: (1) conocer el comportamiento y su importancia, (2) tener una disposición favorable, (3-4) decidir o no llevarlo a cabo, (5) planear la manera de llevarlo a cabo, (6) realizarlo y, finalmente, (7) mantenerlo; se logró analizar el comportamiento sustentable en sus dimensiones proecológico y austero. En relación al comportamiento pro ecológico, se puede observar

<sup>1</sup> Universidad de Nariño

que en la etapa 1 se destacan la participación en actividades que promueven la solución de problemas ambientales, en la 2 el sugerir a las personas que hagan uso adecuado de los contenedores de residuos sólidos, en la 3 desplazamiento en bicicleta, en transporte público o en otro medio eco-alternativo, en la 4 invitar a compañeros de trabajo a que separen adecuadamente los residuos, en la 5 participar en actividades que promueven la solución de problemas ambientales. Finalmente, en la etapa 6 aparecen los comportamientos como depositar los residuos en el contenedor correspondiente, mientras que en la 7 están los comportamientos de utilizar los senderos peatonales para cuidar las zonas verdes y evitar verter en lavamanos, inodoros y sifones elementos o materiales contaminantes. En lo referente a los comportamientos clasificados como austero, se encontró que la mayoría de las personas (entre un 79 y un 99%) se encuentran en las etapas 6 y 7.

Contar con un diagnóstico frente a la adopción de comportamiento sustentable permitirá planear procesos de educación en salud ambiental coherentes y contribuir al SGA institucional, de tal manera que se programen las acciones necesarias en pro del cuidado del medio ambiente.

### Referencias Bibliográficas

- Corral, V. (2012). Sustentabilidad y psicología positiva: Una visión optimista de las conductas proambientales y prosociales. México, México: Editorial El Manual Moderno.
- Estévez, M., Acevedo, B., y Suarez, L. (2017). La construcción de poder hacia una educación ambiental participativa. *Universidad y Sociedad*, 9 (2), 60-66.
- Prada, E. (2013). Conciencia, concientización y educación ambiental: conceptos y relaciones. *Revista Temas*, (7), 231-244. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5894306.pdf>

# Diálogo de saberes en la educación para la salud de comunidades del Medio Atrato

## Ponente:

Paola Andrea Ríos Arias - Colombia  
Universidad de Antioquia  
paola.rios2@udea.edu.co

## Autores

Andrés García Sánchez<sup>1</sup>  
Catherine Vieira Agudelo<sup>2</sup>  
María Isabel Ramírez Valencia<sup>3</sup>  
Hader de Jesús Calderón Sierra<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Cuidado, salud colectiva y ambiental, defensa del territorio, comunidades locales, autonomía.

## Resumen:

Introducción: Por medio de la articulación entre los proyectos de investigación Sembrar en Azoteas: Cuidado y educación en el Atrato y Ecología de saberes, crisis ambiental y autonomías étnico-territoriales para la protección del río Atrato, se pretende presentar un análisis reflexivo sobre los aspectos teóricos y metodológicos desarrollados por medio de la estrategia de diplomado y el diálogo de saberes, desde una perspectiva de la educación para la salud en temas como el cuidado colectivo y la crisis climática.

Ambos proyectos de investigación consisten en un ejercicio de co-investigación y un proceso interdisciplinario de permanente participación entre las Comisiones de Género, Autonomía y Territorio y Etnoeducación del Consejo Comunitario Mayor de la Asociación Campesina Integral del Atrato, la Institución Comunitaria Etnoeducativa del Medio Atrato y la Universidad de Antioquia, para la generación de conocimiento pertinente con, para y desde los territorios de la región del medio Atrato, con el fin de reconocer las prácticas productivas, el cuidado colectivo para la salud y el territorio, la participación política de las mujeres afrodescendientes y la crisis climática.

Propuesta: La investigación se realiza a partir de una IAP y contempla un componente formativo a través de diplomados, que a su vez han sido la técnica de recolección de la información para ambas investigaciones. Los diplomados están divididos en 4 módulos y se incorpora el diálogo de saberes, para establecer un proceso educativo entre los conocimientos ancestrales, locales y académicos, que permiten un proceso pedagógico (entre comunidades e investigadores) para la construcción de nuevas prácticas de cuidado alrededor de la salud y el reconocimiento de las prácticas incorporadas culturalmente.

Adicionalmente, en el proyecto “Sembrar en Azoteas: Cuidado y educación en el Atrato” paralelamente al diplomado, se realiza la instalación y seguimiento técnico de una decena de Azoteas y Huertas en las que se cultiva diferentes plantas, lo que permite que a través de lo reflexionado en el diplomado se propicie



en la comunidad un análisis sobre las prácticas productivas, el cuidado comunitario y la participación política y liderazgo femenino afrodescendiente; y en el proyecto “Ecología de saberes, crisis ambiental y autonomías étnico-territoriales para la protección del río Atrato”, durante el diplomado, deben formular una propuesta creativa, con el fin de enriquecer el proceso de fortalecimiento de capacidades territoriales, con los aportes de las comunidades, la reflexión crítica, y su participación en el diseño de nuevos proyectos, que permitan la apropiación social del conocimiento producido y la sostenibilidad de las acciones para la atención del cambio climático, el monitoreo participativo de fenómenos ambientales, y el cuidado colectivo de la salud de las comunidades ribereñas.

Discusión y conclusiones: esta metodología ha permitido evidenciar en el territorio diversas formas de cuidado de la salud, las cuales constituyen una práctica de cuidado comunitario, que se convierten en respuesta a las problemáticas de salud que no pueden ser cubiertas por el sistema de salud actual, debido a las dificultades de acceso a la atención y la escasez de recursos y personal de salud. Es por esto que las comunidades se han constituido como gestores de salud, y por medio del diplomado, utilizando como referente la educación popular, se ha posibilitado que los y las participantes tomen conciencia de su papel en la promoción y construcción de la salud colectiva, construcción que está estrechamente vinculada con los saberes tradicionales y las prácticas comunitarias de los territorios, las cuales contribuyen al cuidado no solo individual, sino también en un sentido más amplio, desde la conciencia colectiva.

### Referencias Bibliográficas

- Carreño Hidalgo, P (2016). La etnobotánica y su importancia como herramienta para la articulación entre conocimientos ancestrales y científicos (Trabajo de investigación de pregrado). Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Bogotá, Colombia.
- Comisión de género en la Cocomacia: las mujeres en la gestión del territorio en el medio Atrato. Pontificia Universidad Javeriana, Fundación Universidad de Antioquia, Universidad de Antioquia.
- Quiceno Toro, N., y Villamizar Gelves, A. . (2020). Mujeres atrateñas, oficios reparadores y espacios de vida. *Revista Colombiana De Antropología*, 56(2), 111–137. <https://doi.org/10.22380/2539472X.702>

# Educación Ambiental Crítica y Nutrición en Salud Pública

## Ponente:

Juan Diego Goetz Rueda - Colombia  
Escuela de Nutrición y Dietética  
Universidad de Antioquia  
juan.goez@udea.edu.co

## Autores

Juan Diego Goetz Rueda<sup>1</sup>  
Cristina Carreño Aguirre<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Educación Ambiental, Salud pública, Alimentación y Nutrición.

## Resumen:

Nuestras prácticas alimentarias y los sistemas alimentarios modernos se han identificado como favorecedores del deterioro ambiental, el cambio climático y la contaminación. Se estima que el sistema alimentario mundial, incluyendo la agricultura y el uso de la tierra, representa entre el 23 y el 42 % de las emisiones mundiales de gases efecto invernadero y están asociados a resultados negativos en temas de salud pública (IPCC, 2022). La meta de limitar el aumento de la temperatura global a 1,5 grados centígrados establecido por el Acuerdo Climático de París requiere reducciones profundas en las emisiones relacionadas con los alimentos.

Ante esta situación es necesario realizar procesos de educación ambiental en diferentes niveles de formación. Sin embargo, primero se debe debatir teórica y metodológicamente cuál de las corrientes de educación ambiental puede ser la más pertinente e idónea para responder a las problemáticas relacionadas con la alimentación, la salud y el medio ambiente. Este trabajo propone la corriente de educación ambiental crítica que está fundamentada en las epistemologías del sur.

La educación ambiental crítica es un proceso educativo e investigativo continuo, que busca equipar, teórica y prácticamente a los sujetos para comprender la realidad concreta, en su construcción histórica y dialéctica, para que puedan participar activa y conscientemente en su transformación, hacia un proyecto de sociedad más justa y sustentable. Tiene como objetivo promover la comprensión de los problemas sociales en diferentes dimensiones y formar una actitud ecológica sin perder de vista cuestiones éticas y políticas, contribuyendo al entendimiento y transformación de la forma como están distribuidos los recursos. Refuerza la importancia de la relación entre sociedad y naturaleza y permite una formación de los sujetos para una actuación responsable en la sociedad, practicando acciones y valores con todos los

<sup>1,2</sup> Escuela de Nutrición y Dietética Universidad de Antioquia

actores sociales, permitiendo mitigar problemas socioambientales. Es una forma de intervención social por medio de la problematización de las temáticas sociales, culturales, históricas, ambientales e invita a los sujetos a la búsqueda de la emancipación social mediante un proceso formativo (Silveira, 2021).

Procesos educativos e investigativos, críticos, reflexivos y prácticos pueden generar transformaciones a gran escala y a lo largo de la cadena de suministro de alimentos, incluida la mitigación del lado de la demanda y los cambios de comportamiento, evitando que se produzca un cambio climático catastrófico. Promover una alimentación saludable dentro de los límites del planeta requiere que los consumidores tomemos decisiones informadas, conscientes y éticas.

Desarrollar estrategias de educación ambiental crítica dentro de los currículos y las investigaciones universitarias es un imperativo, ya que los futuros profesionales tienen un papel y una responsabilidad importante en la promoción de prácticas sustentables, aportando así a la educación en el campo de la salud y las políticas públicas. Además, son estos profesionales los llamados a liderar los debates sobre la producción de alimentos y su afectación en la salud humana y ambiental.

### Referencias Bibliográficas

- IPCC. Climate Change. Mitigation of Climate Change. Contribution of Working Group III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge; New York: Cambridge University Press. 2022.
- Silveira DP, Lorenzetti L. Estado da arte sobre a educação ambiental crítica no Encontro Pesquisa em Educação Ambiental. Praxis & Saber. 2021; 12 (28): 88-102.

# Factores que inciden en la educación de salud ambiental en el sistema social de cuenca hídrica Fucha Bogotá

## Ponente:

Yamile Edith Borda Perez - Colombia  
Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca  
yborda@unicolmayor.edu.co

## Autores

Yamile Edith Borda Perez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Sistema social, cuenca hídrica, participación, educación ambiental, cultura del agua.

## Resumen:

La presente ponencia surge, con el objetivo de identificar prácticas educativas en el sistema de cuenca hídrica, a través de la participación de diversos actores en el entorno del Río Fucha que promuevan su conservación. Las corrientes del Río Fucha nacen en los cerros orientales, atraviesan la ciudad de oriente a occidente para luego desembocar en el río Bogotá, además son receptores de las aguas provenientes del alcantarillado pluvial y residual de la ciudad. Debido al crecimiento y desarrollo que ha tenido la capital en las últimas décadas, se han generado presiones ambientales que dichos ecosistemas no logran soportar. Diferentes administraciones de la ciudad han intentado hacer una aproximación a “Los caminos de los Cerros” y a la “Gobernanza y cuidado del agua”, como componentes esenciales de la planeación urbana y del desarrollo social, cultural y económico de la ciudad, los cuales están orientados a la preservación del patrimonio natural y cultural de esta Reserva.

Desde esta óptica, es posible pensar la cuenca hídrica como un sistema social interactuando con un sistema de seres vivos en el ecosistema a través de las prácticas llevadas a cabo por las comunidades de la cuenca alta del río, quienes desarrollan diferentes acciones colectivas que redundan en la apropiación de la cuenca, la autogestión y la incidencia sobre el uso y manejo de los recursos hídricos (Mendoza, 2017). El estudio desarrolló una metodología de investigación de tipo exploratorio descriptiva, que incluyó, la recolección de información a través de entrevistas y grupos focales con actores involucrados de diferentes sectores, para reconocer las prácticas educativas, enfocadas en la conservación de la cuenca y reducción del deterioro de la misma. Los actores comunitarios más activos en torno a las problemáticas y la oferta ambiental río Fucha son líderes y organizaciones, ambientales, que emprenden y gestionan proyectos en los que se pueda mejorar las condiciones del río, con posturas propositivas, proactivas y colaborativas, pero en no pocas ocasiones, supremamente crítico frente de la acción de las entidades Distritales en el marco de las políticas públicas ambientales y las relacionadas con el urbanismo.

<sup>1</sup> Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Por ejemplo, se observó un activismo desde el sector artístico y cultural, al igual que diferentes iniciativas como la creación de huertas y de escuelas de educación popular, a través de las cuales se promueve la memoria histórica, comunitaria y cultural de la unidad socio-espacial habitada -cuenca alta-, a fin de desarrollar un sistema de equipamientos funcionales que propicien la conectividad y la accesibilidad a la comunicación y, al mismo tiempo, promover la cultura local, los valores particulares del territorio, los lugares de encuentro y las relaciones humanas entre la comunidad y con el ecosistema.

En efecto, la cuenca hídrica, percibida como sistema, se convierte en unidad socio-espacial propicia para diversas iniciativas de acción ciudadana; además, implica un conjunto de escenarios físicos construidos para facilitar la movilidad, la conexión y la socialización a través de la comunicación de los habitantes de un contexto determinado, quienes se identifican y le otorgan una identidad transformándolo en un escenario de relacionamiento social. Esto es, un territorio con memoria e historia, debido a que los habitantes del lugar pueden encontrar en él sus orígenes, sus experiencias, sus vínculos, afectos, vestigios físicos y diversos signos de pertenencia; así mismo, se pueden manifestar valores comunes a un grupo humano dentro de una concepción temporal y espacial, un espacio propicio para construir y consolidar la ciudadanía y el empoderamiento de la misma.

### Referencias Bibliográficas

- Flores, M. Á., Arana, A., & Díaz de Mariño, E. (2014). Comunicación y Mediación social para el cambio. Proyecto Gestión Integral de Cuencas con enfoque participativo. Casos: Ríos Pao y Unare. *Mediaciones Sociales*(13), 131 - 159.
- Ruiz, C., Cardona, D., & Duque, J. L. (2012). Corredores biológicos una estrategia de recuperación en paisajes altamente fragmentados. Obtenido de Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/31609/1/30813-111581-1-PB.pdf>

# Formar en Ecología Humana a los (futuros) profesionales de la salud en tiempos de Antropoceno

## Ponente:

Mariana Velásquez Mejía - Colombia  
Universidad de Caldas  
marianavelasquezmejia@gmail.com

## Autores

Mariana Velásquez Mejía<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación Ambiental, Antropoceno, Salud, Determinación de la Salud, Educación superior.

## Resumen:

Esta es una propuesta de reflexión teórica sobre la pertinencia de formar al personal docente y a los futuros profesionales del campo de la Salud en Ecología Humana, ligado al contexto actual de Antropoceno (Zalasiewicz et al., 2021) y de crisis ecocivilizatoria. En el marco de la Salud Pública se reconoce que la calidad ambiental es determinante en la calidad de vida de las personas. A su vez, la calidad ambiental está determinada, sobre todo, por los procesos a través de los cuales las sociedades interactúan en el marco de su metabolismo ecológico; es decir, depende de los modos en los que se extrae, produce, transporta y desecha la materia y la energía a través de estos procesos de apropiación humana del medio biofísico. Respecto a lo anterior, la Ecología Humana se presenta como un puente entre las ciencias naturales y sociales que proporciona a los futuros y actuales profesionales herramientas más completas para comprender las tensiones ecológicas actuales que atraviesan al concepto de Salud.

Según lo retoma Caponi (1997), Georges Canguilhem se pregunta por el estatuto epistemológico de la salud y plantea que la diferencia entre genotipo y fenotipo lleva a diferenciar la salud como estado y como orden. La salud como estado del cuerpo dado (genotipo) es poder enfermarse y recuperarse. La salud como orden del cuerpo producto (fenotipo) es “poder mandar a hacer al cuerpo aquello que en principio parecía imposible” (p. 8), como ajustar el organismo a ciertas exigencias o transformar y corregir un medio social que es adverso. La salud en este sentido no solo es capacidad de adaptación, sino de transformación de las expresiones del cuerpo y del medio, “implica la capacidad de instituir nuevas normas” (p. 12), una forma de poyesis, o de producirse a sí mismo, concepto que implica capacidad de CREAR.

Tomando el concepto de salud como orden, que implica transformar las condiciones adversas que, en este caso, el medio pueda presentar, es que adquiere relevancia el enfoque crítico de la Determinación

<sup>1</sup> Universidad de Caldas

de la Salud y la Vida que teje redes entre los desarrollos teóricos de la Medicina social latinoamericana y los conocimientos de punta de la ciencia ecológica, en aras de transformar las condiciones estructurales que determinan la reproducción de la crisis ecocivilizatoria que ya se torna crónica (Sepúlveda-Gallego, 2022).

Además, si es un hecho que nos encontramos en el Antropoceno (un nuevo momento en la historia geológica caracterizado por el impacto de la especie humana en los ecosistemas terrestres) quiere decir que nos enfrentamos a un mundo desconocido, con un par de grados más de temperatura, virus y bacterias de hace millones de años que se liberan a la atmósfera, un océano más ácido, menos agua dulce para consumo, disminución de la productividad del suelo, menos alimentos y poco nutritivos, menos biodiversidad, etc. Lo cual, por su puesto, implica un nuevo escenario para la salud y el bienestar humanos.

Entonces, lo que planteo es que no puede haber salud (la cual siempre es colectiva y depende del oikos), si no conocemos y nos mantenemos dentro de los límites biofísicos que no podemos transgredir, si no nos reconocemos como eco e interdependientes, si no formamos profesionales de la salud con criterios ecológicos para la toma de decisiones éticas y para cualificar su participación como seres políticos, autopoyéticos, capaces de transformar las estructuras socioeconómicas que reproducen estados de malestar y enfermedades.

### Referencias Bibliográficas

- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307.
- Sepúlveda-Gallego, I.E. (2022). Editorial. Crisis ecológica y determinación social de la salud y la vida. *Hacia Promoc. Salud*. 27(2): 13-15. 10.17151/hpsal.2022.27.2.1
- Zalasiewicz, J., Waters, C. N., Ellis, E. C., Head, M. J., Vidas, D., Steffen, W., et al. (2021). The Anthropocene: Comparing its meaning in geology (chronostratigraphy) with conceptual approaches arising in other disciplines. *Earth's Future*, 9, e2020EF001896. <https://doi.org/10.1029/2020EF001896>

# Programa de Educación Ambiental No Formal sobre manejo de plaguicidas en campesinos de autoconsumo de Guerrero, México

## Ponente:

Belén Madeline Sánchez Gervacio - México  
Universidad Autónoma de Guerrero  
madegervacio@uagro.mx

## Autores

Belén Madeline Sánchez Gervacio<sup>1</sup>  
José Legorreta Soberanis<sup>2</sup>  
Víctor Manuel Alvarado Castro<sup>3</sup>  
Sergio Paredes Solís<sup>4</sup>  
Claudia Erika Rios Rivera<sup>5</sup>  
Janet Saldaña Almazán<sup>6</sup>  
Norma Luz Solano González<sup>7</sup>  
Vianey Guadalupe Saldaña Herrera<sup>8</sup>

## Palabras Clave

Programa de Educación ambiental No Formal, manejo seguro de plaguicidas, campesinos de autoconsumo, diseño participativo, México.

## Resumen:

**Introducción.** Los plaguicidas impactan negativamente en la salud humana y el ambiente. En 2017, la Organización de las Naciones Unidas estimó que 200 000 personas, la mayoría de países en desarrollo, mueren anualmente como resultado de los efectos de esas sustancias. El uso de plaguicidas ha generado dependencia en la agricultura porque los campesinos los perciben benéficos y, además, existe resistencia de algunas plagas ante estos productos. Sin embargo, son sustancias peligrosas que ocasionan graves problemas ambientales y de salud pública (Benedetti et. al, 2013). A pesar del impacto negativo que han generado los plaguicidas, son ampliamente utilizados y en países en desarrollo como México todavía se emplean plaguicidas prohibidos o restringidos en otros países (Díaz et. al, 2021). Dado que durante el transcurso de los años se ha degradado el ambiente, principalmente por la actividad antropogénica, y que este se asocia al estado de salud-enfermedad de los seres humanos, surgió el interés de investigar las condiciones en que trabajan los campesinos de localidades rurales.

