



**Educación para la salud (EPS) en la formación de los profesionales de
odontología en Colombia**

Ana María Arias Posada
Santiago Cárdenas Herrera

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Administración de
Servicios de Salud

Asesora
Cecilia María Martínez Delgado, Magíster (MSc) en Dirección Universitaria

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez
Especialización en Administración de Servicios de Salud
Medellín, Antioquia, Colombia

2024

Cita	Arias Posada y Cárdenas Herrera (1)
Referencia	(1) Arias Posada AM, Cárdenas Herrera S. Educación para la salud (EPS) en la formación de los profesionales de odontología en Colombia [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Especialización en Administración de Servicios de Salud, Cohorte XXVIII.



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a nuestras familias por el apoyo que nos brindaron durante este año en el que cursamos la especialización, principalmente a nuestros padres Gloria Estella Posada Muñoz, Harvey Arias Ortiz; Gloria Stella Herrera Posada y padrastro Manuel Felipe Serna, a nuestros abuelos Fabiola Muñoz Munera, Raúl Posada Vásquez y Angela María Posada Zapata, a nuestros hermanos Alejandro Arias Posada y Juan Esteban Cárdenas Herrera y a nuestros compañeros de vida, Andrés Felipe Carvajal Molina y Yesica Julieth Ospina Orozco, quienes son el motor que nos impulsa para seguir mejorando cada día; la motivación para salir adelante y que sin ellos nada de esto sería posible.

En segunda instancia, un agradecimiento franco para nuestra simpática, asesora, amiga y colega Cecilia María Martínez, por compartir con nosotros su conocimiento y sus experiencias, por guiarnos en el presente trabajo de grado; por su calidad humana, paciencia y el cariño durante este proceso académico y personal.

Gracias a nuestros compañeros de especialización, de quienes aprendimos mucho desde sus experiencias profesionales y en particular a William Mauricio Castaño y Yuly Andrea Molina quienes fueron nuestra compañía en todos los trabajos en grupo y quienes hicieron del tiempo compartido momentos muy especiales que perdurarán y permanecerán en nuestros gratos recuerdos. De igual modo, nuestra gratitud a los profesores del posgrado de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, nuestra Alma Mater, por transmitir sus conocimientos en el ámbito académico y enriquecer nuestro aprendizaje desde sus experiencias profesionales y personales.

Gracias a nuestros profesores de pregrado, quienes sembraron una semilla de frenesí por la salud pública y la administración; a mi amiga y colega Diana María Alzate Agudelo quien también me motivó para sacar este proyecto adelante y finalmente, queremos hacer una mención muy especial para nuestra compañera y amiga, que ya no nos acompaña en esta vida terrenal, Bibiana del Rio, pero que siempre su recuerdo permanecerá en nuestros corazones.

Tabla de contenido

Resumen.....	8
Abstract	9
Introducción	10
1 Planteamiento del problema y Justificación	12
2 Objetivos	15
2.1 Objetivo general	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 Metodología	16
3.1 Búsqueda de la información	16
3.2 Criterios de elegibilidad:	17
3.3 Extracción de los datos:.....	17
3.4 Síntesis de datos:	17
4. Marco conceptual	18
5. Marco normativo	23
6. Marco contextual	29
7. Marco teórico	31
7.1 Capítulo 1. Orientación morbicéntrica de los servicios de salud.....	31
7.2 Capítulo 2. Enfoques pedagógicos de la educación para la salud	38
7.2.1 El modelo positivista en el área de la salud	43
7.2.2 Modelo precede- procede	44
7.2.3 Modelo de alfabetización para la salud	45
7.2.4 Modelo de entrevista motivacional (em)	45
7.2.5 Modelo de creencias en salud (mcs)	46
7.2.6 Modelo IEC (Información, Educación y Comunicación).....	47
7.3 Capítulo 3. Estrategias educativas utilizadas en el ejercicio de la EpS	47
7.3.1 Métodos directos o bidireccionales	48

7.3.2 Métodos indirectos o unidireccionales	48
7.3.3 Educación participativa en salud.....	49
8 Discusión.....	50
9 Conclusiones y recomendaciones	53
10. Referencias	56

Lista de tablas

Tabla 1. Variables utilizadas en la elaboración de la base de datos	17
Tabla 2. Marco Normativo Internacional EpS	23
Tabla 3. Marco Normativo Nacional EpS	28
Tabla 4. Oferta universitaria Odontología	29

Lista de figuras

Figura 1. Árbol de problemas	16
---	----

Resumen

Objetivos: Reconocer los enfoques de educación para la salud (EpS) utilizados en la formación de profesionales de la salud bucal en Colombia mediante revisión documental.

Metodología: con base en el árbol de problemas realizado sobre la temática de interés, se elaboró un proyecto monográfico mediante la búsqueda en bases de datos de material bibliográfico sobre educación para la salud, empleando palabras clave en español e inglés. Se eligieron los artículos por medio de criterios de selección y se construyó la monografía en tres capítulos.

Resultados: La deficiente o nula implementación de acciones colectivas, reflejan en un sistema de salud colapsado, centrado en el morbicentrismo, aumento de las patologías prevenibles y sus complicaciones, que a su vez genera sobrecostos y profundiza la crisis actual. La educación para la salud promueve hábitos de vida saludable que pueden transformarse en costumbres, generando impactos positivos en la salud de la población a largo plazo, así como la disminución de consultantes crónicos y sobrecostos al sistema. Es por esto por lo que todos los esfuerzos deben estar direccionados a fortalecer la práctica de la Atención Primaria en Salud (APS) y todas las estrategias educativas en pro del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Conclusiones: El panorama actual de la formación del profesional en salud se queda corto en el desarrollo de habilidades pedagógicas y comunicativas para que quienes laboran en este campo puedan desempeñar su rol de educador y empoderar a la comunidad con respecto a su autocuidado.

Palabras clave: Educación para la salud, salud bucal, educación, modelos pedagógicos en salud.

Abstract

Objectives: To recognize the health education approaches (EpS) used in the training of oral health professionals in Colombia through a documentary review. **Methodology:** based on the problem tree created on the topic of interest, a monographic project was developed by searching databases of bibliographic material on oral health education, using keywords in Spanish and English. The articles were chosen using selection criteria and the monograph was constructed in three chapters. **Results:** The poor or non-existent implementation of collective actions reflects a collapsed health system, focused on morbicentrism, an increase in preventable pathologies and their complications, which in turn generates additional costs and deepens the current crisis. Health education promotes healthy lifestyle habits that can become customs, generating positive impacts on the health of the population in the long term, as well as the reduction of chronic consultants and additional costs to the system. This is why all efforts must be directed towards strengthening the practice of Primary Health Care (PHC) and all educational strategies in favor of improving the quality of life of people. **Conclusions:** The current panorama of health professional training falls short in the development of pedagogical and communication skills so that those who work in this field can play their role as educators and empower the community with respect to their self-care.

Key words: Health education, oral health, education, pedagogical models in health.

Introducción

La educación para la salud (EpS) es un componente esencial en la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de la calidad de vida de las comunidades. En este contexto, la educación para la salud (EpS) se posiciona como una estrategia clave para la mitigación de patologías prevenibles en la población, promoviendo hábitos saludables y prácticas de higiene. La formación de profesionales de salud y en este caso específico de odontología, quienes tienen un papel decisivo en la prevención de enfermedades bucodentales y en la promoción de hábitos favorables a la salud, no solo debe centrarse en el dominio técnico y clínico, sino también en su capacidad para liderar procesos educativos que promuevan el bienestar de sus pacientes.

Este trabajo de grado, elaborado por dos estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública - UdeA de la especialización en Administración en Servicios de Salud, realizó una revisión bibliográfica sobre el rol de la educación para la salud (EpS) en los programas académicos de odontología en Colombia. La exploración de esta información buscó identificar cómo se abordan los conceptos y prácticas de EpS durante la formación académica, y evaluar su alineación con las necesidades de salud pública del país, teniendo en cuenta que la salud bucal sigue presentando alta prevalencia de enfermedades prevenibles como la caries dental y la gingivitis (principalmente en niños) y la enfermedad periodontal (en adultos) generando edentulismo, incapacidades para estudiar y a nivel laboral, amén de su relación con patologías crónicas.

A través de un enfoque que combina el análisis de bibliografía y políticas educativas, esta monografía pretende contribuir a una discusión más amplia sobre la importancia de fortalecer la educación para la salud como un eje transversal en las carreras de ciencias de la salud. De esta manera, se busca no solo responder a las demandas actuales del sistema de salud, sino también promover una formación integral que prepare a los futuros odontólogos para enfrentar los desafíos de salud pública en Colombia, por cuanto la formación de los profesionales de salud incluye competencias

pedagógicas y comunicativas, las cuales son esenciales para ser funcionarios de cambio en beneficio de diferentes grupos poblacionales.