**Objetivo.** Diseñar, implementar y medir el impacto de una intervención educativa, con diseño participativo, sobre manejo seguro de plaguicidas en campesinos de autoconsumo de comunidades rurales. **Método.** En localidades serranas de Atoyac, México, realizamos un ensayo comunitario, controlado, no aleatorizado, participativo, encuestamos a campesinos sobre manejo seguro de plaguicidas, antes y después de la intervención. Dos comunidades tuvieron la intervención, que consistió en un Programa de Educación Ambiental No Formal, mientras que una tercera comunidad sirvió de referencia.

**Resultados.** Observamos impacto en el conocimiento y prácticas de manejo seguro de plaguicidas entre los agricultores de las comunidades de intervención. La percepción de estar capacitado por el programa (OR:9.14 IC95% 2.4-35.3), conocimiento y uso de botas de hule como equipo de protección personal (OR:14



IC95% 3.1-64 y OR:7.1 IC95% 1.4- 35.3); conocimiento y correcta disposición final de envases vacíos de plaguicidas (OR:7.4 IC95% 1.8-30.2 y OR:6.6 IC95% 1.8-24.3); y lavarse las manos con agua y jabón antes de consumir alimentos en el campo (OR:10.5; IC95%:2.2- 49.4) se asociaron positivamente con la intervención. Tirar y quemar los envases de plaguicidas en el campo se asoció negativamente con la intervención en el grupo de referencia (OR:0.19 IC95% 0.05-0.68 y OR:0.07 IC95% 0.01-0.44).

**Discusión.** El conocimiento de los ítems del equipo de protección personal y el uso de botas de hule fue mayor en los campesinos del grupo de intervención, resultados similares a otras investigaciones. En este estudio la intervención favoreció la disposición final correcta de envases, otros estudios reportan que los campesinos adquieren el conocimiento con la capacitación, pero no mencionan si lo llevan a la práctica. Uno de los contenidos del programa enfatizó sobre la importancia del lavado de manos para evitar intoxicaciones, esta acción es relativamente simple de realizar, consume poco tiempo para el campesino, tiene un costo financiero mínimo y contribuye al cuidado de la salud individual. Una intervención, sobre percepción del riesgo durante el manejo de plaguicidas, también encontró mayor conocimiento sobre el lavado de manos.

**Conclusiones.** El programa tuvo un impacto en algunos indicadores de manejo seguro de plaguicidas. Involucrar a los campesinos en el diseño del programa favoreció su aceptación y apropiación por parte de los participantes. Estos resultados muestran la necesidad de implementar programas enfocados en la capacitación sobre manejo de plaguicidas, así como en el manejo integrado de plagas para reducir la dependencia del uso de plaguicidas y cuidar la salud humana y del ambiente.

### Referencias Bibliográficas

- Maddah D, Ghach W, Farraj NA, Yehya M, Khatib JA, Alami NH. 2019. The first communitybased intervention to promote safe pesticide use by developing knowledge, attitudes, and practices among Lebanese farmers. *Hum Ecol Risk Assess: An Int J.* 26(10): 2824–2835. doi:10.1080/10807039.2019.1688639
- Rijal JP, Regmi R, Ghimire R, Puri KD, Gyawaly S, Poudel S. 2018. Farmers' knowledge on pesticide safety and pest management practices: a case study of vegetable growers in Chitwan, Nepal. *Agriculture.* 8 (1):16–16. doi:10.3390/agriculture8010016
- Sanchez GBM, Bedolla SR, Rosas AJL, Legorreta SJ, Valencia QR, Juarez LAL. 2020. Pesticide management by subsistence farmers in Mexico: baseline of a pilot study to design an intervention program. *Hum Ecol Risk Assess An Int J.* 1–15. doi:10.1080/10807039.2020.1807903



# Formación del talento humano en salud no formal/ educación continuada

- 507 Estrategia intercultural de educación en salud sexual y reproductiva de mujeres de 5 etnias indígenas en Guainía – Colombia
- 509 Experiencias de un proceso formativo en el campo de la salud para personas sordas
- 511 Formación de talento humano en salud en taller de conectividad poblacional entre fronteras, Colombia y Ecuador - 2022
- 513 Implementación de guía y estrategia educativa en la plataforma Aprender salud de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

# Estrategia intercultural de educación en salud sexual y reproductiva de mujeres de 5 etnias indígenas en Guainía – Colombia

## Ponente:

Claudia Marcela Velásquez Jiménez - Colombia  
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales  
mvelasquez@udca.edu.co

## Autores

Claudia Marcela Velásquez Jiménez<sup>1</sup>  
María Inés Sarmiento Medina<sup>2</sup>  
Sandra Vargas<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Palabras Clave: Atención primaria, salud indígena, salud sexual y reproductiva, interculturalidad – biopoder.

## Resumen:

A pesar de los avances relacionados con la protección de la diversidad étnica y cultural, los pueblos indígenas siguen sufriendo inequidades, siendo las mujeres, uno de los grupos de mayor riesgo, sobre todo en lo referente al ejercicio de la sexualidad, traducidas en baja autonomía, inequidad en la educación y condición de género que se expresan en el aumento de enfermedades como lo es el cáncer cervicouterino, que aunque es prevenible y curable cuando se detecta a tiempo y se trata adecuadamente (OMS,2022). Sigue afectando de manera importante a las mujeres sobre todo a aquellas pertenecientes a poblaciones vulnerables como las indígenas, (Jackson, L. R., & Ward, J. E. 2000) específicamente para este proyecto las indígenas de Guainía en Colombia, Grupo susceptible que permanentemente está enfrentado a situaciones de pobreza y miseria y, por tanto, a dificultades en el acceso a servicios de salud, y por ende a la falta de conocimiento sobre el cáncer de cérvix y las acciones de educación y protección específica como la vacunación, el tamizaje y tratamiento oportuno que se traducen en un aumento en la mortalidad por este evento (Así vamos en salud, 2022) Problemática que refleja entre otras cosas la necesidad de generar procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad verdaderamente interculturales eficientes y eficaces.

Objetivo: Construir una estrategia intercultural de educación en salud sexual y reproductiva, que, a propósito de la prevención del cáncer de cuello uterino, aportara al empoderamiento y conservación de la salud de las mujeres. La iniciativa surgió de mujeres indígenas preocupadas por mejorar la atención ginecológica en su resguardo, quienes acompañadas por un grupo de investigadores de tres universidades proponen le desarrollo de este proyecto.

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

<sup>2</sup> Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

<sup>3</sup> Universidad el Bosque

Método: Investigación Acción participativa realizada en fases a) diálogo de saberes y Formación como investigadoras de las lideresas indígenas. b) elaboración conjunta de instrumentos (entrevistas semiestructuradas, consentimiento informado, diario de campo). c) Trabajo de campo conjunto entre lideresas y profesores para recolección de información, análisis y comprensión de aspectos relacionados con costumbres, significados, recursos en salud, sexualidad y salud sexual y reproductiva d) construcción de estrategias interculturales de educación en salud y de atención.

Resultados y discusión: Se confirman las barreras de acceso lingüístico, cultural y geográfico, a los servicios de salud expresadas por otros trabajos de investigación interculturales. Bajo conocimiento sobre el cáncer cervicouterino y por ende dificultades en el acceso a la toma de citología vaginal.

Conclusión Hay dificultad en la construcción conjunta de un modelo intercultural en salud, pues la relación entre indígenas, y servicios de salud se sigue planteando desde ejercicios de poder dominantes occidentales, no desde el respeto por la diferencia; sin embargo, el proyecto adelantado logra la construcción de material educativo conjunto (cartillas bilingües en 5 lenguas indígenas) privilegiando como estrategia educativa los procesos de educación por pares, mujeres indígenas conversando con mujeres indígenas en su lengua, no con los investigadores, que permiten finalmente la toma voluntaria de citologías en el resguardo de Paujil, pero que demuestran también el ejercicio de resistencia a las prácticas de salud biomédicas. Se recomienda al sector salud plantear un abordaje mixto donde se evidencien las necesidades mutuas, que generen estrategias desde y para las comunidades, lo que significara plantearse nuevas formas de educación en salud y relación terapéutica.

### Referencias Bibliográficas

- Organización mundial de la salud, OMS. (2022). Cáncer cervicouterino, enero 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- Jackson, L. R., & Ward, J. E. (2000). An analysis of resources for indigenous women in NSW about cervical screening. *Australian and New Zealand journal of public health*, 24(3), 327–330. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2000.tb01578.x>
- Así vamos en salud (2022). Tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino. <https://asivamosensalud.org/enfermedades/Tasa-de-Mortalidad-por-C%C3%A1ncer-de-Cuello-Uterino>

# Experiencias de un proceso formativo en el campo de la salud para personas sordas

## Ponente:

Alejandra Lopera Escobar - Colombia  
Universidad CES  
aloperae@ces.edu.co

## Autores

Alejandra Lopera Escobar<sup>1</sup>  
Sandra Yaned Cadavid Mazo<sup>2</sup>  
Jessica María Ayala Hernández<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Educación en salud, sordera.

## Resumen:

**Introducción:** Las personas sordas en Colombia enfrentan múltiples barreras para acceder y ejercer efectivamente al derecho a la salud, que inicia con la posibilidad de recibir educación e información relacionada con el cuidado de sí, el aprovechamiento de las estrategias de promoción de la salud y el acceso a las intervenciones de prevención de la enfermedad que no se realizan en su propia lengua, la Lengua de Señas Colombiana (LSC)(a,b). Diseñar una estrategia de educación para la salud de personas sordas, supone partir de la identidad cultural y lingüística, las creencias, las prácticas y el histórico particular de los sujetos y no solo, transmitir información de manera vertical, desde la postura de un individuo que sabe y de otro que requiere ser informado y educado, como tradicionalmente se ha establecido el contacto educativo entre los agentes de salud y la comunidad(c).

**Proceso educativo:** Se construyó con líderes de la comunidad sorda de Antioquia y profesionales de la salud una estructura curricular para la formación de promotores comunitarios de salud sordos. Este curso consta de 7 submódulos temáticos; Sistema de salud y rol del promotor, higiene corporal e higiene bucal, salud sexual y reproductiva, alimentación saludable, actividad física, prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental. El curso se planteó bajo el principio de diseño universal, todas las actividades educativas en el proceso formativo son realizadas en LSC con especial énfasis en el uso de recursos visuales, videos, y actividades que implican movimiento y expresión corporal, simulación y puesta en práctica de los conceptos, en coherencia con la identidad cultural y procesos de aprendizaje de las personas sordas.

**Resultados:** El programa de formación de promotores construido participativamente tiene una metodología bimodal, el componente teórico se realiza de manera presencial y cuenta con un aula

virtual en donde se encuentran alojados contenidos interactivos de repaso, materiales y actividades de estudio para reforzar los conceptos abordados en los encuentros. El componente práctico que está compuesto por cartografía social del territorio del promotor en formación, toma de signos vitales, toma de medidas antropométricas para tamizaje cardiovascular y metabólicos, se realiza de forma presencial con actividades de integración tipo caso simulado. La valoración permanente del aprendizaje de los estudiantes sordos, se realiza a través de la metodología Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), se les proporciona la descripción de un contexto y unos sujetos con necesidades concretas de educación para la salud, y el estudiante debe asumir su rol como promotor y orientar a los protagonistas de la situación, a través de videos y en escenarios simulados por el equipo de educadores.

**Conclusiones:**El proceso de formación en el campo de la salud con personas sordas demanda una planeación curricular coherente con los procesos de aprendizaje de las personas sordas, teniendo en cuenta la intensidad horaria requerida para abordar los ejes temáticos, la terminología en salud en español armonizada con la LSC a través de acuerdos lingüísticos, el trabajo conjunto con los intérpretes de LSC previo, durante y posterior a los encuentros presenciales con los estudiantes y la retroalimentación de los mismos por medio de valoración de cada módulo.

### Referencias Bibliográficas

- a. Santos AS, Portes AJF. Percepciones de sujetos sordos sobre la comunicación en la Atención Básica a la Salud. *Rev Lat Am Enfermagem*.2019
- b. Ayala-Hernandez JM, Lopera-Escobar A, Cadavid-Mazo SY, Pulgarin-Ossa DA. The Interaction between the Healthcare Professional and the Deaf Person. Experiences from the Colombian Healthcare System. *J Dev Phys Disabil*. 2021
- c. Garcia Ospina C. Algunas reflexiones sobre educación para la salud. *Hacia promoc salud*. 2001;6:11–6.

# Formación de talento humano en salud en taller de conectividad poblacional entre fronteras, Colombia y Ecuador - 2022

## Ponente:

Yenifer Patricia Orobio Lerma - Colombia  
Instituto Nacional de Salud  
yeniferorobio@gmail.com

## Autores

Yenifer Patricia Orobio Lerma<sup>1</sup>  
Luz Karime Osorio<sup>2</sup>  
Jacqueline Espinosa Martínez<sup>3</sup>  
Carlos Alberto Hernández Londoño<sup>4</sup>  
Ximena Janeth Castillo Narvaez<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Talleres, dinámica poblacional, migrantes, emigración e inmigración, mapeo.

## Resumen:

**Introducción:** El panorama migratorio en Latinoamérica y el Caribe ha sido dinámico y cambiante en la última década por múltiples problemáticas. Colombia y Ecuador, han mantenido históricamente un flujo migratorio bilateral, con interacciones y alta frecuencia de tránsito por fronteras permeables no reguladas, pese a la demarcación internacional. Esta situación aumenta el riesgo de propagación geográfica de enfermedades transmisibles, como la COVID-19, y afecta la capacidad de prevención, detección y respuesta institucional ante alertas, brotes o epidemias. La complejidad del fenómeno migratorio en diferentes contextos y niveles conlleva a la estrategia de formación del talento humano en salud. El objetivo fue comprender el kit de herramientas para describir patrones de movimiento y conectividad poblacional entre fronteras, desarrollado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.

**Métodos:** Se diseñó un taller teórico-práctico dirigido a profesionales de la salud de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de la zona fronteriza de Colombia y Ecuador, realizado en el cantón Lago Agrio (Sucumbíos, Ecuador) del 23 al 26 de agosto, 2022. Para propiciar una alianza entre iguales, los tutores se relacionaron con los participantes con el acompañamiento, la guía práctica y las estrategias educativas orientadas a la escucha efectiva para identificar y destacar las oportunidades, los aspectos positivos del esfuerzo y los logros del participante. Se integraron los principios del respeto, la equidad y el bien común, con aspiración de una buena gobernanza y el involucramiento de la comunidad. Se realizaron grupos focales y mapeo participativo usando herramientas tecnológicas. Se evaluaron los conocimientos de los participantes sobre la temática, antes y después del taller.

<sup>1,2,4</sup> Instituto Nacional de Salud

<sup>3,5</sup> Ministerio de Salud - Ecuador

Resultados: El programa del taller se cumplió totalmente, con 17 participantes de diversas profesiones: 9 (53%) de Putumayo en Colombia y 8 (47 %) de 3 provincias (Sucumbíos, Imbabura y Pichincha) en Ecuador. Se impartieron, por los cuatro tutores, 11 sesiones temáticas para la gestión de datos cualitativos, cuantitativos y espaciales. Se conformaron dos grupos focales para el mapeo participativo y el abordaje de las preguntas acerca de la salud fronteriza, con un enfoque diferencial de género, etnicidad, inclusión social e interculturalidad. Todos los participantes mostraron interés por las didácticas propuestas, presentaron sus anécdotas, experiencias y adquirieron nuevos conocimientos.

Conclusiones: La estrategia de escucha efectiva, guiada por tutores, facilitó un ambiente de confianza para el aprendizaje; el rol de mediador permitió el desarrollo de fortalezas y nuevas habilidades, de acuerdo con las oportunidades y capacidades de los participantes. Los mayores desafíos para los tutores fueron, el cambio de perspectiva para lograr la relación de iguales y la apropiación de la conceptualización de formación motivacional, para construir vínculos sanos y proyectar a los participantes a visualizar logros.

En los grupos focales se discutió la concepción de la salud, identificando los tres ejes de tensión entre: i) El derecho fundamental de la educación y su continuidad para el fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud de zonas fronterizas alejadas. ii) La migración desde la concepción biomédica, frente a la concepción de salud basada en la perspectiva dialéctica de sujeto/colectivo, con enfoque diferencial y determinantes sociales. iii) La adaptación de los inmigrantes al orden social, político e incluso cultural, establecido en los territorios, en contraste con la construcción colectiva de la salud fronteriza, la participación interinstitucional e intersectorial y el involucramiento de la comunidad.

### Referencias Bibliográficas

- Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. (2018, 19 de julio). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 35(2):285-91. Recuperado 1 de junio 2023 de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>
- Centers for Disease Control and Prevention (2021, 14 de octubre). Population Connectivity Across Borders (PopCAB) Toolkit. Sitio web: [cdc.gov](https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/popcab-toolkit.html). Citado 1 de septiembre de 2022. Recuperado 10 de mayo 2023 de <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/popcab-toolkit.html>
- Muñoz Valenzuela, Carla, Conejeros Solar, M. Leonor, Contreras Contreras, Claudia, & Valenzuela Carreño, Jorge. (2016). La relación educador-educando: Algunas perspectivas actuales. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 42(especial), 75-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052016000300007>



# Implementación de guía y estrategia educativa en la plataforma Aprender salud de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

## Ponente:

Dyan Cristin Cortes Delgado - Colombia  
Secretaria distrital de salud de Bogotá  
dccortes@saludcapital.gov.co

## Autores

Dyan Cristin Cortes Delgado<sup>1</sup>  
David Castellanos Giraldo<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Guía de Estudio, Educación interprofesional, educación continua, educación en salud, tecnología educacional.

## Resumen:

Introducción (problema, justificación y objetivos): Los sistemas educativos, formales e informales, son en esencia el mecanismo que utilizan las sociedades para transmitir cultura, valores, habilidades y conocimientos de una generación a la siguiente. Por tal razón, desde la Secretaría Distrital de Salud, mediante la plataforma Aprender salud, crea e implementa una guía educativa la cual, toma como referentes teóricos modelos y teorías educativas preexistentes interrelacionándolas y enfocándolas a procesos educativos dirigidos al talento humano en salud, con el fin de armonizar las acciones de educación continuada que se desarrollan en la entidad por las distintas áreas técnicas, que adicionalmente, buscan el mejoramiento de las competencias en temas relevantes de dicha índole.

La estrategia pedagógica tiene sus bases conceptuales principalmente en la metodología de Crisanto Velandia MICEA “modelo interdisciplinar centrado en equipos de aprendizaje” el cual, a su vez, reúne conceptos del conectivismo, aprendizaje significativo, el constructivismo y el conductismo, con el objeto de generar un trabajo por cooperación frente al trabajo por competencias, construcción de mallas curriculares apropiadas y dinamizar la presencialidad del estudiante con un enfoque participativo, crítico, creativo, comprometido y operativo. (Velandia, C. 2012, p. 4). El objetivo es describir la implementación de la guía y estrategia educativa en la plataforma Aprender Salud.

Proceso educativo, método o didáctica: El artículo reflexivo presenta las bases conceptuales, el desarrollo de la creación de la guía y la estrategia para su proceso de implementación, así como las herramientas técnicas desarrolladas y los resultados obtenidos en la armonización de las acciones educativas con un enfoque educativo al talento humano en salud. Para medir dichas actividades se realiza la metodología del

<sup>1,2</sup> Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

marco lógico, la cual permite facilitar la conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos mediante una matriz lógica en la que están inmersos los objetivos específicos, actividad relacionada, objetivo de la actividad, indicadores de gestión e impacto, resultados y herramientas de verificación para finalmente analizar, brindar conclusiones y discusión del proceso.

Para ello, se relaciona la guía educativa y una estrategia innovadora denominada MACRO por sus cinco tiempos de intervención: “Motivación, Autonomía, Colaboración, Realimentación y Objetivo alcanzado”, diseñada e implementada en el Centro de Educación e Investigación en Salud (CDEIS) de la Secretaría de salud Bogotá.

Resultados: Como resultados principalmente se encuentra el aumento del porcentaje de adherencia (+/- 25%) en los recursos virtuales alojados en la plataforma Aprender Salud, posterior a la aplicación de la guía y estrategia educativa, entre los años 2021 – 2023. Adicionalmente, se evidencia el incremento de recursos virtuales alojados desde el inicio de la plataforma y personas que obtuvieron la constancia de participación a lo largo de las cohortes.