A lo largo del estudio, se exploran los desafíos, oportunidades y avances en la incorporación de la educación para la salud en los programas universitarios. Se construyeron 3 capítulos como puede observarse en el desarrollo teórico del presente trabajo.

1 Planteamiento del problema y Justificación

La educación para la salud (EpS) se define como “la disciplina encargada de orientar y organizar procesos educativos con el propósito de influir positivamente en conocimientos, prácticas y costumbres de individuos y comunidades en relación con su salud” (1) Su importancia radica en su conexión con el buen vivir, es decir, la manera de disminuir riesgos evitables que afecten la salud humana, con información clara, comprensible y oportuna.

Desde la declaración de Alma Ata (2), seguida por la Carta de Ottawa (3) y por la estrategia de Atención Primaria en Salud (4) se sustenta la importancia de la aplicación de acciones de educación para la salud a nivel global. Específicamente en Colombia, en su marco normativo, la Constitución Política de 1991 en su artículo 1° (5) consigna que Colombia es un estado social de derecho; así mismo, la Ley 100 del 93 (6) por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSS), Ley 1438 del 2011 (7) que referencia ampliamente la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la Ley Estatutaria en Salud 1751 del 2015 (8) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.

Pese a lo mencionado anteriormente sobre las regulaciones en materia normativa que avalan la práctica de la APS dentro de todos los sistemas de salud de cada país, en Colombia, el panorama no es muy alentador; una investigación realizada por el grupo Salud y Sociedad de la Universidad de Antioquia (2010), encontró que la EpS tiene un pobre desarrollo teórico en las instituciones encargadas de la formación del personal de salud, no porque las instituciones consideren que no es importante la educación para la salud, sino porque el imaginario colectivo y social referente a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, odontólogos, entre otros) es que se enfoquen en el tratamiento de la enfermedad. Esta visión se sustenta con la extensión horaria de las áreas clínicas en los planes de estudio; *“Además, el actual sistema de salud colombiano está sustentado en un paradigma morbicéntrico y asistencialista que no le da la suficiente relevancia a la EpS. Esto lleva a que algunos profesionales recién formados y con ánimo de impulsar la*

EpS, debido a la presión del sistema, terminen reafirmando el pobre valor que se le da a esta” (9).

La EpS, en nuestro sistema de salud actual, revela insuficiencias; los profesionales de la salud y los educadores de los profesionales en formación pueden reconocer su importancia pero las estrategias o las didácticas utilizadas, en general son prescriptivas, tal y como se forman los estudiantes en las universidades, lo que reproduce su rol como educador en la sociedad sin considerar los contextos y las creencias e imaginarios de las personas y es allí donde se considera que la importancia de la EpS es marginal o inexistente en algunos planes de estudio (10).

En la actualidad, la EpS no se desarrolla de manera satisfactoria, dado que existe una brecha entre la normatividad y su aplicación, por cuanto en el momento de realizar acciones de educación para la salud no se tiene el tiempo suficiente para su correcto desarrollo y por la poca importancia que le dan los profesionales se realizan con insuficiente planeación y de manera improvisada. *“Así, la primacía que en el sistema tiene la garantía de la eficiencia y la rentabilidad económica atenta contra la posibilidad de realizar una EpS de buena calidad. Lo anterior se debe a una mirada de corto plazo, y la presión se centra en hacer las actividades más rentables, por lo cual se limitan la disponibilidad de tiempo y de talento humano, así como las acciones de capacitación” (9)* delegando así la responsabilidad en el personal auxiliar y disociando el rol de educadores de los profesionales, quienes tienen las bases científicas para el correcto desarrollo de ese accionar.

Algunos autores ven la problemática desde una índole pedagógica, en donde prima *“el modelo tradicional de educación, de corte informativo, conductista o persuasivo-comunicacional, con imposición de contenidos y posiciones poco dialógicas y democráticas” (11)*, en el cual el profesional es quien tiene la “verdad absoluta” y el paciente, por su calidad de enfermo, debe limitarse a escuchar y seguir instrucciones, anulando así toda posibilidad de diálogo de saberes culturales e ignorando los determinantes sociales.

Es por esto por lo que se debe enfatizar en la formación de los profesionales en las áreas de la salud para que se sensibilicen del valor que tienen en la sociedad como agentes educadores en salud, porque, aunque se conoce la importancia de la EpS en la salud pública, en la mayoría de los planes de estudio del área de la salud, se ve como una actividad marginal respondiendo a la necesidad actual del sistema de salud, de una respuesta.