Conclusiones: La estrategia MACRO aplicada de manera progresiva en los cursos virtuales construidos anteriormente y como marco pedagógico de los cursos nuevos, ha sido exitosa con resultados de aumento en la aprobación y certificación de los usuarios que participan de dichos recursos en salud. Lo que permite evidenciar que la parametrización e implementación de herramientas educativas en la educación continuada para el talento humano en salud mejora los procesos de enseñanza – aprendizaje y propende por la mejora continua de las competencias de los participantes en los procesos educativos.

### Referencias Bibliográficas

- Velandia, C. (2012). Micea Metodología Interdisciplinaria Centrada en Metodología Interdisciplinaria Centrada en - Studocu. (n.d.). Studocu. Tomada de: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-mariana/fomento-empresarial/micea/37224307>
- Galvan, A., Siado, E. (2021). Educación Tradicional: Un modelo de enseñanza centrado en el estudiante, Recuperado en formato digital CIENCIAMATRIA Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología Año VII. Vol. VII. N°12.

# Interseccionalidad y violencias basadas en género

- 516 Educación para la salud con niños y niñas respecto al afrontamiento de las violencias de género en Guatavita, Cundinamarca
- 518 Investigación acción participativa: La salud de las mujeres
- 520 Retos pedagógicos de la educación popular en salud para la prevención de las violencias de género en mujeres campesinas
- 522 Experiencia en implementación del parto humanizado y prevención de violencia obstétrica
- 524 Expresión de la subjetividad en médicas/os en el cuidado a víctimas de violencia sexual: una reflexión para la formación del talento humano en salud

# Educación para la salud con niños y niñas respecto al afrontamiento de las violencias de género en Guatavita, Cundinamarca

## Ponente:

Luisa Fernanda Castañeda Castro - Colombia  
La Universidad de La Salle  
lcastaneda01@unisalle.edu.co

## Autores

Gissel Dallane Rodríguez Garcés<sup>1</sup>  
Luisa Fernanda Castañeda Castro<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Violencias basadas en género, Niños y niñas, Ruralidad, Estrategias de afrontamiento.

## Resumen:

En el Plan Territorial de Salud del municipio de Guatavita 2020 – 2023 se registra que la tasa de violencia contra la mujer reportada en el 2018 es de 59,2 lo que la hace significativamente mayor respecto a la violencia intrafamiliar (VIF) que presenta una tasa de 28,7. (Alcaldía de Guatavita, 2020, p. 26). Por lo cual, es de relevancia dado que las consecuencias de las violencias basadas en género (VBG) a menudo son devastadoras y prolongadas al afectar la salud física y el bienestar mental de las mujeres, y los NNA.

La Organización Mundial de la Salud afirma que las VBG son un problema de salud pública que sufren la mayoría de las mujeres debido a que se generan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo, que a su vez afectan a la salud y bienestar de sus hijos (OMS, 2021, p. 3). Esto es preocupante debido a que la mayoría de las mujeres en Guatavita que sufren estas violencias son las cuidadoras principales de los NNA, lo cual pone en riesgo el desarrollo integral y social de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.

Por lo anterior, desde la revisión teórica se propone para la educación en salud visibilizar esta problemática partiendo del reconocimiento de que los NNA son actores fundamentales en la composición familiar y que, por ende, las dinámicas inmersas en las VBG presentes en esta los afecta de manera integral en su desarrollo.

La estrategia involucra 3 etapas, reconocimiento, prevención, y fortalecimiento de redes de apoyo, las cuales se resumen a continuación:

1. Reconocimiento: Se trata de reconocer y comprender, desde la niñez, las diferentes formas de VBG, teniendo en cuenta que los NNA puedan identificar situaciones abusivas y así, buscar ayuda para protegerse a sí mismos y a su entorno, fortalecer su autonomía y proporcionarles conocimiento y conciencia sobre sus derechos

<sup>1,2</sup> La Universidad de La Salle

2. Prevención: Buscando prevenir la perpetuación de la violencia en futuras generaciones, se establece que los NNA que reconocen y comprenden las dinámicas de la violencia de género tienen más probabilidades de rechazar la violencia en sus relaciones y establecer relaciones saludables
3. Fortalecimiento de redes de apoyo: En esta etapa, los NNA pueden buscar ayuda y acceder a las redes de apoyo adecuadas, debido a que según Save The Children, “Durante la infancia, la exposición a estas situaciones tiene repercusiones negativas significativas a corto, medio y largo plazo en el desarrollo emocional, social, cognitivo y académico, pudiendo afectar incluso al funcionamiento en la vida adulta. Algunos de sus efectos son: problemas de socialización, aislamiento, inseguridad, problemas de integración, pesadillas, insomnio, fobias, ansiedad, alteraciones del desarrollo afectivo y la interiorización de roles de género erróneos.” (Save The Children, 2010, pág. 2)

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, desde el eje cuatro de intersectorialidad, transdisciplinariedad e interseccionalidad propuesto para el Congreso Internacional de Salud Pública, las políticas, los planes y los programas que hacen parte de La Educación en el Campo de La Salud vinculan sectores como la atención a la niñez, y adicionalmente, está relacionada con la educación en crianza niñez y familia que atañen a la salud pública, lo cual permite generar y establecer una propuesta de intervención de educación en salud, mediante la cual se espera resaltar e incorporar una perspectiva de equidad y justicia social que apunte a un proceso transformador mediante una mirada intersectorial, transdisciplinar e interseccional para llevar a cabo un proceso de incidencia en las dinámicas familiares y de la comunidad en pro de su bienestar.

### Referencias Bibliográficas

- Velandia, C. (2012). Micea Metodología Interdisciplinaria Centrada en Metodología Interdisciplinaria Centrada en - Studocu. (n.d.). Studocu. Tomada de: <https://www.studocu.com/co/document/universidad-mariana/fomento-empresarial/micea/37224307>
- Galvan, A., Siado, E. (2021). Educación Tradicional: Un modelo de enseñanza centrado en el estudiante, Recuperado en formato digital CIENCIAMATRIA Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología Año VII. Vol. VII. N°12.
- Noviembre, 18. (2010, noviembre 18). En la violencia de género no hay una sola víctima. Save the Children. <https://www.savethechildren.es/actualidad/en-la-violencia-de-genero-no-hay-una-sola-victima>

## Investigación acción participativa: La salud de las mujeres

### Ponente:

Gladys Rocio Ariza Sosa - Colombia  
 Universidad de Antioquia (Facultad de Medicina)  
 gladys.ariza@udea.edu.co

### Autores

Gladys Rocío Ariza Sosa<sup>1</sup>  
 Martha Lucía Escobar Pérez<sup>2</sup>  
 María Lucelly Prisco Martínez<sup>3</sup>  
 María Elsy Usuga  
 Berónica Rodríguez Sanchez<sup>5</sup>  
 Santiago Osorno Ortiz<sup>6</sup>  
 Paula Alejandra Vega Córdoba<sup>7</sup>  
 Andrés Alonso Agudelo Suárez<sup>8</sup>

### Palabras Clave

Mujeres, salud de las mujeres, género y salud, conflicto armado, educación en salud.

### Resumen:

**Introducción:** La salud de las mujeres se relaciona con la violencia, el conflicto armado, altos costos en morbilidad, mortalidad, que significan sufrimientos injustos y evitables. El papel de las mujeres como constructoras de paz, supera el enfoque convencional del silenciamiento de la guerra y devela la discriminación de género, clase social y etnia, así como su relación con la salud, y las lógicas patriarcales (ONU mujeres, 2014).

Apartir de los años 70 del siglo XX las mujeres de Carpinelo (Comuna 1 de Medellín), han construido un tejido social de trayectorias de vida, personales, familiares y comunitarias, en medio de las cargas derivadas de asumir el cuidado de otros y lidiar con la inseguridad alimentaria, el desempleo, la precariedad laboral, la inseguridad en los ingresos, los conflictos, la violencia y el desplazamiento forzado.

**Objetivo general:** Analizar las conexiones entre la salud de las mujeres y las diferencias atribuibles al género en contextos de conflicto y post conflicto en el barrio Carpinelo de la ciudad de Medellín, en los años 2022-2023, para implementar una línea de actuación, que constituya un aporte a la construcción de paz.

**Método:** Investigación acción participativa (IAP) con enfoque crítico (Rahman & Fals Borda, 1988) y cualitativo (Charmaz, 2012). Equipo investigador constituido por docentes, lideresas del barrio, y estudiantes (pregrado y posgrado). Las técnicas utilizadas son talleres de capacitación en IAP, revisión documental y bibliográfica, entrevistas semiestructuradas a lideresas y funcionarios, talleres con técnicas de cartografía social (árbol de problemas, historiograma y mapas parlantes) con estudiantes de medicina y mujeres del barrio. En la fase final se realizará una intervención social construida con las mujeres del barrio, desde la salud pública con enfoque de género.

<sup>1,2,5,6,7,8</sup> Universidad de Antioquia

<sup>3</sup> Corporación Copresap

<sup>4</sup> Corporación Convivamos

Resultados: En los problemas identificados, sobresale la sobrecarga que el cuidado no remunerado representa para las mujeres, al ser las principales responsables de las labores domésticas y el cuidado de sus familiares.

Esto hace que se les dificulte cuidarse a sí mismas, descansar de manera adecuada, recuperarse y trabajar de forma remunerada. Todo esto a la larga afecta su salud mental. Aunque, en las últimas décadas, ha mejorado el nivel educativo de las mujeres del barrio, sus ingresos derivan con frecuencia de trabajos informales, además, muchas no cuentan con el apoyo de su pareja o de los padres de sus hijos. En consecuencia, han aumentado el consumo de licor y de sustancias psicoactivas, la ansiedad, la depresión y la violencia de género. También se observa en las mujeres alta incidencia de obesidad, hipertensión, y diabetes. Aunque el barrio cuenta con un centro de salud, se presentan notorias barreras de acceso.

La participación social es poca entre las mujeres del barrio, salvo la que realizan las propias lideresas, a quienes les han resultado útiles las capacitaciones en liderazgo. Se resalta la necesidad de generar procesos educativos participativos críticos que involucren empoderamiento con enfoque de género.

- **Discusión y conclusiones:** Se resalta el impacto positivo de la participación de las lideresas en capacitaciones sobre liderazgo. Sin embargo, es necesario ampliar la base de las mujeres que accedan a estos espacios para poder promover empoderamiento, equidad de género y mayor participación social.

### Referencias Bibliográficas

- Charmaz, K. (2012). La teoría fundamentada en el siglo XXI. Aplicaciones para promover estudios sobre justicia social. En N. K. Denzin & Y. Lincoln, Manual de investigación cualitativa: Vol. III. Las estrategias de investigación cualitativa (pp. 270-325). Gedisa.
- Fals Borda, O. Rahman, M. A., (1988). Romper el monopolio del conocimiento: Situación actual y perspectivas de la Investigación-Acción participativa en el mundo. *Análisis Político*, 5, 46-55. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/74123>
- ONU mujeres (2014). Gestando la paz, haciendo memoria Iniciativas locales de construcción de paz en Colombia desde la perspectiva de las mujeres (p. 176). [Sistematización]. ONU mujeres. Cumbre Nacional de mujeres y paz. [http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2014/libro\\_gestando\\_la\\_paz.pdf?la=es&vs=1002](http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2014/libro_gestando_la_paz.pdf?la=es&vs=1002)

# Retos pedagógicos de la educación popular en salud para la prevención de las violencias de género en mujeres campesinas

## Ponente:

Isabel Cristina Bedoya Calvo - Colombia  
Universidad de La Salle, Bogotá  
ibedoya@unisalle.edu.co

## Autores

Isabel Cristina Bedoya Calvo<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación Para La SaLud, Educación Popular En Salud, Violencias De Género, Mujer Campesina.

## Resumen:

La mayoría de las mujeres campesinas en Colombia se enfrentan en la cotidianidad a distintos tipos de violencia que las sume en situaciones de dominación y vulnerabilidad, entre ellas, la violencia psicológica, física, sexual, económica y patrimonial. Desde la matriz patriarcal se analiza como históricamente se les ha asignado el cuádruple rol, el cual las relega a las labores domésticas, la reproducción, el trabajo productivo y la participación en la comunidad. Compleja situación que está arraigada en la estructura de la sociedad, la cual con lleva al detrimento de la dignidad e integridad de la mujer, porque los estudios muestran que es una población que vive en la pobreza, la inequidad y la exclusión social, afectando las posibilidades del disfrute de los derechos, las libertades y las oportunidades.

Según el DANE (2022), se estima que las mujeres rurales son 5'886.979, de las cuales el 52,3% son menores de 30 años. La tercera parte de los hogares en área rural tiene jefatura femenina, es decir, 1'300.000 aproximadamente, de los cual el 67% de estos hogares las mujeres no tienen pareja. Para el 2023, el 8,5% de las niñas y adolescentes entre 10 y 18 años en las zonas rurales estaban casadas o unidas y la tasa específica de fecundidad infantil en niñas de 10 a 14 años se registra en 2,4. El índice de pobreza multidimensional se registra en 33,7% para los hogares con jefatura femenina, siendo superior respecto a los de jefatura masculina. Igualmente, es mayor la incidencia de pobreza monetaria (48,6%) en estos hogares.

En este sentido, se observan condiciones estructurales de vulneración que se relacionan con el hecho de ser mujer campesina, en un contexto cultural machista que las relega desde el discurso, las creencias y las prácticas sociales a situaciones de discriminación.

<sup>1</sup> Universidad de La Salle, Bogotá.



Con base en la experiencia investigativa, se plantea que deconstruir el sistema patriarcal como un orden que atraviesa lo simbólico, lo discursivo y lo material que pone a las mujeres campesinas en desventaja y subordinación frente a los privilegios de los que gozan los hombres, convoca a la praxis freiriana con base en los principios teóricos y metodológicos de la educación popular en cuanto a su carácter liberador para romper las cadenas que oprimen y vulneran a las mujeres campesinas.

En primer lugar, la apuesta emancipadora entraña la imperiosa necesidad de desnaturalizar las situaciones de dominación y desigual a las cuales las mujeres son sometidas, toda vez que se busca promover la liberación de toda cadena o yugo que oprime al sujeto social al interpelarlo en su realidad con la finalidad de que ejerza un rol consciente de transformación de su historia.

En segundo lugar, se acude a la reflexión como capacidad de discernir en la que el conocimiento, la historia y el análisis del contexto son fundamentales para distinguir las injusticias y las causas de estas. En tercer lugar, acude a la pedagogía de la esperanza, ya que parte de principios éticos y morales que reivindican la vida desde un sentido emancipador.

Por último, convoca a la acción que despliega la capacidad de autonomía para transformar las condiciones históricas de desigual, para ello se vale del diálogo de saberes, de la reflexión en la acción para constituir un sujeto emancipado de su propia realidad. La educación popular presenta una propuesta metodológica de carácter dialéctico, crítico y participativo, acompañada de una didáctica que en consecuencia permite el desarrollo de un proceso de educación para la salud porque permite la construcción del conocimiento de modo procesual y colectivo.

Para concluir, es importante resaltar que la educación popular puede aportar al campo de la educación para la salud porque propicia la formación de un sujeto crítico que reflexiona sobre su realidad y se plantea la transformación de las condiciones de vida que afectan su salud.

### Referencias Bibliográficas

- Bautista-Bautista, C y Bedoya-Calvo, I. C. (2017). Mujer rural y construcción de paz: temas, problemas y desafíos. *Prospectiva*, 24, 121-148 <https://doi.org/10.25100/prts.v0i24.4545>
- Jaramillo, J., Salgado, H., Eslava, J. I., Vega, R. R., Bedoya, I. C., Caviedes, M., ... & Attilio, C. (2020). Construir la paz en condiciones adversas: Debates, experiencias y desafíos territoriales. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Zea Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 31 de mayo de 2019 [citado 14 de septiembre de 2023];37(2):61-6. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/328891>

# Experiencia en implementación del parto humanizado y prevención de violencia obstétrica

## Ponente:

Laura Isabel Rengifo Ávila - Colombia  
Universidad del Cauca  
laurarengifo@unicauca.edu.co

## Autores

Laura Isabel Rengifo Ávila<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Parto humanizado, interculturalidad, partería.

## Resumen:

El parto humanizado es un modelo de atención del parto, centrado en la familia gestante, con un enfoque biopsicosocial, integral, intercultural y humanizado, predomina el respeto hacia la fisiología del parto, los deseos y necesidades de la gestante, su derecho como paciente del sistema de salud, los del recién nacido.

Considera los valores de la mujer, sus creencias y sentimientos, respetando su dignidad y autonomía durante el proceso de parto. Históricamente, las mujeres han dado a luz en compañía de otras mujeres experimentadas de su familia o comunidad, sin embargo, con la revolución industrial se inicia una atención del parto medicalizada e intrahospitalaria, posteriormente se incluyó el parto en el modelo sanitario de enfermedad y abandonó el ámbito de la tradición humanista para incluirse en la medicina especializada, con eso creció la atención rutinaria, despersonalizada, los procedimientos innecesarios de rutina, hasta 1985 cuando la OMS lanza la declaración “El nacimiento no es una enfermedad” dando inicio al proceso de transformación del modelo de atención del parto, lo que actualmente se conoce como parto humanizado.

A pesar de estos esfuerzos, en nuestros sistemas sanitarios en América Latina, encontramos un panorama en el que los y las profesionales en salud caemos en implementación y normalización de conductas violentas y punitivas, que van desde una medicalización excesiva, e innecesaria en ciertos casos, de un proceso fisiológico, hasta la relación jerarquizada, asumiendo superioridad con respecto a las pacientes, sus deseos, creencias, y prácticas relacionadas en torno al nacimiento, estas conductas violentas están normalizadas e invisibilizadas dentro del modelo de atención, sin tener en cuenta de que la violencia

<sup>1</sup> Universidad del Cauca.

obstétrica hace parte de las violencias basadas en género, y llegando al punto de que la mayoría de las pacientes perciben la experiencia como negativa y agresiva.

Existe entonces la necesidad del cambio de paradigma hacia un modelo holístico, integrativo y humanizado, para el cual se proponen modelos como el de la OMS y los 12 pasos de la FIGO, entre los cuales están. Estas estrategias brindan un enfoque más amable, reconocen los saberes tradicionales, como la partería y el papel de las doulas, están basados en evidencia científica y tiene múltiples beneficios como la reducción de complicaciones, incluso se observa una reducción en las tasas de mortalidad y morbilidad materna. En Colombia desde julio de 2022 se encuentra vigente la “Ley de parto digno, respetado y humanizado” la cual trae muchas posibilidades y retos en pro de su implementación y el cambio progresivo del modelo a uno más humano, en el que nacer con amor y dignidad sea una realidad.

Desde el programa de medicina familiar de la Universidad del Cauca, se presenta una estrategia de implementación del parto humanizado, a través de un equipo interdisciplinario e intercultural, conformado por un ginecólogo, una partera tradicional y una residente de medicina familiar. Esta capacitación está basada en la experiencia con una paciente del Hospital Universitario San José y su seguimiento, desde su captación en el control prenatal, pasando por controles, elaboración del plan de parto, atención del evento obstétrico, trabajo de parto, cesárea, puerperio, hasta el seguimiento posterior y el relato de su experiencia como paciente.

Se correlaciona cada paso con las recomendaciones de la OMS y la FIGO, con el fin de demostrar que la atención humanizada con enfoque intercultural es posible dentro del sistema de salud, y es transversal en cada etapa de atención de la familia gestante, además busca brindar herramientas para lograr esta humanización de la atención y prevenir la violencia obstétrica dentro del contexto hospitalario.

### Referencias Bibliográficas

- Lavanderos, Sebastián, & Díaz-Castillo, Carol. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(6), 563-572. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. 2019. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lafaurie M, Perdomo A, Cañón A. (2019). la violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [internet] 2019 [citado 2020 Sept 06];18(36). <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715255> [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086009/)

# Expresión de la subjetividad en médicas/os en el cuidado a víctimas de violencia sexual: una reflexión para la formación del talento humano en salud

## Ponente:

Sandra Patricia Moreno Realphe - Colombia  
Universidad CES  
spmoreno@ces.edu.co

## Autores

Sandra Patricia Moreno Realphe<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Educación para la Salud, Violencia sexual, Talento humano en Salud.

## Resumen:

La violencia sexual es un problema de salud pública debido a su magnitud, severidad e impacto en la calidad de vida de mujeres, niñas y la sociedad en general. Una de las problemáticas que se presenta con mayor frecuencia durante su atención en urgencias hospitalarias, es la imposición de barreras administrativas como repetir el motivo de consulta, demoras en el acceso a los tratamientos y la provisión de los servicios de psicología y trabajo social. Adicionalmente, se ha identificado que la expresión de las subjetividades de médicas/os, genera un escenario propicio para la revictimización por medio de la utilización de mecanismos de presión y control como expresión del habitus médico autoritario en el subcampo de la medicina moderna del campo médico. Abordé esta problemática usando un diseño de caso colectivo con enfoque etnográfico entre febrero del 2020 y diciembre del 2021 en dos hospitales de la ciudad de Medellín.

Elaboré dos itinerarios institucionales, dos entrevistas etnográficas a coordinadoras de la atención a víctimas, diez entrevistas a médicas/os con experiencia en la atención en urgencias y un encuentro pedagógico. Lo anterior, me permitió agrupar cuatro formas de expresión de subjetividades, en una especie de espectro que se mueve entre expresiones básicas, resultado del proceso de socialización con una mirada estructuralista, y expresiones que dieron cuenta de un proceso de subjetivación con una mirada reflexiva y crítica, estas fueron a) las que no daban cuenta de la problemática, la naturalizaban, invisibilizaban y en su cotidianidad utilizaban lógicas prácticas y mecanismos de control hacia las víctimas, sus colegas y otras disciplinas. b) Subjetividades que reconocían la problemática en sus narrativas, pero en sus prácticas continuaban naturalizando y perpetuando la vulneración de los derechos. c) Subjetividades que reconocían la problemática y procuraban en sus prácticas cotidianas, con

<sup>1</sup> Universidad CES

sus propios recursos, establecer un encuentro comprensivo. d) Subjetividad que reconocía, practicaba y propiciaba transformaciones para sí y para su entorno.

La mayoría de las personas que participaron en el estudio se situaron en el espectro de las dos primeras formas de subjetividad, donde las condiciones de la atención integral a víctimas no podían transformarse porque son externas al sujeto y con una perspectiva de la calidad de los servicios, que centra su mirada en procedimientos y eficiencias. Por tanto concuerdo inicialmente con Castro, que dicho encuentro entre la estructura del campo médico en su subcampo medicina moderna y el habitus de médicas y médicos, llevan al origen social del autoritarismo, cuyo resultado es la vulneración de los derechos de las víctimas mediante el uso de mecanismos de control para la reproducción del campo médico. (Castro 2019). Sin embargo, reconocí formas de expresión de las subjetividades que se apartan del campo médico, que dan cuenta de una fractura del modelo médico hegemónico.

Una ventana de oportunidad hacia una aproximación educativa, participativa y crítica dirigida a médicas/os en las instituciones hospitalarias para la construcción colectiva en el entorno clínico, un primer paso a esa cultura de mutuo reconocimiento consciente, cognoscente y sentipensante que lleve a un encuentro entre médica/o y víctima con incorporación de los enfoques diferencial, derechos humanos y género. Un camino hacia la reflexión profunda acerca de una pedagogía crítica de la ética en la formación de profesionales de la salud, teniendo como referente los planteamientos de Freire y la educación popular, partiendo de un proceso de consciencia entendida como el situarse socio históricamente en el contexto de las prácticas clínicas y del territorio que habitamos.(Freire, 2004)

### Referencias Bibliográficas

- Castro Pérez, R., & Villanueva Lozano, M. (2019). El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu. *Sociológica*, 34(97), 73–113.
- Freire, P. (2004). Primeras palabras. In Paz e Terra SA (Ed.), *Pedagogía de la autonomía* (p. 18). Sao Paulo: Paz e Terra SA. Retrieved from <https://redclade.org/wp-content/uploads/Pedagogía-de-la-Autonomía.pdf>
- Lopera Vásquez, J. P. (2019). Reconocimiento como potenciador de la autonomía y la calidad de vida. Relato de un viaje alrededor de la esclerosis múltiple. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37, 64. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138871752&lang=es&site=ehost-live>



# Educación en el campo de la salud en el ámbito comunitario

- 527 Educación para la salud aplicada en el desarrollo de las habilidades para la vida de la comunidad universitaria chilena
- 529 El aire nos conecta para vivir bien
- 531 El papel del territorio en la implementación de una política pública en el municipio de Villapinzón -Cundinamarca
- 533 Prácticas para un Buen Vivir: Educar para transformar con familias Boyacenses
- 535 Uso del cannabis medicinal como recurso terapéutico en los cuidados desde las perspectivas de políticas públicas

# Educación para la salud aplicada en el desarrollo de las habilidades para la vida de la comunidad universitaria chilena

## Ponente:

Violeta Contreras Ramírez - Chile  
Universidad de los Lagos  
violeta.contreras@ulagos.cl

## Autores

Violeta Contreras Ramírez<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Habilidades para la vida, Universidades, Educación para la Salud, Promoción de la Salud, Programas de Bienestar.

## Resumen:

Las habilidades emocionales, sociales y cognitivas son parte esencial de la formación integral de los estudiantes, pues buscan consolidar una relación armónica a nivel intrapersonal, interpersonal y con el entorno. A su vez, es un ejemplo concreto de la promoción de la salud mediante el desarrollo de aptitudes personales en los programas de salud escolar. Consecuentemente, la Ley 20.529 de 2011 sobre la calidad de la educación en Chile, -referida a los establecimientos de educación parvularia, básica y media-, señala como uno de sus indicadores el logro de una óptima convivencia escolar.

Esta última se ha abordado en Chile desde el modelo de aprendizaje social y emocional propuesto por The Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL) que define cinco dimensiones: autoconciencia, autorregulación, toma, responsable de decisiones, habilidades sociales y conciencia del otro. No obstante, en el contexto universitario del país no se ha consolidado un programa similar homogéneo, que contribuya a este aprendizaje a través de todo el curso de vida.

En este sentido, la educación para la salud, como una disciplina que busca influir positivamente en las personas y sus comunidades, aporta un rol relevante en el desarrollo de estas competencias. La propuesta inicial de la Organización Mundial de la Salud define las habilidades para la vida como destrezas psicosociales que permiten enfrentar los desafíos en la vida diaria, basándose en diez habilidades específicas que deben cultivarse en los primeros años de vida e involucran un rol destacado desde la promoción de la salud para alcanzar el bienestar humano (World Health Organization, 1994). Por otra parte, hay diversas clasificaciones como la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud en el año 2001 y teorías que aportan a este conocimiento, tales como: la teoría del aprendizaje social, de la solución cognitiva de problemas, de las inteligencias múltiples, de la resiliencia, entre otras (Mantilla Castellanos & Chahín Pinzón, 2012). Es decir, no hay una única base teórica consensuada para planificar las actividades a realizar en este sentido.

<sup>1</sup>Universidad de los Lagos

En consecuencia, su abordaje desde la educación para la salud aplicada en la comunidad universitaria, es fundamental para mejorar las relaciones interpersonales, comunicar estilos de vida saludables y formar agentes comunitarios en salud que contribuyan a lograr una óptima convivencia.

Al ver el detrimento de la situación de salud actual, tras enfrentar globalmente la irrupción de la Covid-19, renace la necesidad de priorizar las habilidades para la vida desde los primeros años formativos y durante los estudios de pregrado de manera transversal. Aún más, si nos referimos a los futuros profesionales que tendrán a su cargo el cuidado de la salud o las etapas de crisis o enfermedad de otros seres humanos. Asimismo, estas herramientas han demostrado contribuir a una mejor autopercepción de la salud y bienestar en la población mayor (Steptoe & Wardle, 2017). Además, su importancia es equiparable a las competencias conceptuales o procedimentales que se procuran lograr en los currículos.

Dado lo anterior, el traer estos temas a la discusión genera un espacio de diálogo y entendimiento entre los distintos estamentos que conforman las universidades y a la vez promueve la participación social bajo un clima democrático y comprensivo de largo alcance.

Desde la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, se ha impulsado un trabajo colaborativo para el desarrollo de estas habilidades, las cuales deben ser cultivadas constantemente a través del tiempo, para así cimentar las bases de una ciudadanía responsable y altruista. El ponernos de acuerdo sobre cómo lo haremos para lograr una política institucional de educación para la salud que aborde este tema, es un primer gran paso.

### Referencias Bibliográficas

- Mantilla Castellanos, L., & Chahín Pinzón, I. D. (2012). ¿De qué estamos hablando? Aspectos conceptuales del enfoque de habilidades y competencias para la vida. En *Habilidades para la vida: [Manual para aprenderlas y enseñarlas]* (8a ed, pp. 95–132). Edex.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2017). Life skills, wealth, health, and wellbeing in later life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(17), 4354–4359. <https://doi.org/10.1073/pnas.1616011114>
- World Health Organization. (1994). *Life Skills Education For Children and Adolescents in Schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes [Programme on Mental Health]*.



## El aire nos conecta para vivir bien

### Ponente:

Ana María Salazar - Ramírez Vélez - Colombia  
Universidad de Antioquia  
ana.salazar@udea.edu.co

### Autores

Ana María Salazar<sup>1</sup>  
Diana Lucía Grajales Lopera<sup>2</sup>  
Ysabel Polanco López de Mesa<sup>3</sup>  
Ana María Ramírez Vélez<sup>4</sup>  
Santiago Mejía Osorio<sup>5</sup>  
Julio Cesar Martínez Feria<sup>6</sup>  
Jeeferson Fernández Sierra<sup>7</sup>

### Palabras Clave

Material particulado, ruido, agentes de cambio, salud ambiental, diálogo de saberes.

### Resumen:

La contaminación por material particulado y ruido, son problemas de ciudad que han sido previamente identificados y priorizados en la comunidad del barrio Jesús Nazareno, es por ellos que las facultades de Medicina y Salud Pública de la UdeA se reconocen como componentes activos del barrio y sienten una responsabilidad ético-social de construir, entre ellas y con la comunidad, interacciones que faciliten la comprensión y el conocimiento a través de la materialización de acciones educativas y pedagógicas alrededor de la Salud Ambiental.

El objetivo de este proyecto de intervención fue empoderar agentes de cambio en salud ambiental de la comunidad del barrio Jesús Nazareno del municipio de Medellín, a través de enriquecer el conocimiento, reconocer la problemática y plantear posibles opciones comunitarias que impacten los problemas de contaminación del aire por material particulado y contaminación por ruido.

Este proyecto se desarrolló incentivando el diálogo de saberes académicos y comunitarios a través de metodologías prácticas y experimentales para comprender el estado real de la calidad del aire y el ruido en este sector, con actividades alrededor de los temas, como: Encuentro de co-creación; clase abierta sobre promoción de la salud ambiental y prevención de las enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental del aire y por ruido; recorridos barriales; encuentro lúdico; siembra de jardines verticales para paisajismo; taller experimental para niños; encuentro de sensibilización con intervenciones culturales realizadas por habitantes del barrio y se concluyó la interacción a través de un mapa parlante.

El apoyo de la socialización y la puesta en común alrededor de los temas de calidad el aire y ruido se logra sostener en el tiempo por medio del material audiovisual que se diseñó y desarrolló durante el proyecto, ya que son de fácil acceso comunitario (redes sociales), reproducibles y se pueden ubicar en los

canales formales de comunicación de la Universidad como página web y canal YouTube, como lo son: 10 episodios de podcast sobre el reconocimiento del barrio y la problemática por calidad del aire y ruido; una cartilla donde se relacionan todos los resultados del proyecto de una manera ilustrativa y educativa y un video resumen en el cual participó la comunidad con mensajes acerca de los beneficios brindados por el proyecto.

Los resultados que se destacan de este proyecto son la participación de la comunidad en las diferentes actividades anteriormente mencionadas, las cuales permitieron valorar en la finalización de cada una de ellas la ampliación del conocimiento y apropiación de los conceptos abordados en las mismas, esto se evidenció con entrevistas a algunos de los participantes donde sus discursos se volvió crítico y reflexivo alrededor de las problemáticas, inculcando incluso posibilidad de introspección de soluciones individuales, de pequeñas comunidades hasta el nivel académico y gubernamental. De igual manera, sus pensamientos se hicieron reflexivos, analizando los impactos de las problemáticas de contaminación por ruido y material particulado desde una perspectiva más clara sobre el impacto por exposición individual y poblacional.

# El papel del territorio en la implementación de una política pública en el municipio de Villapinzón -Cundinamarca

## Ponente:

Jaime Alberto Méndez Castillo - Colombia  
Corporación Universitaria Iberoamericana  
jamendezc@unal.edu.co

## Autores

Jaime Alberto Méndez Castillo<sup>1</sup>  
Yenny Rodríguez Hernández<sup>2</sup>  
Nohora Dulfay Bohórquez<sup>3</sup>  
Angie Carolina Peña<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Territorio, política pública, discapacidad, educación inclusiva, salud pública.

## Resumen:

Introducción.

Problema: El municipio de Villapinzón-Cundinamarca desde el año 2017 viene trabajando sobre la política para la inclusión social de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que, de 21.380 habitantes en total, 358 de ellos hombres y mujeres presentan alguna condición de discapacidad. Pese a que existe un plan de acción que acompaña la ejecución de la política, el seguimiento muestra una política desterritorializada que se refleja en limitaciones para su implementación, entre ellas, ausencia de espacios de participación social para estos colectivos, sus familias y/o cuidadores.

En este sentido, el municipio necesita del aporte de la academia para lograr avanzar de manera perentoria en rutas de trabajo territorial que aboguen por la salud y la vida de las personas con discapacidad, principalmente por las desprotegidas en la ruralidad y otros territorios municipales en los que transitan colectivos con esta realidad humana, pero que quedan excluidos ante una política pública que busca la inclusión social.

En coherencia, esta investigación centra su interés en aportar a la construcción de rutas de trabajo rural en clave de la implementación de la política pública para población con discapacidad en el municipio de Villapinzón.

Justificación: Esta investigación es una oportunidad para acercar la academia al territorio en función de realizar alianzas con actores involucrados en la implementación de la política pública de discapacidad que debe ser llevada a los colectivos, para abrir espacios de participación y fortalecer la organización social desde la autonomía de las comunidades.

En materia de discapacidad en la ruralidad se entiende desde el punto de vista de la enfermedad, la deficiencia, el problema y la normalidad.

Objetivos.

General:

Construir e implementar rutas de trabajo territorial en clave de la implementación de la política pública en discapacidad en el municipio de Villapinzón-Cundinamarca.

Específicos:

1. Identificar procesos críticos territoriales relacionados con la implementación de la política pública de discapacidad en el municipio de Villapinzón-Cundinamarca.
2. Establecer mapas de actores y sectores involucrados en la implementación de la política pública de discapacidad en el municipio de Villapinzón.
3. Definir acciones a priorizar en conjunto con los colectivos en zonas rurales y urbanas del municipio de Villapinzón para la construcción de rutas de trabajo territorial.
4. Impulsar rutas de trabajo territorial para la implementación de la política pública de discapacidad en el municipio de Villapinzón.

Método: Investigación, acción participativa en diálogo con el territorio como escenario de vida. Se realizará en 3 fases: I. identificación de procesos críticos territoriales, II. construcción de las rutas de trabajo, III, implementarlas de las rutas. Se emplearán encuestas, entrevistas, diarios de campo y se analizará la información a través de softwares como N-vivo para datos cualitativos y el PSS para los cuantitativos.

Resultados Parciales: En términos de ocupación del espacio, se evidencia carencia de participación de personas con discapacidad en la ruralidad en espacios que aporten a la realización de sus proyectos de vida. En los últimos años, han llegado transnacionales a cultivar sus tierras con producción de arándanos que no es propia del municipio. La discapacidad se esconde, se invisibiliza y se niega en la ruralidad. Emergen resistencias en personas con discapacidad.

Discusión y conclusiones parciales: Esta apuesta investigativa con enfoque territorial permite acercar la política a la gente, revisarla y co-construirla. Los datos revisados hasta la fecha no son suficientes para territorializar la política pública, se necesita avanzar en comprender las dinámicas territoriales para lograr una implementación duradera desde la autonomía y la organización social.

### Referencias Bibliográficas

- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde em Debate*, 41(2), 264–275. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406352166023>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- Vigoya, M. V. (2009). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 1, 63–81. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8737730>

# Prácticas para un Buen Vivir: Educar para transformar con familias Boyacenses

## Ponente:

Lina Patricia Álvarez Verdugo - Colombia  
Secretaría de Salud de Boyacá  
linpa.alv@gmail.com

## Autores

Lina Patricia Álvarez Verdugo<sup>1</sup>  
Sofía Alejandra Niño Gamboa<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Agencia de Cuidado, Plan Integral de Cuidado Familiar, Capacidades, Educación Reflexiva, Familias rurales.

## Resumen:

La familia como sistema relacional, de interacción e intercambio, consolida de manera dinámica las conductas, comportamientos e imaginarios que los sujetos asumen frente al cuidado de su salud y su vida, en reciprocidad con el cuidado del otro y lo otro. Desde las primeras etapas de la vida, los distintos espacios de socialización como la escuela, familia y comunidad transmiten aprendizajes y normas de comportamientos según las representaciones alrededor del cuidado, la salud, el bienestar y calidad de vida. Como lo mencionan Aguirre, Gajardo & Muñoz (2017), la familia, como institución, contribuye a la formación de las identidades individuales y a la mantención de las identidades colectivas. Las familias rurales construirán lecturas y escrituras del cuidado, permeadas por las dinámicas sociales de sus territorios. La ruralidad otorga a los sujetos rasgos propios, formas locales de pensar y ser; es el territorio una construcción integrada por un tejido social, particular, identitario y cultural de sus sujetos, en donde suele persistir el ideario sobre la conformación tradicional de la familia (Aguirre-Pastén, B., Gajardo-Tobar, A., & Muñoz-Madrid, L. 2017).

Boyacá es un departamento con raíces profundamente rurales que construyen históricamente las dinámicas de su población, sus costumbres, saberes y prácticas del cuidado de la salud y la vida. La Secretaría de Salud de Boyacá ha construido e implementado desde el año 2010 una estrategia que, mediante la Educación para la Salud en el entorno hogar, integra un enfoque reflexivo en el desarrollo de capacidades de las familias alrededor de su cuidado y bienestar. La Agencia se refiere a la acción deliberada y propositiva, que además de mantener la vida de las personas, familias y colectivos en condiciones dignas y saludables, les permite avanzar a estados de bienestar y desarrollo humano, superando las condiciones de vulnerabilidad presentes y reportando altos niveles de satisfacción y aspiración con su proyecto de vida individual, familiar y colectivo (Barrera, Martín. 2022).

El enfoque de Educación para la Salud desarrollado desde la estrategia de Plan Integral de Cuidado Familiar se centra en una mirada reflexiva que, mediante el diálogo y encuentro de saberes, permite a los sujetos ser conscientes de su realidad, generando transformaciones de las problemáticas de su entorno, movilizándolo

<sup>1,2</sup> Secretaría de Salud de Boyacá

recursos y capacidades encaminadas al buen vivir. En este sentido, el diálogo visto desde la educación popular y reflexiva posibilita, el reconocimiento del otro como agente válido, histórico y con saberes, concibiendo la educación como escenario de negociación cultural, como espacio de reconocimiento de la alteridad, donde las familias, su historia y conocimientos son el punto de partida para el acto educativo (Zea-Bustamante, L. E. 2019).

En el recorrido histórico de la estrategia en el departamento de Boyacá, se han configurado diferentes acciones, desarrollos epistemológicos y prácticos; que facilitan la interacción entre las familias y los equipos de salud, desde 5 componentes relacionados con el cuidado familiar, cuidado al cuidador, cuidado por curso de vida, cuidado en red y cuidado del entorno, se gestionan logros trazadores de cuidado que orientan el proceso educativo; a la fecha en el Departamento se ha alcanzado la interacción con un total de 393.038 familias. La estrategia se constituye como una apuesta innovadora y transformadora que desde el campo de la Educación para la Salud promueve el bienestar de las familias boyacenses, pautando un referente en la construcción de vidas dignas y saludables de personas, familias y comunidades.

### Referencias Bibliográficas

- Aguirre-Pastén, B., Gajardo-Tobar, A., & Muñoz-Madrid, L. (2017). Construcción de identidad de la niñez en contextos de ruralidad en la comuna de Concepción, Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(2), 893-911.
- Barrera, Martín. Álvarez, Lina. Pérez, Francy, et al. (2022). Manual Plan Integral de Cuidado Familiar para profesionales. Documento borrador. Secretaría de Salud de Boyacá. Colombia.
- Zea-Bustamante, L. E. (2019). La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 61-66.