Por consiguiente, se debe plantear una formación basada en el desarrollo del pensamiento con criterios y reflexiones adecuadas para tomar decisiones correctas, con conciencia y coherencia en busca de la transformación social y darle el sentido a la vida misma y de los demás; en este orden de ideas, sobre este enfoque se adoptaría una educación para la salud, con base en una pedagogía con principios éticos y de justicia social (12).

Analizar cómo se ha venido desarrollando y qué es lo que realmente se busca al realizar la EpS, dará una base teórica, que permita generar más conciencia en los profesionales, así como en las instituciones de educación superior y prestadoras de servicios de salud bucal. La pregunta por responder es: ¿Cuáles son los enfoques educativos utilizados en la educación para la salud durante la formación de los profesionales de la Odontología?

2 Objetivos

2.1 Objetivo general

Reconocer los enfoques de educación para la salud (EpS) utilizados en la formación de profesionales de la salud bucal en Colombia mediante revisión documental

2.2 Objetivos específicos

Identificar los modelos de salud que han existido hasta la fecha mediante conceptos claves en salud y revisión documental.

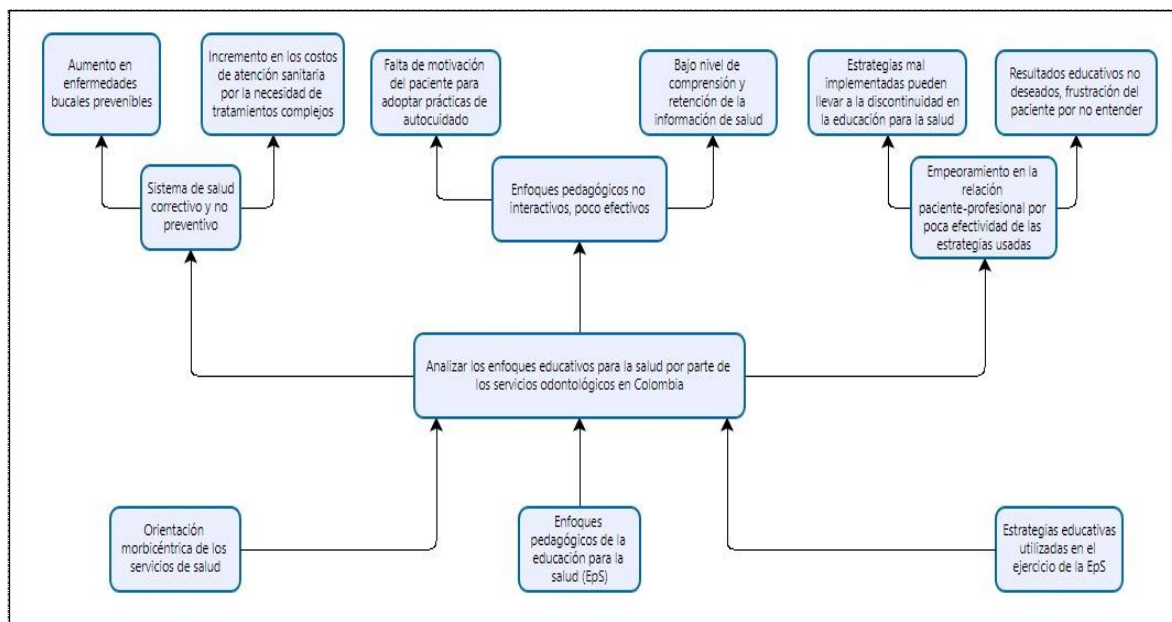
Describir los enfoques y modelos de educación para la salud (EpS) utilizados durante la formación de pregrado en odontología en Colombia.

Exponer las estrategias educativas utilizadas en el ejercicio de la educación para la salud por medio de los métodos esgrimidos en salud.

3 Metodología

Con base en el árbol de problemas elaborado sobre la educación para la salud se encontraron puntos críticos necesarios de develar sobre lo que ha sido su devenir histórico, los enfoques pedagógicos utilizados y sus respectivas estrategias educativas.

Figura 1. Árbol de problemas



3.1 Búsqueda de la información

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, ScienceDirect, Scielo y Lilacs empleando palabras clave en español e inglés. La combinación de palabras clave y términos MeSH facilitaron la consecución de evidencia científica relacionada con educación, educación médica, promoción de la salud y como se evidencia el impacto de la educación para la salud sobre las enfermedades no transmisibles.