# Uso del cannabis medicinal como recurso terapéutico en los cuidados desde las perspectivas de políticas públicas

## Ponente:

Roberto Islas Reyes - México  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí  
roberto93km@gmail.com

## Autores

Roberto Islas Reyes<sup>1</sup>  
Maribel Cruz Ortiz<sup>2</sup>  
Yesica Yolanda Rangel Flores<sup>3</sup>  
María del Carmen Pérez Rodríguez<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Cannabis medicinal, cuidado, trabajo de cuidado, recurso terapéutico, políticas públicas.

## Resumen:

Las personas cuidadoras primarias son aquellas que cuidan de otra persona por diversas circunstancias, como lo son la dependencia o la discapacidad, en su mayoría quienes ejercen el trabajo de cuidados son mujeres que no gozan de seguridad social o remuneración por su trabajo, además de la sobrecarga que demanda el mismo. Este es un problema de salud pública, ya que convierte a las personas cuidadoras en un grupo vulnerable.

Muchas de estas personas han optado por buscar recursos terapéuticos que brinden beneficios a sus receptores de cuidados, ya que muchos medicamentos tienen efectos secundarios o adversos, así pues, en la búsqueda de alternativas, se encuentra la marihuana medicinal, la cual, podemos afirmar que con base en la evidencia los principales efectos de esta son la analgesia, lisis de ansiedad, sensación de bienestar, aumento de apetito e inducción del sueño, que, por cierto, resultan útiles en el tratamiento de personas con enfermedad terminal. Actualmente, se encuentran en curso estudios que buscan determinar si la marihuana medicinal es útil también en el tratamiento de padecimientos como cáncer, diabetes mellitus, glaucoma y esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Alzheimer, ansiedad-depresión, trastornos del sueño, asma bronquial e isquemia cerebral.

Otro punto muy importante por considerar es la vía de administración y la presentación del cannabinoide, lo cual está estrechamente relacionado con el efecto terapéutico. Cabe insistir en que la inhalación de marihuana da lugar a la absorción de muy diversas sustancias químicas biológicamente activas, por lo que es necesario determinar si el conjunto de efectos derivado de estos compuestos es útil en medicina.

El gran problema es que aun en nuestros días el uso de este recurso se encuentra criminalizado, creando un estigma social, además de la falta de interés en el gobierno por crear políticas regulatorias para hacer fármacos seguros a base de los compuestos de la planta cannabis.

<sup>1,2,3,4</sup> Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Es de vital importancia que los servidores públicos se nutran del conocimiento del tema del cuidado, así como de cannabis medicinal, pues actualmente son temas fundamentales para la salud pública que se han convertido en problemas que deben ser atendidos, por ello es tan importante el brindar un programa educativo para los legisladores para que conozcan del tema y que cuando se requiera de toma de decisiones sea con base en el conocimiento de estos temas.

### Referencias Bibliográficas

- Lagarde M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. En: Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado". Editor: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer. Disponible en: [https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_jornadas/es\\_emakunde/adjuntos/sare2003\\_es.pdf](https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf)
- Espinoza-Herrera R, Alfaro-Vargas N. Cuidadoras informales de personas mayores con dependencia: problemáticas frente a su labor. *Espiga*. 2021;20(42):119-46. Disponible en: <https://revistas.uned.ac.cr/index.php/espiga/article/view/3797>
- De la Fuente JR. Marihuana y salud. Fondo de cultura económica. Ciudad de México;2015. *Autismomadrid.es*. Las necesidades de niños y niñas con trastorno del espectro autista y su tratamiento. [https://autismomadrid.es/wp-content/uploads/2012/06/autismo\\_en\\_la\\_familia\\_3.pdf](https://autismomadrid.es/wp-content/uploads/2012/06/autismo_en_la_familia_3.pdf)



# Educación en el campo de la salud nutricional

- 538 Equipo de promotores para la salud nutricional: Una apuesta por los escolares de Antioquia
- 540 Participación social en la construcción de conocimiento para fortalecer el ejercicio del comité de alimentación escolar (CAE)
- 542 Lectura del etiquetado nutricional de advertencia y decisión de compra de productos comestibles en adolescentes
- 544 Percepción sobre consumo de ácido fólico en mujeres en edad fértil. Hospital Regional de Encarnación. - Paraguay
- 546 Enfoques de análisis de la malnutrición infantil: revisión integrativa para una educación en nutrición transformadora

# Equipo de promotores para la salud nutricional: Una apuesta por los escolares de Antioquia

## Ponente:

Lorena Andrea Pérez Palacio - Colombia  
Universidad de Antioquia  
lorena.perezp@udea.edu.co

## Autores

Lorena Andrea Pérez Palacio<sup>1</sup>  
Teresita Alzate Yepes<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Exceso de peso, promoción para la salud, hábitos saludables, escolares.

## Resumen:

**Introducción:** La Institución Educativa Monseñor Gerardo Valencia Cano –IEMGVC- ubicada en Medellín, aledaña a la Ciudadela Robledo de la Universidad de Antioquia -UdeA, reportó para 2019 una prevalencia de exceso de peso de un 37,8%, con un 25,5% correspondiente a sobrepeso y 12,3% a obesidad, cifras que superaron el promedio nacional según la ENSIN (2015) y departamental en un 50% (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2015; UdeA et al., 2019). Esto se torna coherente con la creciente preocupación tanto en Latinoamérica como en el mundo por la actual recurrencia del exceso de peso, inclusive desde edades tempranas, hasta el punto de convertirse en un problema de salud pública en donde más de 340 millones de niños y adolescentes lo presentan (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Lo anterior dio paso a la implementación de un proyecto educativo integral, el cual terminó en un microproyecto que comprendió la caracterización, conformación, formación y graduación de un Equipo de Promotores para la Salud Nutricional –EPSN- conformado por docentes, estudiantes y padres de familia/acudientes de la IEMGVC, cuyo objetivo es fomentar estilos de vida saludable en la comunidad educativa.

**Método:** El microproyecto enmarcado bajo un enfoque socioecológico, constó de cuatro etapas: 1. Caracterización de los aspirantes a promotores e identificación participativa de las temáticas-problemáticas de interés en alimentación y nutrición, actividad física y salud bucal y, de sus habilidades para la vida fuertes o a fortalecer, 2. Conformación del equipo, 3. Formación de los promotores en los tres componentes durante 12 semanas, buscando a la vez el fortalecimiento temático y de habilidades transversales para la vida, partiendo del modelo pedagógico constructivista.

Cada sesión fue planeada, desarrollada y evaluada de manera conjunta entre docentes, estudiantes y padres de familia voluntarios de la IEMGVC y el equipo humano de la UdeA, conformado por profesionales y

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

estudiantes practicantes de la Facultad de Odontología, la Escuela de Nutrición y Dietética y el Instituto de Educación Física, 4. Graduación como Promotores para la Salud Nutricional –PSN de quienes asistieron de manera activa y participativa al menos al 70% del proceso formativo.

Resultados o hallazgos: Aunque hubo deserción durante el proceso, se graduaron 15 PSN entre ellos seis estudiantes, seis docentes, y tres acudientes, formados en diferentes temáticas-problemáticas relacionadas con los tres componentes, lo cual a su vez precisó de una estrategia robusta que permitiera una dinámica educativa participativa, sistemática, contextualizada e integral, que hiciera uso de diferentes herramientas didácticas que propiciaran el aprendizaje conjunto y que involucrara a todos los actores para que ejercieran su ciudadanía en el campo alimentario entre pares y con apoyo de las instituciones públicas y privadas.

Discusión y conclusiones: La formación de un EPSN en la IEMGVC, con tantos problemas del estado nutricional en sus estudiantes, es una estrategia pionera en la promoción para la salud de los escolares desde dentro de la IE, como un proceso educativo, que trasciende el hecho de transmitir información y se relaciona con la acción comunitaria desde su participación activa, permitiendo reconocer su contexto problemático y buscar soluciones frente a él, antes de que se instaure de manera permanente o genere secuelas. Así mismo, el entorno escolar se hace un ambiente propicio para la promoción de estilos de vida saludable como espacio en el que se generan y fortalecen conocimientos y prácticas que consolidan hábitos para la adultez (Álvarez Ochoa et al., 2017), e interacciones sociales que propician aprendizajes significativos colectivos, reflexiones y empoderamiento entre pares.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Prosperidad Social. (2015). Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN 2015.
- Organización Mundial de la Salud. (2021, June 9). Obesidad y sobrepeso.
- UdeA, Maná, & Gobernación de Antioquia. (2019). Perfil Alimentario y Nutricional de Antioquia 2019. Resumen ejecutivo.

# Participación social en la construcción de conocimiento para fortalecer el ejercicio del comité de alimentación escolar (CAE)

## Ponente:

Angela Viviana Herrera Triviño - Colombia  
Universidad de Antioquia  
angela.herrera1@udea.edu.co

## Autores

Ángela Viviana Herrera Triviño<sup>1</sup>  
Maria Rita Arques de Oliveira<sup>2</sup>  
Isabel Cristina Carmona Garcés<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Participación Social; Ruralidad; Comité; educación.

## Resumen:

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) se posiciona como una ruta potencial para la lucha contra el hambre y la promoción del bienestar infantil bajo el marco de la transformación del Derecho Humano a la Alimentación. Su adecuada implementación es fundamental y por esta razón, a nivel nacional, la resolución 335 de 2021 se vale de estrategias como la conformación del Comité de Alimentación Escolar (CAE) en cada una de las instituciones educativas, como principal mecanismo de control ciudadano al programa. Si bien es cierto que gran parte de los colegios distritales cuentan con este grupo, el cual debe estar conformado por representantes de padres de familia, estudiantes, manipuladores (as) de alimentos, docentes e incluso rectoría, se ha evidenciado que estos se limitan a dar cumplimiento a su conformación más por obligatoriedad que por el reconocimiento en su importancia.

Una de las causas más influyentes detrás del incumplimiento en el ejercicio de las funciones del CAE es la débil capacitación a los actores sociales, lo que conlleva, a su vez, a que conciban el PAE exclusivamente como un proveedor de alimentos. A lo anterior, se suman las deficientes estrategias de educación y comunicación desarrolladas por instituciones poco familiarizadas del entorno académico en determinado territorio, lo que se traduce en una concepción incompleta o distorsionada de la realidad.

El resultado es una comunidad desconocedora de su potencial para ejercer influencia a nivel institucional a partir del conocimiento propio y la experiencia y un programa con un seguimiento y evaluación de gestión descontextualizada.

Dicha problemática es aún más acentuada en colegios rurales, los cuales se encuentran en zonas geográficas que históricamente han sido marginalizadas por términos de desigualdad frente a las áreas urbanas, lo cual se refleja, dentro de otras cosas, por las dificultades de las familias campesinas para acceder a bienes y

<sup>1,2</sup> Universidad de Antioquia

servicios básicos como lo es la educación de calidad y la alimentación saludable. Es por esta razón que la presente investigación pretende responder a la pregunta: ¿Cómo los actores sociales del PAE participan en un proceso de construcción colectiva del conocimiento que sirva como referencia en procesos educativos transformadores orientados a fortalecer el ejercicio de los Comité de Alimentación Escolar (CAE)?

Este trabajo será un estudio de tipo cualitativo bajo el enfoque interpretativo-hermenéutico que adopta como referente conceptual y metodológico la pedagogía liberadora de Paulo Freire. El escenario de trabajo será el colegio rural José Celestino Mutis ubicado en la ciudad de Bogotá. Se desarrollará en tres etapas: Preparación y contextualización, Construcción de la temática significativa y elaboración del material de apoyo. Esta última será el resultado de la investigación comunitaria y pretende ser socializado con organismos públicos del PAE para visibilizar el ejercicio de la comunidad educativa. El método principal serán los círculos de cultura y se emplearán instrumentos de recolección de información como grabaciones de voz, diarios de campo, listados de asistencia y fichas de observación. Los participantes serán actores no estatales del PAE, siendo principalmente los miembros del CAE quienes conformen el grupo de investigadores auxiliares.

En el espacio surgieron algunas preguntas dentro de las cuales se destaca una inquietud asociada al método de los círculos de cultura, pues para el espectador no fue claro la selección de este y no el de otros medios como, por ejemplo, las entrevistas a profundidad o los grupos focales, por lo que se procede a dar la claridad de que este método atiende al referente de Paulo Freire y que tiene el beneficio de permitir cierta flexibilidad para el lograr el objetivo educativo e investigativo.

### Referencias Bibliográficas

- Carrero Muñoz, Y. K., & Camargo Cárdenas, D. (2021). Educación en hábitos alimentarios. Lo establecido en el PAE y la realidad del CED rural de Mochuelo Alto. *Encuentro de Ciencias Básicas*, 5, 86–95. <https://doi.org/10.14718/encuentrocienc.basicas.2021.5.8>
- Banco Mundial de Alimentos. (2019). Revisión y caracterización de los modelos de PAE que se implementan en el área rural en Cuca, Norte de Santander, Boyacá y Cesar.
- Ministerio de Educación Nacional. (2015). Lineamientos Técnico Administrativos Del Programa De Alimentación Escolar - Pae. 1(1), 156. [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-327168\\_archivopdf\\_LineamientosPAE\\_Febrero2015.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-327168_archivopdf_LineamientosPAE_Febrero2015.pdf)

# Lectura del etiquetado nutricional de advertencia y decisión de compra de productos comestibles en adolescentes

## Ponente:

Lizeth Karina Jiménez Suárez - Colombia  
Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición  
y Dietética, Grupo GIIESEN  
karinajs88@gmail.com

## Autores

Lizeth Karina Jiménez Suárez<sup>1</sup>  
Isabel Cristina Carmona-Garcés<sup>2</sup>  
Jhazmin Hernández Cabrera<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Productos comestibles, etiquetado, lectura, compra, adolescentes.

## Resumen:

Introducción: Actualmente, la obesidad es catalogada como una enfermedad que tiene un origen multicausal complejo; La mala alimentación se considera uno de los principales factores de riesgo para las ECNT, por lo que, desde el ámbito de la política pública, se han generado estrategias para que la población reduzca el consumo de alimentos con alta densidad energética y pocos nutrientes, en especial de tipo ultraprocesados.

En consecuencia, con lo anterior, muchos gobiernos de América Latina se propusieron diversas estrategias educativas e informativas para que la población reconozca el contenido nutricional. Entre las estrategias mencionadas se encuentra el etiquetado nutricional frontal.

Actualmente, en Colombia, se pasa por una transición de regulación con respecto al etiquetado nutricional frontal de advertencia, generando en el mercado la disponibilidad de productos envasados y empaquetados con diferentes o nulas etiquetas de advertencia.

El etiquetado nutricional frontal de advertencia es de gran relevancia, ya que se ha considerado una buena práctica en la política pública para la salud, y es un elemento informativo del ambiente alimentario. A raíz de las múltiples estrategias como los sellos frontales de advertencia, se comenzó a indagar sobre la comprensión y la percepción de los consumidores al respecto. En Colombia, no se han ejecutado estrategias educativas por parte del Gobierno Nacional dirigidas a los consumidores sobre la lectura, la interpretación y la importancia del etiquetado frontal en el envase o empaque con base en la nueva reglamentación.

Propuesta o desarrollo teórico o metodológico: Estudio con enfoque cualitativo, desde el paradigma hermenéutico. La Institución Educativa Monseñor Gerardo Valencia Cano, de la ciudad de Medellín, se eligió a conveniencia. Los participantes serán los adolescentes de sexo femenino y masculino, que cuenten con

<sup>1,2</sup> Universidad De Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética, Grupo GIIESEN

<sup>3</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

autorización de los padres de familia de participar en la investigación, con el consentimiento informado previamente firmado. Los participantes deben de tener afiliación al sistema de salud.

Para recolectar la información sobre la lectura, comprensión y efecto del etiquetado nutricional frontal de advertencia se realizarán grupos focales; esta información será complementada con una encuesta semiestructurada y foto-etnografía por auto reporte para la categoría de decisión de compra.

Para el análisis de información cuantitativa se utilizarán estadísticos descriptivos, las variables que se indagarán son el sexo, edad, grado y compras de productos envasados y empaquetados. Esta información recolectada se analizará con el programa estadístico SPSS. Se utilizará software Atlas.ti.

**Discusión y conclusiones:** El etiquetado de advertencia en el frente del empaque se considera una herramienta simple y eficaz para evitar que el consumidor adquiera los productos comestibles ultraprocesados y así utilizarse como estrategia de salud pública.

La presente investigación se enfocará en determinar la percepción de la población adolescente, al leer el etiquetado frontal de los paquetes de los productos comestibles envasados y empaquetados y su relación con la decisión de compra. Esto permitirá identificar si el objetivo de salud pública del Gobierno Nacional en cuanto a dar información clara y precisa al consumidor por medio del empaque, realmente cumple el objetivo en esta población.

Esta investigación será un punto de partida, ya que es muy reciente la implementación de la estrategia a nivel nacional y a pesar de que existen investigaciones relacionadas en Colombia, nuestro enfoque serán los efectos tanto positivos como negativos del etiquetado en la decisión de compra de los adolescentes del contexto de Medellín.

### Referencias Bibliográficas

- Congreso de Colombia. (2021). Ley 2120 30 de julio del 2021. "Por Medio de La Cual Se Adoptan Medidas Para Fomentar Entornos Alimentarios Saludables y Prevenir Enfermedades No Transmisibles y Se Adoptan Otras Disposiciones", 1–9.
- Nutricional, S. D. S., & Bebidas, A. (2022). Análisis de Impacto Normativo Ex post sobre etiquetado frontal de advertencia en alimentos envasados. 1–40.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas. In Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Retrieved from [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645\\_esp.pdf?sequence=5](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf?sequence=5)

# Percepción sobre consumo de ácido fólico en mujeres en edad fértil. Hospital Regional de Encarnación. - Paraguay

## Ponente:

Fatima Ynes Bogado Acosta - Paraguay  
Facultad de Ciencias de la Salud. UPAP filial  
Encarnación  
fatima.bogado@upap.edu.py

## Autores

Fatima Ynes Bogado Acosta<sup>1</sup>  
Andressa TalinePires<sup>2</sup>  
Marta Ascurra<sup>3</sup>  
Marta Acosta<sup>4</sup>  
Diego Fleitas<sup>5</sup>  
Sandra Caballero<sup>6</sup>  
Laura González<sup>7</sup>  
Alejandra Seib<sup>8</sup>  
Araceli Páez<sup>9</sup>

## Palabras Clave

Productos comestibles, etiquetado, lectura, compra, adolescentes.

## Resumen:

El consumo de ácido fólico en mujeres de edad fértil y principalmente durante el embarazo es imprescindible, el 70% de las patologías del tubo neural en el embrión se puede prevenir modificando el grado de actitudes sobre al consumo de ácido fólico.

El objetivo de la investigación fue describir la percepción cerca suplementación con ácido fólico en mujeres de edad fértil en el Hospital Regional de Encarnación en el año de 2022.

Para ello, se realizó una investigación de campo utilizando la metodología descriptiva de corte transversal, se incluyó a mujeres de 10 a 60 años, con la fórmula de poblaciones infinitas se calculó un valor de  $n=386$ . Con la aplicación de la encuesta se indagó la variable del estudio. La mediana de edad fue de 26 años, 63,07% de las mujeres del estado civil solteras, 38,94% nulíparas, se evidencio que 87,9 % considera que el consumo de ácido fólico se puede iniciar en cualquier momento de la gestación, 95,4% considera importante el consumo del ácido fólico desde que se desee quedar gestando, el 83,1% consumiría ácido fólico en el embarazo solo porque el médico lo indica sin importar los beneficios en el bebé, 91,6% consumirían ácido fólico antes de la gestación para prevenir defectos en el desarrollo del bebé y 94,7% consumiría alimentos que contengan ácido fólico. Se observó diferencia significativa entre la importancia de la suplementación de ácido fólico y la edad, no así en relación con nivel académico.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay ha iniciado una Campaña sobre el consumo de esta vitamina en mujeres en edad fértil, la cual consiste en la concientización y educación llevada a cabo en todas las regiones sanitarias del país a través del Programa nacional de Prevención de Defectos Congénitos.

<sup>1,2,5,6,7,8,9</sup> Facultad de Ciencias de la Salud. UPAP filial Encarnación

<sup>3,4</sup> Programa de Prevención de Defectos Congenitos. Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social. Paraguay



Generalmente, el embarazo no es planificado, por lo tanto, esta vitamina debe ser consumida por toda mujer sexualmente activa a fin de que si ocurre un embarazo, la prevención actúe como corresponde. Las pastillas de ácido fólico se encuentran disponibles de manera gratuita en los servicios de salud dependientes del Ministerio.

Este trabajo constituye una primera aproximación al problema del uso preconcepcional del ácido fólico para la prevención de malformaciones en nuestra región, los resultados reflejan una asociación entre la edad de las mujeres y el conocimiento acerca de la importancia del consumo de dicho suplemento durante toda la etapa fértil de la mujer, por lo tanto, a partir de esta investigación, podemos concluir que la Educación para la Salud a través de Campañas de Concientización deberían enfocarse en mujeres de edades menores a 26 años, puesto que se encontró menor conocimiento de las mismas en dicho rango etario. Será de gran importancia trabajar de manera integral con instituciones educativas para implementar estrategias y líneas de acción enfocadas en la difusión sobre las alteraciones congénitas, su prevención a través del ácido fólico y el acceso gratuito a las pastillas, para que más mujeres en edad fértil acudan a los centros de salud y entiendan la importancia de su consumo diario como medida preventiva efectiva.

### Referencias Bibliográficas

- Houk, V. N., Oakley, G. P., Erickson, J. D., Mulinare, J., & James, L. M. (1992). Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects CDC, OPS, OMS. La prevención de los defectos del tubo neural con ácido fólico: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Prevencion-de-defectos-tuboneural-con-acido-folico.pdf>
- Cosp, M. R., Ruoti, M., de Torres, G. R., Ontano, M., & Rodríguez, S. (2016). Conocimiento del consumo de ácido fólico y su relación con los defectos del tubo neural en mujeres puérperas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(1).

# Enfoques de análisis de la malnutrición infantil: revisión integrativa para una educación en nutrición transformadora

## Ponente:

Laura Daniela Torres Muñoz - Colombia  
Universidad Surcolombiana  
lauradtorres262000@gmail.com

## Autores

Laura Daniela Torres Muñoz<sup>1</sup>  
Ingrid Yolercy Troche Gutiérrez<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Malnutrición, Factores de Riesgo, Determinantes Sociales de la Salud, Determinación Social de la Salud, Educación Alimentaria y Nutricional.

## Resumen:

La malnutrición infantil es una problemática en salud pública que se ha sostenido, e incluso, ha aumentado en algunas regiones pese a estar contenida en la agenda pública mundial. Tal situación puede resultar del entendimiento y tipo de abordaje de la cuestión alimentaria y nutricional en diferentes ámbitos; por ello, urge un análisis de dicha realidad que permita dimensionar tanto la complejidad del problema, como el rol de la educación en salud en cada enfoque o perspectiva bajo las cuales se ha analizado la malnutrición. El estudio tuvo por objetivo explorar las tendencias teóricas y metodológicas del análisis de la malnutrición infantil a partir de una revisión integrativa que permita identificar el papel que ocupa la educación en salud nutricional.

Se siguió la propuesta de Whittemore y Knafl, teniendo en cuenta sus 5 fases. Los criterios de inclusión fueron estudios publicados entre 2012-2022, que abordaran la malnutrición infantil, en idioma español, inglés y portugués, en las bases de datos SciELO, Pubmed, Science Direct, SCOPUS, EBSCO, LILACS, Redalyc.

Se obtuvieron 511 artículos, seleccionando 36 para el análisis de una investigación más amplia correspondiente a los enfoques bajo los cuales se ha abordado la malnutrición. De ellos, 19 se relacionaron específicamente con la categoría de educación, distribuidos de la siguiente forma: 12 utilizaron el enfoque de factores de riesgo (FR), 3 de determinantes sociales de la salud (DSS) y 4 de determinación social de la salud (DS).

La búsqueda de la literatura científica arrojó que los abordajes clásicos como los FR y los DSS ven la educación como una circunstancia aislada que puede actuar de forma positiva o negativa en la nutrición de las comunidades: el bajo nivel educativo de los padres del menor (analfabetismo en salud y bajo nivel de escolaridad), actúa desfavorablemente sobre las prácticas alimentarias de los niños como: la lactancia

<sup>1,2</sup> Universidad Surcolombiana

materna exclusiva con duración menor a 6 meses, inicio de alimentación complementaria de forma temprana o tardía, y optar por alimentos ultraprocesados y altos en azúcar y sodio. Con respecto a la DS, la educación en nutrición trasciende lo biológico, ya que su mirada crítica va más allá del cuerpo con hambre o con sobrepeso, planteando el problema de la malnutrición infantil como un fenómeno complejo, permeado por el modelo económico capitalista que acentúa las relaciones de poder y concentración desigual de la riqueza.

La alimentación y las expresiones biológicas de estas se constituyen en un hecho histórico, político, económico, social y cultural, en cuya interrelación se instaura unos modos de vida, que generan pautas de consumo y que actualmente producen una disrupción en la forma de significar y relacionarse con la comida.

Por otro lado, la educación en el contexto académico ha formado profesionales de la salud centrados en comprender los fenómenos nutricionales a partir de la epidemiología tradicional, siendo incluso incentivada la producción científica en torno a estas metodologías, desde el pregrado hasta el doctorado (como en el 89% de los artículos hallados).

Por lo tanto, se debe repensar una alternativa pedagógica frente al tema de alimentación, como la Educación Popular (EP), cuya apuesta crítica y transformadora de la sociedad se dé en el ámbito académico y comunitario, donde los protagonistas del proceso pedagógico en nutrición sean los sujetos que quieren el cambio de esa realidad nutricional.

Dado que el abordaje de la malnutrición infantil ha sido principalmente desde la epidemiología clásica (FR y DSS), es necesario explorar en escenarios investigativos, políticos y académicos abordajes teóricos-metodológicos que se basen en epistemologías y perspectivas críticas, como la DS (apoyado en procesos de la EP), para analizar y explicar problemas en salud desde la complejidad y multidimensionalidad.

### Referencias Bibliográficas

- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press. <http://www.gacetasanitaria.org/es-estadisticas-S0213911122001704>
- Díaz García, M. A., & Estupiñán Soler, N. (2019). Desafíos de la educación popular en la escuela. *Aletheia*, 11(2), 2. <https://doi.org/10.11600/ale.v11i2.553>
- Sánchez, L., Ascanio, V., Araque, M., Parra, J., & Ron, M. (2018). Determinación social versus los determinantes sociales. Reflexiones desde la mirada de la epidemiología crítica. *Revista Inclusiones*, 6, 38-51. <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2047>

# Educación en el campo de la salud en diferentes entornos

- 549 Adherencia a recomendaciones nutricionales y su relación con el índice de Masa Corporal en población universitaria
- 551 Complicidades para el cuidado colectivo de la salud: Aportes de la Educación para la salud a la salud comunitaria
- 553 Día a Día: caminos para recorrer”: diseño y validación de material didáctico para adultos con cáncer en estadio avanzado
- 555 Efectividad de intervención educativa en cuidadores familiares de adultos mayores. Medellín. 2022
- 557 Estrategia Títeres al Hospital: un viaje, una aventura y una experiencia

# Adherencia a recomendaciones nutricionales y su relación con el índice de Masa Corporal en población universitaria

## Ponente:

Ana Lucía Noreña Peña - España  
Universidad de Alicante  
Facultad de Ciencias de la Salud.  
Departamento de Enfermería. Grupo de investigación ALINUT  
ana.norena@ua.es

## Autores

Ana Lucía Noreña Peña<sup>1</sup>  
Patricia Libertad Paredes Amonarriz<sup>2</sup>  
Ana Noreña-Peña<sup>3</sup>  
Daniel Giménez Monzó<sup>4</sup>  
María del Rocío Ortiz Moncada<sup>5</sup>

## Palabras Clave

Intervenciones, Dieta Mediterránea, IMC, Recomendaciones Nutricionales, Estudiantes Universitarios.

## Resumen:

**Introducción:** El estado nutricional de un individuo es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus requerimientos energéticos. Es fundamental para realizar intervenciones de salud pública que mejoren la calidad de vida de los individuos, conocer el estado nutricional de determinadas poblaciones. La transición a la edad adulta es un período clave en el desarrollo humano, es un momento importante para la promoción de la salud, se establecen muchos de los patrones de conducta a largo plazo y se afianzan patrones alimentarios. En la actualidad, se cuentan con guías-alimentarias y políticas de alimentación, herramientas clave para la educación-alimentaria, entre ellas está la Dieta Mediterránea. Estos referentes, se han consolidado como patrones alimentarios saludables asociados a una mayor esperanza de vida y a un efecto protector frente a las enfermedades.

De acuerdo con la OMS, unos buenos hábitos incluyen la ingesta de, al menos, cinco porciones de fruta y verdura diarias y una ingesta de grasas, sal y azúcares reducida con el fin de mantener una adecuada alimentación y un estilo de vida saludable. **Objetivo principal:** analizar en la literatura científica la adherencia de la población universitaria a las recomendaciones nutricionales, así como a la Dieta Mediterránea. **Objetivo secundario:** determinar si los estudios analizados tienen en cuenta la relación entre la adherencia a estas recomendaciones y el índice de Masa Corporal (IMC).

**Método:** Se realizó una Scoping Review en las bases de datos Web of Science, PubMed, Scopus entre 2013 y 2023, incluyendo artículos en inglés/español de libre acceso, relacionados con recomendaciones nutricionales y su aplicación en estudiantes universitarios que tuviesen en cuenta la medición del el IMC.

Esta revisión siguió las recomendaciones PRISMA. Variables: (i) año y país publicación/objetivo; (ii) metodología (diseño/muestra/recolección/análisis); (iii) los resultados se clasificaron en: patrones de

<sup>1,2,3,5</sup> Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Grupo de investigación ALINUT

<sup>4</sup> Universidad de la Guajira (Uniguajira)

consumo, adherencia a la dieta Mediterránea, a las recomendaciones de las guías alimentarias, y en todos estos factores, su relación con el IMC en población estudiant universitaria.

Se realizó un análisis descriptivo. Resultados: El porcentaje de población universitaria con alta adherencia a la dieta mediterránea oscila entre el 5,5% y el 49%, coincidiendo todos ellos en la asociación inversa existente entre la adherencia a la DM y los valores de obesidad (n=9). Se observa bajo consumo de fruta y verdura (n=7), así como de pescado y legumbres (n=3), frutos secos y cereales (n=1) y excesivo consumo de carne procesada (2), comida rápida (n=3), ultraprocesados (n=2), bollería (n=1), alcohol (n=1), azúcar (n=1). Los patrones asociados a sobrepeso: consumo excesivo de snacks (n=2), palomitas de maíz (n=1), bebidas azucaradas (n=2), comida rápida (n=4); y aquellos relacionados con normopeso: ingesta de verduras (n=7) y fruta (n=6). Desayuno de calidad está relacionado con normopeso (n=4). Los desayunos de la población universitaria son de baja calidad (n=1). La puntuación del Health Eating Index-2015 está inversamente relacionada con el IMC, mientras que la falta de adherencia a las recomendaciones de las guías alimentarias está relacionada directamente con un IMC superior en estudiantes universitarios.

Conclusiones: Es importante diseñar futuras intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia a las guías alimentarias de los estudiantes universitarios. La educación nutricional se debe promover y seguir reforzando a través de políticas institucionales que estimulen cambios en el estilo de vida. Los estudiantes universitarios requieren de un seguimiento de su nutrición y del IMC.

### Referencias Bibliográficas

- Mata-Fernández, A., Hershey, M. S., Pastrana-Delgado, J. C., Sotos-Prieto, M., Ruiz-Canela, M., Kales, S. N., Martínez-González, M. A., & Fernandez-Montero, A. (2021). A Mediterranean lifestyle reduces the risk of cardiovascular disease in the “Seguimiento Universidad de Navarra” (SUN) cohort. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases : NMCD*, 31(6), 1728–1737. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.02.022>
- El Hajj, J. S., & Julien, S. G. (2021). Factors Associated with Adherence to the Mediterranean Diet and Dietary Habits among University Students in Lebanon. *Journal of nutrition and metabolism*, 2021, 6688462. <https://doi.org/10.1155/2021/6688462>
- Nilufer OZKAN, Fatma Hazan GUL. Does Food Neophobia Affect Mediterranean Diet Adherence and Eating Disorders in University Students?, 01 November 2022, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2206452/v1>]

## Complicidades para el cuidado colectivo de la salud: Aportes de la Educación para la salud a la salud comunitaria

### Ponente:

Angela María Guerra Cordero - Colombia  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de  
Colombia  
angela.guerra@uptc.edu.co

### Autores

Angela María Guerra Cordero<sup>1</sup>

### Palabras Clave

Educación para la Salud apoderante, Salud comunitaria, Pedagogía de la autonomía, Determinantes Sociales de la Salud.

### Resumen:

Ante la necesidad de acciones comunitarias que promuevan transformaciones de las condiciones de vida que determinan la salud, desde 2018 un grupo de vecinos/as, residentes, internos y docentes de medicina familiar, instituciones de la política municipal y otros actores civiles, vienen adelantando un proceso de formación-acción en salud comunitaria (López-Sánchez et al., 2018) en un territorio urbano popular de la ciudad de Tunja (Colombia), orientado al cuidado colectivo de la salud.

Producto de un proceso de autodiagnóstico, este grupo de actores desarrolla actualmente el proyecto “Nuestro Barrio Saludable” con 6 líneas estratégicas: 1) Abogacía para la salud, 2) Redes de cuidado comunitario, 3) Capital Cultural, 4) Alimentación, comensalidades y barrio, 5) Cuidado familiar integral, y 6) Producción social del conocimiento.

Todos los viernes, estas líneas son dinamizadas desde una lógica horizontal, en la que se apela a una participación, efectiva, consciente, responsable y ética (Mariño S & Cendales G, 2004). Así, se busca promover un permanente ejercicio pedagógico de ciudadanía que permita reflexionar y cuestionar de manera colectiva aquellas desigualdades sociales (por clase, género, procedencia, edad, etc.) que están detrás de las inequidades en salud presentes en el territorio, al tiempo que, fortalecer sus capacidades individuales y colectivas para la exigibilidad de derechos, la toma de decisiones autónomas y el desarrollo de acciones organizativas y cooperativas que mejoren sus condiciones de vida cotidiana.

Entendiendo que la Educación para la salud (EpS), en su versión más apoderante, busca que la población pueda descubrir por sí misma la causalidad del proceso salud/enfermedad (Valadez et al., 2015), consideremos este proceso como una experiencia en clave de la EpS. Este desarrollo ha generado resultados concretos en el territorio como la configuración de estrategias de cuidado alternativas y creativas. Entre ellas, la red de

<sup>1</sup> Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

iniciativas de autonomías alimentarias (Guerra Cordero et al., 2023), la red de radares comunitarios y la red de cuidado familiar. A la vez, ha facilitado la construcción de nuevos espacios de encuentro y participación comunitaria como un cine, club comunitario, la dinamización de activos para la salud y, de manera transversal, una producción social del conocimiento con devoluciones creativas por y para la comunidad, y la formación médica en salud comunitaria.

Cada uno de estos resultados ha implicado procesos pedagógicos que, en el acto de desanudar y accionar sobre problemáticas comunes a partir de la autonomía del educando, potencian el sentimiento del nosotros, es decir, el sentimiento de comunidad. Este hecho ha movilizó complicitades, confiabilidades y lazos vinculares que hacen posible el desarrollo de los objetivos de la Salud Comunitaria en varias vías.

Por una parte, con el fortalecimiento de la conciencia ética y protagonismo de los participantes, quienes pasan de ser sujetos pasivos que reciben instrucciones homogeneizantes y estandarizadas para el cuidado de su salud, a ser sujetos activos que cuestionan las injusticias presentes en las condiciones de vida de las clases populares ciudadanas y su impacto en la salud, y capaces de movilizar desde sus riquezas, acciones comunitarias que promueven el cuidado colectivo de la salud en lo local y cotidiano. Por otra parte, generando escenarios de formación en los que, en una relación dialéctica, el estudiante de medicina, en su dedicación a la transformación, se transforma a sí mismo y con ello su práctica médica hacia una más humanizante.

Concluyendo, la EpS constituye una herramienta coherente y fundamental para movilizar las complicitades humanas que se requieren para el desarrollo de acciones comunitarias orientadas a la promoción del cuidado comunitario de la salud en territorios urbanos populares.

### Referencias Bibliográficas

- Guerra Cordero, A. M., Rodríguez Puerto, N. E., & Virgüez Ramos, Ó. A. (2023). Iniciativas de autonomía alimentaria como escenarios para la acción comunitaria en salud basada en activos. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102317. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102317>
- López-Sánchez, M. P., Alberich, T., Aviñó, D., Francés García, F., Ruiz-Azarola, A., & Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32 Suppl 1, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008>
- Mariño S, G., & Cendales G, L. (2004). Educación No Formal y Educación Popular. Hacia una pedagogía del diálogo cultural. Federación Internacional de Fe y Alegría.
- Valadez, I., Vagras, V., Fausto, J., & Montes, R. (2015). Educación para la Salud: Los Modelos de intervención y su fundamentación teórica.



# Día a Día: caminos para recorrer”: diseño y validación de material didáctico para adultos con cáncer en estadio avanzado

## Ponente:

Yusley Katherine Pabon Salazar - Colombia  
Universidad del Cauca  
yusley@unicauca.edu.co

## Autores

Yusley Katherine Pabon Salazar<sup>1</sup>  
Gladys Amanda Mera<sup>2</sup>  
Jhon Edwin Polanco<sup>3</sup>  
Cesar Vela<sup>4</sup>

## Palabras Clave

Estudio de Validación; Educación en Salud; Enfermería; Calidad de Vida.

## Resumen:

**Introducción.** “Día a Día: caminos para recorrer”, es una intervención integrativa con un componente reflexivo, educativo y práctico, a través del uso de material didáctico (agenda, videos y audios de respiración) y asistencia a Medicina Tradicional China (acupuntura y moxibustión) para el paciente con cáncer en estadio avanzado.

El presente estudio describe el proceso de diseño y validación del material didáctico incluido en esta intervención.

**Materiales y Métodos.** Se realizó una fase inicial de diseño donde se definió y planteó el problema, así como el análisis e identificación de cambios deseados. Posteriormente, se realizó validación técnica con expertos y con población diana.

**Resultados.** El diseño se apoyó en la revisión de literatura, entrevistas con familiares y conversatorios con personas que cursaban con la enfermedad, identificando y priorizando cuatro necesidades: espiritualidad, dolor, fatiga y emociones. Un total de 14 expertos realizaron validación técnica asignando bajas puntuaciones en los criterios de cantidad de información y lo agradables e interesantes que resultaban las ilustraciones.

Por el contrario, la concordancia entre el título y contenido, así como la organización del material obtuvieron las valoraciones más altas.

La validación con población diana la realizaron 11 personas evaluando muy bien el material, excepto en lo relacionado con el tamaño de la letra.

Conclusiones. Se logró validación de contenido, lenguaje y apariencia con expertos y estilo de escritura, presentación y comprensión con población objetivo.

Este material tiene el potencial de servir de compañía en el día a día de las personas que atraviesan cánceres avanzados.

### Referencias Bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2020 [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2020. Bogotá, D.C.; 2021.

# Efectividad de intervención educativa en cuidadores familiares de adultos mayores. Medellín. 2022

## Ponente:

Yadira Cardozo García - Colombia  
Universidad de Antioquia  
yadira.cardozo@udea.edu.co

## Autores

Yadira Cardozo García<sup>1</sup>  
Yaison Dorney Giraldo Giraldo<sup>2</sup>  
Ángela María Salazar Maya<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Intervención educativa, cuidadores familiares, adulto mayor, habilidad de cuidado, calidad de vida.

## Resumen:

La ciudad de Medellín cuenta con la Política Pública para cuidadores familiares y voluntarios de personas con dependencia de cuidado y conformación de Redes Barriales de Cuidado, que busca implementar estrategias para el cuidado, y fortalecer la tarea del cuidador familiar (Alcaldía de Medellín, 2015).

En la ciudad se han realizado cursos formativos para cuidadores familiares, que tienen como objetivo acompañar y capacitar en habilidades para el cuidado del adulto mayor, buscando generar un impacto positivo en la calidad de vida de la persona dependiente y del cuidador. La educación al cuidador se ha basado en la transferencia de conocimientos cuyo fin es lograr mejores resultados de salud; por tanto, la medición pre y post en una intervención de salud se presume como una medida de resultado efectiva (Córdoba y Nebot, 2005). El presente trabajo tiene como objetivo: determinar la efectividad de la intervención educativa multidisciplinaria realizada a los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia y/o enfermedad crónica que participan en un programa de formación de la ciudad de Medellín durante el año 2022.