3.2 Criterios de elegibilidad:

Se incluyeron artículos desde 2010 hasta 2024 tanto publicaciones originales como monografías y literatura gris para la construcción del marco teórico, pero para el marco normativo se tuvo en cuenta la bibliografía desde la declaración de Alma Ata (2) y la Carta de Ottawa (3).

3.3 Extracción de los datos:

Se elaboró una base de datos en Excel que contempló las siguientes variables:

Tabla 1. Variables utilizadas en la elaboración de la base de datos

Título del artículo	Año de publicación	Autores	Objetivo	Conclusiones
---------------------	--------------------	---------	----------	--------------

3.4 Síntesis de datos:

Por ser una investigación teórica (monografía) las conclusiones de los documentos consultados se consolidaron en capítulos que dan cuenta de lo que ha significado la educación para la salud en la formación de pregrado de Odontología, extrayendo de los textos las definiciones de los términos, si ha habido cambios de dichos términos a través del tiempo e identificar los métodos y metodologías utilizadas en la formación universitaria de odontología.

4. Marco conceptual

Alfabetización en Salud (AS): Capacidad de una persona para acceder, comprender, evaluar y utilizar información relacionada con la salud, con el fin de tomar decisiones que promuevan su bienestar.

Aprendizaje Significativo: Tipo de aprendizaje en el que la persona integra nuevos conocimientos basándose en experiencias previas, facilitando su aplicación práctica en la vida cotidiana.

APS (Atención Primaria en Salud): Estrategia fundamental para garantizar el acceso equitativo a servicios básicos de salud, enfocada en la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención comunitaria.

Autocuidado: Capacidad y disposición de las personas para gestionar su salud de manera proactiva, tomando decisiones informadas y realizando prácticas preventivas.

Autonomía y Autogestión: Habilidad de una persona para analizar, reflexionar y gestionar su propio aprendizaje y bienestar, liderando procesos educativos en temas de salud

Biologicismo: Enfoque médico que privilegia exclusivamente los aspectos biológicos del proceso salud-enfermedad, dejando de lado factores sociales, culturales y psicológicos.

Calidad de Vida: Estado de bienestar general que abarca la salud física, mental y social, influido por factores como educación, entorno, relaciones sociales y economía.

Capacitación: Proceso de formación estructurada que busca dotar a las personas de herramientas y conocimientos para mejorar sus habilidades y aplicarlos en su vida diaria.

Cursos y Seminarios: Formaciones estructuradas que permiten profundizar en temas específicos, favoreciendo el desarrollo de competencias avanzadas en salud.

Determinantes sociales de la salud: Factores sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en la salud de los individuos y comunidades

Dialogo de saberes: Intercambio y reconocimiento de conocimientos entre el paciente y el profesional de la salud, integrando aspectos culturales y científicos en el proceso de atención.

Educación Formal e Informal: La educación formal incluye estrategias planificadas como clases y seminarios, mientras que la informal comprende métodos espontáneos como charlas o actividades comunitarias.

Educación Integral: Proceso pedagógico que aborda aspectos cognitivos, emocionales y sociales para fomentar el desarrollo completo de la persona y su relación con el entorno.

Educación para la Salud (EpS): Estrategia que busca capacitar a la población en hábitos saludables y prevención de enfermedades, con un enfoque equitativo y colectivo.

Educación Participativa en Salud: Modelo educativo que fomenta la interacción activa y el diálogo, promoviendo la solidaridad y la colaboración para resolver problemas de salud en grupo.

Entrevista Motivacional (EM): Técnica de comunicación colaborativa diseñada para aumentar la motivación del paciente hacia cambios positivos en su comportamiento, basada en la empatía y la autonomía.

Hábitos Saludables: Prácticas cotidianas que contribuyen al bienestar físico y mental, como la actividad física regular, la alimentación balanceada y el autocuidado.

Historia Natural de la Enfermedad (HNE): Modelo que describe el desarrollo de una enfermedad desde su interacción inicial con factores sociales, biológicos y ambientales hasta sus manifestaciones clínicas y resolución.

Información y Difusión: Estrategias de comunicación masiva enfocadas en transmitir conocimientos a grupos específicos, utilizando canales accesibles como redes sociales o medios de comunicación.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Entidades encargadas de brindar atención médica a la población, incluyendo la ejecución de actividades relacionadas con la educación para la salud.