Método: estudio cuantitativo de tipo cuasi experimental, desarrollado en la ciudad de Medellín (Colombia) de agosto de 2022 a marzo de 2023. La muestra fueron 84 cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia de cuidado que asistieron a un programa de capacitación en la ciudad. Se aplicaron los instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos, índice de Barthel, inventario de habilidad de cuidado, instrumento, calidad de vida de Betty Ferrell, Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 27, se aplicaron medidas estadísticas a las variables de análisis según su naturaleza y distribución. Para las variables cuantitativas con distribución normal la media y desviación estándar y para las que no, mediana y rango intercuartílico; en las variables cualitativas se calculan frecuencias y porcentajes. Para medir el impacto de la capacitación se aplicó la prueba no paramétrica Wilcoxon al no cumplir supuesto de normalidad en todas las variables.

Resultados: De la muestra, el 95,2 % mujeres y 4.2% hombres con una edad media de 52,57 años, cuidaron a personas con enfermedades crónicas y/o discapacitadas y un índice de Barthel moderado el 44.9% y severo 26,5%.

La media de la habilidad total para el cuidado en la preintervención fue 174,57 y posintervención de 167,42 (p: <0,001). Con relación a sus dimensiones se halló: conocimientos. Una media pre de 75,81 y pos de 79,44 (p: 0,99). El valor, pre de 37,11 y pos de 32,58 (p: 0,033). La paciencia una media pre de 52,65 y pos de 55,39 (p: 0,082). En cuanto a la calidad de vida, la media total pre-intervención fue de 104,24 y pos-intervención de 107,73 (p: 0,141). Las medias en sus dimensiones fueron: física pre 12,14 y pos 11,94 (p 0,523), la psicológica pre de 46,8 y pos 47,99 (p: 0,371); la social pre de 23,19 y pos de 24,92 (0,009) y la espiritual pre de 22,11 y pos 22,93 (p: 0,054).

Discusión: La caracterización del cuidador con enfermedad crónica y/o discapacidad coinciden con lo descrito en la literatura, pues es asumido en su mayoría por mujeres (Salazar, Cardozo y Escobar, 2020). En el presente estudio no se observa que mejore la habilidad de cuidado, hay un aumento en sus conocimientos sin significancia estadística, la dimensión de valor disminuye y aumenta la paciencia. En la calidad de vida solo la dimensión social presenta un cambio positivo.

Conclusiones. A pesar de que descriptivamente se perciben cambios positivos después de la intervención educativa en las habilidades de cuidado y la calidad de vida estadísticamente, no hay una diferencia que represente un cambio significativo.

### Referencias Bibliográficas

- Alcaldía de Medellín. Concejo de Medellín. (2015). Acuerdo 27 de 2015. "Por medio del cual se establece una Política Pública para cuidadoras y cuidadores familiares y voluntarios de personas con dependencia de cuidado y conformación de Redes Barriales de Cuidado en el Municipio de Medellín". Gaceta Oficial No4340.
- Córdoba R y Nebot M. (2005). Educación sanitaria del paciente en atención primaria. Med Clin (Barc). 125, 154-157
- Salazar Maya AM, Cardozo García y Escobar Ciro CL. (2020). Carga de cuidado de los cuidadores familiares y nivel de dependencia de su familiar. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 22(1). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cccf>

# Estrategia Títeres al Hospital: un viaje, una aventura y una experiencia

## Ponente:

Diomer Joham Rivera Jiménez - Colombia  
Metrosalud  
diomer.rivera@metrosalud.gov.co

## Autores

Diomer Joham Rivera Jiménez<sup>1</sup>  
Lina Marcela Álvarez Serna<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Modelo de prestación de servicios en salud, Estrategia Títeres al Hospital, Lenguajes Expresivos, educación y comunicación para la salud, dialogo de saberes.

## Resumen:

Estrategia Títeres al Hospital: un viaje, una aventura y una experiencia.

Títeres al Hospital nace en el año 2022 en la entidad prestadora de servicios de salud pública de la ciudad de Medellín Metrosalud, como una forma de hacer visible el modelo de prestación de servicios en salud. La estrategia tiene como propósito de gestionar el acceso a los servicios sociales y de salud por medio de los títeres como lenguaje artístico y expresivo. Además, busca garantizar la orientación efectiva y la articulación de acciones entre los actores sociales e institucionales, para modificar de manera positiva la situación de salud de las personas, las familias y la comunidad con actividades relacionadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el trato humanizado.

La estrategia de títeres al hospital opera de la siguiente manera.

1. Se crean personajes que apunten a diversas necesidades detectadas por el personal de salud en los diferentes puntos de atención de la red de Metrosalud. Actualmente, hay cuatro personajes que representan a los cursos de vida de: Gestación (Maryory) Primera infancia (Paco), juventud (Aquiles) y vejez (Teolindo).
2. Se elaboran los guiones según los temas sugeridos por el personal de salud. La idea es que los guiones sean interpretados por los títeres en los diferentes servicios de las unidades hospitalarias y centros de salud (hospitalización, salas de espera, vacunación, urgencias). La interpretación se da por medio de diferentes manifestaciones como: poemas, trovas, canciones, cuentos, conversaciones, entre otros.
3. Socialización del contenido abordado entre la comunidad (pacientes y usuarios) y el personal de salud.

<sup>1,2</sup> Metrosalud

Con la estrategia de títeres al hospital se han logrado desde el mes de agosto de 2022 hasta el mes de junio de 2023 los siguientes resultados.

Realizar acciones de educación y comunicación para la salud a 652 usuarios en 308 actividades para los diferentes cursos de vida, en los servicios de la ESE Metrosalud y en los grupos que se acompañan, según la resolución 3280. Actualmente, solo está activo el curso de preparación para la maternidad y se está creando la propuesta para el curso de primera infancia. Otros grupos que se acompañan son: pacientes crónicos, crecimiento y desarrollo y las asociaciones de usuarios.

Además de contar con las voces que se registran en cada una de las actividades realizadas por títeres al hospital, se gestionan a su vez orientaciones a las siguientes actividades: crecimiento y desarrollo, adulto sano, joven Sano, citologías, odontología de primera vez, tamizaje de mama tamizaje de próstata. Hasta la fecha se han realizado 308 orientaciones efectivas.

Creación de contenido orientado en estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para conmemoraciones especiales durante el año: Cáncer de mamá, tuberculosis, higiene de manos, lactancia materna, violencia sexual, entre otros.

Articulación del personal de salud para que aporten desde sus conocimientos y acompañen a los títeres en cada una de sus acciones. Las áreas que hasta el momento se han articulado son: medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, farmacia, odontología, atención al usuario, administración y pedagogía.

Para el equipo que lidera la estrategia títeres al hospital ha sido un gran logro hasta la fecha, no solo haber contado con la participación de 652 usuarios en este corto tiempo, sino haber generado en la comunidad la adherencia, receptividad de los funcionarios que lideran cada una de las actividades; de igual forma se ha generado una cercanía y mayor reconocimiento de la E.S.E en la unidad población y territorio.

### Referencias Bibliográficas

- Metrosalud, E. S. E. Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud MPSS-APS. Medellín: Metrosalud, Subgerencia de Red de Servicios.

# Educación en el campo de la salud, ruralidad y educación popular

- 560 El comité de salud como escenario de participación comunitaria y educación para la salud
- 562 El cuidado de sí y la educación popular: formación de educadores y educadoras en sistematización de experiencias
- 564 Fortalecimiento del Autocuidado y la Resiliencia: Experiencia Educativa Rural en Campos Minados
- 566 Las capacidades para la crianza y los procesos de educación popular
- 568 Una mirada ampliada para la formación de los/as licenciados/as en educación física en el campo de la salud en Uruguay
- 570 Medición del Impacto: Cómo evaluar la efectividad de Programas de Educación Sexual
- 572 Telemedicina una estrategia de apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general
- 574 Enfoque educativo de “Medellín me cuida salud”: una apuesta para la transformación social

# El comité de salud como escenario de participación comunitaria y educación para la salud

## Ponente:

Freddy Archila López - Colombia  
Semillero Salud y Paz - Universidad de La Salle  
fraddryl27@gmail.com

## Autores

Freddy Archila López<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Participación Comunitaria en Salud, Comités de salud, Trabajo Social.

## Resumen:

Introducción: La presente propuesta de ponencia se deriva de un proceso investigativo realizado a partir de la vinculación en proyecto de innovación social en territorios rurales víctimas del conflicto armado, el cual fue posibilitado por la firma de los acuerdos de paz de 2016 entre el Estado colombiano y las FARC-EP.

En el marco de aquel proyecto, se le apuntó a la construcción colectiva de saberes y prácticas que posibilitaran la promoción y gestión de la salud en la ruralidad y, se trabajó específicamente en y con el objetivo de fortalecer las capacidades organizativas y de asociatividad solidaria de los actores del territorio, permitiendo la consolidación de la participación y autogestión comunitaria de la salud en lo rural.

En cuanto al proceso investigativo ligado a la experiencia del proyecto, el énfasis estuvo en torno al rol y fortalezas de los Trabajadores Sociales que, desde el método de grupos, contribuyen a los procesos de desarrollo y fortalecimiento de capacidades sociales para la acción colectiva (Fernández y López, 2016).

Para ello, se estableció, como objetivo general, el siguiente: Analizar los aportes teórico-conceptuales y metodológicos del Trabajo Social con grupos que contribuyan a los procesos de fortalecimiento de las capacidades de los comités de salud para la garantía del derecho a la salud en territorios rurales, a partir de una revisión y análisis de documentos desde 2014 a 2022.

Como fundamento de lo anterior, la motivación por la investigación surgió del interés de reconocer, revalorar y reposicionar el saber disciplinar de los Trabajadores Sociales en los procesos socio-educativos que llevan a cabo, especialmente en aquellos atravesados por la salud, el derecho a la salud, la educación para la salud y la participación comunitaria en salud.

<sup>1</sup> Semillero Salud y Paz - Universidad de La Salle



Además, de contribuir teóricamente con la investigación, a dar mayor claridad sobre las capacidades necesarias a desarrollar en los comités de salud para la garantía del derecho a la salud y la autogestión comunitaria de esta y, servir como posible ruta a proyectos futuros.

**Método:** La ruta perteneciente a la metodología se fundó en el paradigma cualitativo, con énfasis en la hermenéutica, y se siguió la ruta de revisión y análisis documental propuesto por Barbosa, et. al. (2013). Y, como instrumentos, recurrió a la ficha bibliográfica y matriz categorial para el análisis de la información.

**Resultados:** Los resultados se dieron en tres categorías, a) la participación en salud, la cual se da en tres niveles, pero de manera paralela; b) los comités de salud, entendidos como fin y medio para lograr la participación comunitaria en salud y; c) el Trabajo Social, como aquella profesión con un amplio bagaje teórico-metodológico para la organización comunitaria -en salud- y procesos socio-educativos.

**Discusión y conclusiones:** Los profesionales de Trabajo Social tienen el potencial para llevar a cabo procesos de educación para la salud, desde una perspectiva mucho más amplia de esta, que incluye lo social, lo histórico, lo cultural y lo político de aquello que se concibe como salud, por lo que su papel en la sociedad está, entre otras cosas, en función de la promoción de la salud en una perspectiva de empoderamiento individual y colectivo, para que sean los sujetos quienes construyan territorios saludables autogestionados, en últimas, los profesionales de Trabajo Social son educadores sociales que le apuntan al cambio de mejores condiciones de vida de las personas, con recursos metodológicos propios que posibilitan el logro de un objetivo social que reposa en la cobertura y atención integral de la salud en el país.

### Referencias Bibliográficas

- Bang, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Revista eä* 2(3), 1-23. <http://www.ea-journal.com/art2.3/Debates-controversias-sobre-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>
- Barbosa-Chacón, JW., Barbosa-Herrera, JC., Rodríguez-Villabona, M. (2013). Revisión y análisis documental para estado del arte: una propuesta metodológica desde el contexto de la sistematización de experiencias educativas. *Investigación bibliotecológica*. Vol. 27. Núm. 61. <http://rev-ib.unam.mx/ib/index.php/ib/article/view/42815/51239>
- Fernández-García, T y López-Peláez, A. (2006). *Trabajo Social con grupos*. Madrid, España. Alianza editorial.

# El cuidado de sí y la educación popular: formación de educadores y educadoras en sistematización de experiencias

## Ponente:

Julio Eduardo Mazorco Salas - Colombia  
Universidad de Ibagué  
julio.mazorco@unibague.edu.co

## Autores

Julio Eduardo Mazorco Salas<sup>1</sup>  
David Leonardo Jiménez García<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Sistematización de experiencias, cuidado socioemocional, formación.

## Resumen:

La formación metodológica de investigadores, facilitadores, acompañantes e interventores psicosociales tiene una tendencia instrumental. Se ha centrado en saberes técnicos de la investigación y la intervención social. Dejando de lado elementos tales como lo ontológico, lo epistemológico, lo ético y lo político, aún más, las prácticas de contención, regulación y cuidado socioemocional, tanto para los y las educadoras como para los demás, en contextos sociales complejos.

La metodología de sistematización de experiencias, como propuesta de acompañamiento a organizaciones sociales, tiene un foco central en sus consideraciones ético-políticas y sus apuestas transformativas asociadas al paradigma crítico y enfoques como la educación popular y la investigación acción educativa y participativa para la transformación social. En el marco de un proyecto interinstitucional de formación de organizaciones sociales adelantado por la Escuela de Experiencias Vivas, en el cual se forman educadores y educadoras en la metodología de Sistematización de Experiencias, se ha llevado a cabo la investigación que se reporta en el presente capítulo.

Así, el propósito de este texto, será dar cuenta del perfil construido participativamente con educadores y educadoras en la metodología de sistematización de experiencias en el marco de un proceso de investigación, acción educativa. Los resultados evidencian elementos del proceso formativo del enfoque de sistematización de experiencias, los perfiles de las y los educadores en sistematización, los principios y apuestas éticas para mundos posibles, saberes y haceres desde el corazón y prácticas de apapache.

<sup>1</sup> Universidad de Ibagué

<sup>2</sup> Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín

## Referencias Bibliográficas

- Agudelo, A. y Jiménez, L. (2017). Diseño Metodológico proyecto Diplomado Diálogo de Saberes para la Investigación y la Sistematización de Conocimientos Locales. Experiencias Vivas. Fundación Confiar, Universidad Autónoma Latinoamericana
- Henao Morales, L., Mazorco-Salas, J., Pedreros Soler, N., Ruiz Lozano, R. & Varón Matha, L. (2022). Sistematización de una estrategia de apropiación social de la ciencia, tecnología e innovación. Promoción del pensamiento crítico en niños, niñas y jóvenes en instituciones educativas del Tolima. Ibagué, Colombia: Ediciones Unibagué.
- Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos políticos: CINDE.

# Fortalecimiento del Autocuidado y la Resiliencia: Experiencia Educativa Rural en Campos Minados

## Ponente:

Luz Aide Figueroa Zapata - Colombia  
Corporación Universitaria Minuto de Dios  
Uniminuto  
figueroa020663@gmail.com

## Autores

Paula Andrea Gutiérrez López<sup>1</sup>  
Luz Aide Figueroa Zapata<sup>2</sup>

## Palabras Clave

MAP, resiliencia, autocuidado, salud mental.

## Resumen:

La educación rural ha sido un reto para Colombia debido al profundo conflicto armado desde hace décadas y el maestro enfrenta la presencia de grupos armados, la siembra de minas antipersona (MAP), Municiones sin explotar- Trampas Explosivas (MSE/TE), además de las problemáticas en la atención escolar desde currículo hasta la seguridad personal, y la sumisión a las condiciones de los grupos violentos. Adicionalmente, el maestro afronta la deserción y desplazamiento continuo que llevan a mayor pobreza, desestabilidad emocional y riesgos en salud física y mental.

Los niños reconocen estos riesgos y los caminos que transitan, saben del daño y la muerte que causa una mina, y no están exentos de ser dañados. En esta realidad, la maestra de la vereda Puqui Arriba de Puerto Valdivia, Antioquia, a través de un estudio cualitativo y de la Investigación Acción Participante, rediseña sus didácticas de trabajo desde el Modelo de Escuela Nueva que le permitieron una relación cercana de conocimiento e intervención en 30 estudiantes y sus familias a través de talleres lúdico-prácticos en Educación en el Riesgo de Minas (ERM) para fortalecer el autocuidado y la resiliencia como bases para la salud mental de la población afectada por la presencia de MAP.

Los desplazamientos forzosos, masacres y genocidios en la disputa por los territorios, el poder sobre los cultivos ilícitos de grandes narcotraficantes obliga a las familias a trabajar en estos entornos, y el derecho a la educación, a la libertad y al tránsito territorial ha quedado restringido y los niños no pueden, no quieren o no les interesa asistir a la escuela, las consecuencias son más profundas, pues las razones son el temor a enfrentarse con la muerte propia o de su familia, ya que “el conflicto armado “afecta en particular el desarrollo físico mental y emocional de los niños, niñas y jóvenes que los padecen (Romero, 2013) por lo tanto, Betancur et all (2007) proponen pensar el aula como un escenario para la promoción de la resiliencia y el desarrollo de la creatividad para comprender situaciones de alto riesgo y prevenirlas.

<sup>1,2</sup> Corporación Universitaria Minuto de Dios Uniminuto

Ante la problemática, la maestra ejecuta una serie de didácticas, desde la flexibilización curricular con talleres para que los niños reconozcan, acepten y prevengan el peligro, tengan empoderamiento del espacio rural en los entornos de tránsito. Además, desarrollan el pensamiento deductivo y analítico para actuar de manera consecuente con el cuidado de su integridad física y emocional. Así mismo, la familia es el punto de apoyo para intercambiar conocimientos y superar dificultades.

Los 10 talleres desarrollados:

1. Mi mayor tesoro: Mi vida: taller de pintura.
2. Me desplazo seguro y reconozco mi camino. Taller de artes en plastilina y pintura.
3. Caperucita no vuelve por el camino más corto. Elaboración de Cuentos.
4. Juego concéntrese: familia-niños ¿Qué son, Cómo afectan y Cómo reconocer las MAP?
5. No la toco, no juego y comunico: Juego de escondrijo. ¿Qué hacer si ve una MAP?
6. “No juguemos en el bosque mientras la mina está” Ronda.
7. Lucho y Paulina. En mi vereda camino seguro. Cartilla de la Gobernación de Ant, y la Corp. Paz y Democracia con recursos de Plan Integral de Hidroituango.
8. Me cuido, nos cuidan y nos cuidamos: Taller de relajación y meditación para fortalecer la resiliencia.
9. Taller del abrazo: El afecto herramienta para evitar la deserción y depresión.
10. Mapa Didáctico: Taller lúdico de ubicación segura en el mapa de mi vereda.

Conclusiones: se puede destacar el trabajo creativo y acompañamiento de la maestra que llevan a: Reducción de accidentes por MAP, Fortalecimiento del vínculo afectivo y comunicativo familiar, Adopción de comportamientos seguros a través de la lúdica, Restablecimiento de la confianza y la alegría de asistir a la escuela, Menor deserción escolar en el último año.

### Referencias Bibliográficas

- Betancur, Nuby; Gallego, Lina; Marulanda, Marilly; Lopez, Marilly; Muñoz, (2006) Espacios pedagógicos de interacción social : pensar el aula como un escenario para la promoción de la resiliencia infantil, <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/21171?mode=full>
- Romero, F. (2013) El Conflicto armado, escuela, derechos Humanos y DIH, Rev. Análisis político n° 77, Bogotá, enero-abril, 2013: págs. 57 - 84
- Trujillo, J.(2018).Guía del Docente para el desarrollo de actividades de Educación en el Riesgo de Minas. (4ª Ed).Bogotá: Unicef.

# Las capacidades para la crianza y los procesos de educación popular

## Ponente:

Lilliana Villa Vélez - Colombia  
Universidad de Antioquia  
liliana.villa@udea.edu.co

## Autores

Lilliana Villa Vélez<sup>1</sup>  
Fernando Peñaranda Correa<sup>2</sup>  
Gloria Matilde Escobar Paucar<sup>3</sup>  
Miryam Bastidas Acevedo<sup>4</sup>  
Diana Paola Betancurth Loaiza<sup>5</sup>  
Gloria Elena Lopera Uribe<sup>6</sup>

## Palabras Clave

Educación popular, crianza, capacidades.

## Resumen:

Introducción: La educación para la crianza tiene tradición en el campo de la salud que se recoge en la pediatría y puericultura, cuya educación apunta a la lucha contra la morbimortalidad infantil. Por ende, se incorpora una intención educativa para la crianza en algunos programas, tales como: salud materno infantil, lactancia materna, e iniciativas como instituciones amigas de las mujeres y la infancia (IAMI), entre otros. Asimismo, acciones intersectoriales como la estrategia “De Cero a Siempre” y la política “Buen Comienzo” para la atención integral de la primera infancia en Medellín y Antioquia.

Desde la normatividad, los profesionales de la salud se ven abocados a realizar acciones de educación para la salud de manera explícita en la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (Minsalud, 2011), que establece intervenciones que abordan la crianza, como la atención para el cuidado prenatal; la preparación para la maternidad y la paternidad; la atención del parto y la atención del puerperio; la atención para el cuidado y el seguimiento del recién nacido. Además, el Marco Conceptual y Metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales proponen un modelo interestructurante dialogante, fundado en la pedagogía crítica, orientado al desarrollo de capacidades de los educandos en las dimensiones del ser humano: cognitiva, socioafectiva y práxica, en un proceso bidireccional de aprendizaje que fortalezca el pensamiento crítico y permita avanzar en la argumentación e interpretación para solución de problemas.

Propuesta: A partir de la experiencia del grupo de investigación en crianza, se plantea el desarrollo de una propuesta pedagógica que reconoce a los sujetos y desde la educación popular se destaca la mediación del diálogo, la comprensión de las condiciones sociales y culturales de los territorios y la premisa de que su práctica trasciende el aprendizaje de contenidos y requiere el desarrollo de capacidades.

<sup>1,2,3,4</sup> Universidad de Caldas

<sup>5</sup> Universidad de Caldas

<sup>6</sup> Universidad Pablo de Olavide

Abordar lo educativo como un proceso dialogante que respete la diferencia como lo propone el Ministerio, es algo que en el sector salud no se da de manera sistemática porque hay una tradición desde la cual se imponen saberes disciplinares, como se evidencia para el caso de la crianza. Hay vacíos en la construcción y desarrollo de propuestas educativas basadas en promover las capacidades, en la formulación de los objetivos de la educación, en el papel de los contenidos en términos de qué se enseña y cómo se enseña, en los ambientes de aprendizaje, la didáctica – la enseñanza, y la evaluación.

Asimismo, la evaluación de los procesos educativos en el ámbito de la educación popular implica un desafío. La educación formal ha estado centrada en conocimientos y competencias, por lo tanto, su interés se ha enfocado en la evaluación entendida como verificación de resultados y deja de lado el proceso de aprendizaje, esta situación permea las experiencias de educación popular (no formal) y se hace necesario profundizar en la reflexión para transformar las prácticas pedagógicas.

Discusión y conclusiones: Tradicionalmente, la educación en crianza ha estado centrada en temáticas convencionales -seleccionadas por especialistas desde sus conocimientos y experiencias- dirigidas a las familias, en una perspectiva conductual, con el propósito de cambiar prácticas.

Lograr el abordaje comprensivo-crítico propuesto, precisa concebir la salud más allá de la enfermedad, y la crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico (Peñaranda, 2011); una visión que trasciende la concepción biomédica que medicaliza la crianza y replantea procesos de educación tradicionales.

La educación popular como vertiente pedagógica crítica promueve el desarrollo de las capacidades y es una propuesta coherente para los procesos de educación en crianza.

### Referencias Bibliográficas

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). Resolución número 3280 de 2018. Disponible en <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS- orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas. Ministerio de Salud y Protección Social. [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Peñaranda, F. (2011). La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 945-956. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2011000200030&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2011000200030&lng=en&tlng=es).

# Una mirada ampliada para la formación de los/as licenciados/as en educación física en el campo de la salud en Uruguay

## Ponente:

Lucila Guerra Raimonda - Uruguay  
Universidad de la República  
guerralucila98@gmail.com

## Autores

Lucila Guerra Raimonda<sup>1</sup>  
Camila Piñeiro<sup>2</sup>  
María Rosa Corral<sup>3</sup>

## Palabras Clave

Prevención, riesgo, salud, seguridad, sostenible, integral.

## Resumen:

Este trabajo busca presentar una discusión acerca de la formación de licenciados/as en Educación Física en su relación con la salud en el marco del Instituto Superior de Educación Física de la Universidad de la República, al entender que “As políticas públicas de saúde, seja na dimensão da formação, seja na da intervenção, têm importância fundamental nos modos de pensar e agir em saúde” (Carvalho, Freitas y Monteiro, 2013, p. 643).

La Udelar se organiza en 3 áreas de conocimiento, entre las que destacamos el área de las Ciencias de la Salud de la cual el ISEF forma parte. La estructura académica de ISEF se organiza en 4 departamentos, siendo uno el Departamento Académico de Educación Física y Salud (DA EF y Salud). Este nuclea 3 temáticas: Fundamentos Biológicos, Ciencias Sociales y Humanas (CCSSH) y Prácticas Corporales como articuladora de las otras dos.

Tradicionalmente, la EF ha estado vinculada a la racionalidad biomédica, por lo que la incorporación de una mirada proveniente de las CCSSH implicó una innovación en la formación de grado. ¿Cómo se gestan las transformaciones en el currículo de la Licenciatura de Educación Física? ¿Qué aportan las CCSSH al pensar la relación de la EF y la salud? ¿Cuál es el rol que se espera de la EF con relación a la salud y cuáles pueden ser sus aportes en los equipos de salud? ¿Cómo pensar la relación entre cuerpo, salud y política desde la EF? ¿Cuál es el aporte del concepto prácticas corporales para pensar la relación entre EF y salud? Estas son algunas de las preguntas que el equipo docente (enmarcado en el núcleo temático Salud, Cultura y Sociedad del DA EF y Salud) busca contestar para poder repensar la propuesta de formación.

En la búsqueda por repensar el vínculo de la EF con la salud desde las CCSSH en la formación, el equipo docente, nucleado en el grupo de investigación “Estudios socioculturales de las prácticas corporales, la educación física y la salud”, se ha aproximado a la perspectiva de la Salud Colectiva (SC), principalmente desde la corriente brasileña. Esta posibilita desnaturalizar las relaciones hegemónicas de la EF y la salud, al mismo tiempo que propone nuevas formas, contenidos y escenarios donde esta relación tiene lugar (Carvalho, Fraga

<sup>1,2,3</sup> Universidad de la República



y Gómez, 2012). La incorporación de espacios de formación integral, unidades curriculares y/o contenidos en la licenciatura, habilita la circulación de la perspectiva mencionada. Espacios para problematizar y seguir construyendo una perspectiva sociocultural e histórica de la relación EF y salud por su capacidad de producción de subjetividades (Carvalho, et al., 2013).

Tal como aportan Cabrera, Corral, Damián y Delgado (2020) la mirada dominante en los estudiantes de la licenciatura en la relación EF y salud es la biomédica, vinculada a una perspectiva biopolítica, en donde lo humano se reduce a la dimensión biológica, la salud a un estado y la responsabilidad de preservarla al individuo. Presentándose como una mirada universal y neutra que no tiene en cuenta las particularidades de los contextos y las singularidades de los sujetos. Esta mirada se ve legitimada y sustentada por la Organización Mundial de la Salud, la cual imparte políticas públicas (PP) a todos sus estados miembros, permeando y produciendo subjetividades, por ende, perpetuando una mirada hegemónica de pensar y hacer de la EF en el campo de la salud que se supone apolítica y ahistórica.

Ahora bien, en la medida en que la PP de formación produce modos de hacer y pensar en los estudiantes, la perspectiva que circule en la relación EF y salud será productora de prácticas y discursos en el campo de la salud de licenciados/as en EF, por lo que la adopción de un marco teórico-metodológico referencial alternativo, como la perspectiva de la SC, permitirá valorar y resignificar el lugar de la EF en el campo de la salud (Carvalho, et al, 2013).

### Referencias Bibliográficas

- Cabrera, L., Corral, M., Damián, M. y Delgado, V. (2020). Aportes de las ciencias sociales y humanas para pensar la salud en el marco de la formación del licenciado en Educación Física de Uruguay. Una mirada a la salud en los planes de Estudio 2004/2017 de la licenciatura en Educación Física. En Carriquiriborde, N., De La Haye, J. & Renati, M. C. (coord.) Trabajos, comunicaciones y conferencias. Actas del Segundo Encuentro Cuerpo, educación y sociedad Teoría, práctica y formación (pp. 311-317). La Plata, Argentina: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de La Plata. <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/163>
- Carvalho, Y., Freitas, F. y Monteiro, V. (2013). Educação Física e Saúde: Aproximações coma “Clínica Ampliada. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, 35(3), 639-656.
- Carvalho, Y., Fraga, A. y Gomes, M. (2012). Políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva. Trab. Educ. Saúde, 10(3), 367-386.

# Medición del Impacto: Cómo evaluar la efectividad de Programas de Educación Sexual

## Ponente:

Mayra Gómez Lugo - Colombia  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz, SexLab  
mayraa.gomezl@konradlorenz.edu.co

## Autores

Mayra Gómez Lugo<sup>1</sup>

## Palabras Clave

Prevención, riesgo, salud, seguridad, sostenible, integral.

## Resumen:

En Colombia se evidencia una preocupante ausencia de programas de educación sexual integral, y muchos de los que están disponibles carecen de una comprobación adecuada de su eficacia a corto y largo plazo. Esta falta de programas con evidencia probada genera una gran brecha en la educación sexual, lo que puede tener consecuencias negativas en la sociedad y en la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Por ende, el objetivo de esta ponencia es destacar la importancia de contar con programas de educación sexual integral basados en evidencia, para abordar adecuadamente diversas temáticas relacionadas con la sexualidad humana. Se presentarán los resultados de varios estudios realizados en el SexLab-KL enfocados en la formulación de programas de educación y en la efectiva medición de su validez, así se buscará proporcionar a las asistentes una guía para desarrollar programas de educación sexual con criterios óptimos de calidad.

La implementación de estos programas bien fundamentados y evaluados permitirá abordar las problemáticas asociadas a los derechos sexuales y reproductivos de manera más eficiente, contribuyendo así al bienestar y la salud sexual en Colombia. Se espera reflexionar sobre la importancia de la educación sexual basada en la evidencia y su impacto en la sociedad

## Referencias Bibliográficas

- Morales, A., Vallejo-Medina, P., Abello-Luque, D., Saavedra-Roa, A., García-Roncillo, P., Gomez-Lugo, M., ... & Espada, J. P. (2018). Sexual risk among Colombian adolescents: knowledge, attitudes, normative beliefs, perceived control, intention, and sexual behavior. *BMC public health*, 18(1), 1-13.

<sup>1</sup> Fundación Universitaria Konrad Lorenz, SexLab

- Gómez-Lugo, M., Morales, A., Saavedra-Roa, A., Niebles-Charris, J., Abello-Luque, D., Marchal-Bertrand, L., ... & Vallejo-Medina, P. (2022). Effects of a sexual risk-reduction intervention for teenagers: a cluster-randomized control trial. *AIDS and Behavior*, 26(7), 2446-2458.
- Gómez-Lugo, M., Morales, A., Saavedra-Roa, A., Niebles-Charris, J., García-Roncillo, P., Marchal-Bertrand, L., ... & Vallejo-Medina, P. (2020). Psychometric properties of the Colombian version of the HIV attitudes scale for adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4686.

# Telemedicina una estrategia de apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general

## Ponente:

Claudia Cristina Seguanes Díaz - Colombia  
Fundación Universitaria Compensar  
ccseguanesd@ucompensar.edu.co

## Autores

Claudia Cristina Seguanes Díaz<sup>1</sup>  
Alirio Hernández Hernández Tovar<sup>2</sup>

## Palabras Clave

Telemedicina, Educación, Costos, tele orientación, Tele consulta.

## Resumen:

La telemedicina es una herramienta que se ha convertido en una estrategia muy importante para el apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general. Esta técnica de telemedicina consiste en el uso de tecnología para proveer servicios de atención médica a distancia. Esta tecnología es una alternativa viable para las personas que tienen dificultades para acceder a los servicios de atención médica tradicionales.

La telemedicina permite a los médicos y especialistas conectarse con pacientes que se encuentran en diferentes lugares y obtener información acerca de su estado de salud. Además, la telemedicina se utiliza para transmitir información entre médicos y especialistas, lo que puede resultar muy útil en situaciones de emergencia.

El uso de la telemedicina en la enseñanza de la medicina general es especialmente útil para aquellos estudiantes que se encuentran en zonas rurales o alejadas de los centros urbanos. Estos estudiantes pueden tener dificultades para obtener acceso a la educación médica debido a la falta de recursos y tecnología en sus áreas.

Con la telemedicina, estos estudiantes pueden tener acceso a recursos en línea y capacitación a distancia. Además, los médicos que trabajan en áreas rurales pueden tener acceso a la capacitación y asesoramiento de médicos especialistas que se encuentran en los centros urbanos.

La telemedicina también es útil en situaciones en las que el tiempo es esencial. En una emergencia médica, la telemedicina puede proporcionar una respuesta rápida y efectiva, lo que puede salvar vidas.

Analizar el impacto de la implementación de la telemedicina como estrategia de apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general, en términos de la accesibilidad a la educación médica

<sup>1,2</sup> Fundación Universitaria Compensar

**Método:** Diseño de investigación: Para llevar a cabo esta investigación se utilizará un diseño de investigación cuasi-experimental, ya que se pretende analizar el impacto de la implementación de la telemedicina como estrategia de apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general, sin tener control total sobre todas las variables involucradas.

**Población y muestra:** La población de interés son los profesionales de medicina general en áreas rurales y aquellos con dificultades para acceder a los servicios de atención médica tradicionales. La muestra será seleccionada a través de un muestreo aleatorio simple de los pacientes y estudiantes que han utilizado la telemedicina como medio de atención médica o enseñanza en medicina general.

**Instrumentos de recolección de datos:** Se utilizarán cuestionarios para pacientes y estudiantes para recopilar datos sobre su experiencia en el uso de la telemedicina y su percepción de la calidad de la atención médica y la educación médica. También se recopilarán datos sobre la efectividad de la telemedicina en el monitoreo y tratamiento de pacientes.

**Procedimiento de recolección de datos:** Los cuestionarios serán distribuidos en línea o en formato físico, según sea apropiado, a los pacientes y estudiantes que han utilizado la telemedicina. Los datos también se recopilarán a través de entrevistas en profundidad con médicos y especialistas que han utilizado la telemedicina en su práctica médica o enseñanza de la medicina general.

**Análisis de datos:** Los datos se analizarán utilizando estadística descriptiva y análisis inferencial para determinar si existe una relación entre la implementación de la telemedicina como estrategia de apoyo a la enseñanza del servicio de consulta por medicina general y la accesibilidad a la educación médica y la calidad de atención médica. Se utilizarán pruebas estadísticas como análisis de varianza y prueba t de student para analizar las diferencias significativas entre las variables.

### Referencias Bibliográficas

- Claudia Cristina Seguanes diaz, C. L. M. G. (2023). LA teleMediCinA Y LoS PRoFeSionALeS de LA SALUd: SU PAPeL en LA en LA PAndeMiA deL SARS-CoV-2 (CoVid-19 (U. de Nariño (ed.); 1st ed.). file:///C:/Users/usuario/Desktop/Libro\_AVANCES\_AUNAR\_2023.pdf
- Correa-Díaz, A. M. (2017). Avances y barreras de la telemedicina en Colombia. In Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas (Vol. 47, Issue 127). <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v47n127.a04>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución No. 2654 del 2019 Disposiciones para la telesalud y la práctica de la telemedicina en el país (p. 10). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 2654 del 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202654%20del%202019.pdf)

# Enfoque educativo de “Medellín me cuida salud”: una apuesta para la transformación social

## Ponente:

Lina Gómez Lopera - Colombia  
Secretaría de Salud de Medellín  
lina.gomez@medellin.gov.co

## Autores

Lina Gómez Lopera<sup>1</sup>  
Lina Yulieh Bedoya<sup>2</sup>  
Walter Mauricio Gallego Medina<sup>3</sup>  
Kelly Johana Santiago Ramírez<sup>4</sup>  
Edilson Bustamante Ospina<sup>5</sup>  
David Alexander Tavera Borja<sup>6</sup>

## Palabras Clave

Formación, material didáctico, etnosalud, talento humano.

## Resumen:

El programa “Medellín me Cuida Salud”-MMCS, fomenta la cultura de vida sana a través de la gestión del riesgo, prevención de la enfermedad, promoción de la salud, y el acercamiento de los servicios de salud a la comunidad.

La Educación para la Salud, se lleva a cabo a través de la planeación y puesta en marcha de acciones informativas, de sensibilización y educativas, diseñadas pedagógicamente, para que las personas en sus entornos mejoren los conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar para aportar a la transformación de condiciones de vida.

Introducción: La implementación se realiza con equipos territoriales de atención familiar Integral –ETAFIS-, que son estructuras funcionales y organizativas que permiten llevar la oferta integral a las familias e individuos en los diferentes entornos. Están conformados por personal del área de la salud (enfermería, medicina, nutrición, higiene oral, actividad física), social y ambiental, de acuerdo con las necesidades identificadas en los territorios, los resultados de salud esperados y los recursos disponibles para su financiación.

Proceso educativo, método o didáctica: El enfoque educativo de MMCS direcciona intervenciones pedagógicas a través de actividades individuales, grupales y colectivas, teniendo en cuenta el curso de vida y los entornos que define la Política de Atención Integral en Salud –PAIS: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional.

Además, se definen tres alcances de las acciones educativas: Informativo: implica una identificación de necesidades puntuales de información u orientación, que demanda la comunidad o las familias. Para este propósito los profesionales podrán hacer uso o participar en: stands, festivales del bienestar, jornadas de salud. En este alcance solo se hacen acciones informativas.

**Sensibilización:** implica una planeación educativa con identificación de necesidades y capacidades generales de la población participante, un propósito y una evaluación. Para sensibilizar, los profesionales podrán llevar a cabo: talleres experienciales, intervenciones educativas familiares, técnicas interactivas, entre otros.

**Formativo:** implica una planeación educativa con identificación de necesidades y capacidades, propósitos y metodologías y evaluación, directamente con la población participante.

El programa cuenta con una caja de herramientas, que es un instrumento digital que permite la consolidación, consignación y almacenamiento de recursos educativos para consulta y utilización por parte de los profesionales. La secuencia didáctica de las actividades se realiza con la estrategia de las vocales: Acercar, Emocionar, Informar, Obrar y Universalizar.

**Contribución de los resultados - hallazgos:** Se identificó la necesidad de transitar de acciones aisladas hacia procesos que incluyan ciclos formativos que permitan valorar resultados e impactos en salud sobre los individuos y grupos poblacionales.

Se observó la importancia de cualificar los profesionales desde el ser, saber y saber hacer, así como el acompañamiento y seguimiento en campo al recurso humano que hace educación para la salud en el territorio y sus entornos.

**Conclusiones:** Es importante avanzar en el conocimiento de las poblaciones, sus contextos y necesidades para orientar el proceso de educación para la salud que se quiere desarrollar; es decir, partir de las historias, las vivencias y las representaciones sociales, para superar la transmisión de contenidos que además se repiten por diferentes programas en el territorio, saturando a los individuos y poblaciones con información que no tiene eco al estar desconectada de sus realidades y emociones.

## Referencias Bibliográficas

- Secretaría de Salud (2022) Guía general para el diseño, implementación y seguimiento a las acciones de Educación para la salud en el marco del componente de movilización social en salud. Documento de trabajo Secretaría de salud. Alcaldía de Medellín.
- González, E, Guzman, L y Patiño, D. (2008) Los Ambientes de Aprendizaje. En: Fundamentos Teórico prácticos para el diseño de ambientes de aprendizaje y el desarrollo infantil a través de los materiales didácticos y educativos. Medellín: Editorial Gobernación de Antioquia – Universidad de Antioquia.
- Ministerio de Salud Nacional (2018). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS [Sitio en internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS de Colombia, Instituto Proinapsa-UIS. (2014). La ruta de la educación y comunicación para la salud. Orientaciones para su aplicación estratégica. Este material se desarrolló en el marco del Convenio 970 establecido para el desarrollo del Proyecto: Línea 5 –desarrollo de guías de educación para la salud y la movilización social para fortalecer la promoción de la salud en los actores del sistema a nivel territorial.