Juicio Crítico: Habilidad reflexiva que permite analizar y evaluar situaciones de manera racional y fundamentada, esencial en la formación de profesionales de la salud.

Medios Mixtos: Recursos educativos que combinan elementos visuales, sonoros y textuales, como redes sociales, para maximizar el impacto y la difusión de contenidos.

Medios Sonoros: Plataformas auditivas, como podcasts o programas radiales, que permiten difundir información de salud de manera accesible y con gran alcance.

Medios Visuales: Herramientas de comunicación como folletos, imágenes y pancartas que buscan captar la atención y transmitir mensajes de forma gráfica y efectiva.

Métodos Directos o Bidireccionales: Estrategias educativas que implican una interacción activa y cercana entre educador y educando, facilitando el diálogo y la retroalimentación. Ejemplos incluyen clases y charlas.

Métodos Indirectos o Unidireccionales: Formas de comunicación donde el especialista transmite información sin interacción directa con el público, utilizando medios como televisión, internet o folletos.

Modelo biomédico: Enfoque médico que centra su atención en las patologías, la fisiología y la bioquímica del cuerpo humano, relegando los aspectos sociales y psicológicos.

Modelo Constructivista: Enfoque pedagógico que considera que el conocimiento se construye activamente a través de la interacción con el entorno y la reflexión sobre experiencias, promoviendo el juicio crítico y analítico.

Modelo de Creencias en Salud (MCS): Teoría que explica cómo las creencias individuales influyen en las decisiones de prevención, diagnóstico y tratamiento, abordando factores como susceptibilidad percibida, beneficios y barreras.

Modelo histórico-social: Modelo explicativo de la salud y la enfermedad que incorpora factores como las clases sociales, los modos de producción y el contexto histórico para entender las disparidades en salud.

Modelo IEC (Información, Educación y Comunicación): Estrategia que combina la difusión de información, la educación y la comunicación para fomentar cambios sostenibles en la salud mediante el desarrollo de habilidades y conocimientos en la población.

Modelo Positivista: Método pedagógico que se basa en la adquisición de conocimientos objetivos y científicos mediante la observación, experimentación y aplicación de principios verificables en la práctica clínica.

Modelo precede- procede: definido como un modelo teórico y práctico con enfoque educativo y ecológico para planear y evaluar intervenciones en salud.

Modelo sistémico: Paradigma que considera al ser humano como un sistema complejo e integrado, influido por la interacción de factores biológicos, sociales y ambientales.

Morbicentrismo: Orientación del sistema de salud que prioriza la atención y resolución de enfermedades por encima de la prevención y promoción de la salud.

Normatividad: Marco legal y regulaciones que rigen el diseño e implementación de actividades en salud, como políticas públicas enfocadas en la educación y promoción de la salud.

Pensamiento Crítico: Capacidad para analizar y evaluar información de forma reflexiva y fundamentada, esencial para la toma de decisiones en salud.

Prevención de la Enfermedad: Conjunto de acciones destinadas a evitar la aparición de enfermedades o minimizar sus consecuencias, mediante intervenciones específicas como vacunación, educación y promoción de estilos de vida saludables.

Promoción de la Salud: Estrategia que busca capacitar a las personas y comunidades para aumentar el control sobre los determinantes de la salud y mejorar su bienestar general.

Rentabilidad social: Responsabilidad de las instituciones de salud para mejorar el bienestar de la población en su entorno, más allá del beneficio económico.

Salud: Según la OMS (1948), es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Salud-enfermedad: Proceso dinámico y dialéctico influido por factores biológicos, sociales, históricos y culturales, que no puede ser reducido exclusivamente a un enfoque individualista.

Salutogénesis: Modelo que se centra en los factores que promueven la salud y el bienestar, en lugar de enfocarse exclusivamente en la enfermedad.

Sensibilización: Estrategia educativa que busca despertar interés y motivar a las personas hacia un tema específico mediante actividades informales como talleres o charlas.

Sistema de salud: Conjunto de instituciones, recursos y personas dedicadas a garantizar la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud, cuyo enfoque puede variar entre lo morbicéntrico y lo salutogénico.

Talleres: Actividades educativas prácticas diseñadas para explorar y aplicar conocimientos en un ambiente participativo y dinámico.

5. Marco normativo

A nivel internacional, la OMS y la OPS han tratado la educación para la salud en diferentes conferencias en el marco de la promoción de la salud, tales como:

Tabla 2. Marco Normativo Internacional EpS

Conferencia internacional	Fecha	Referencia de EpS	Interpretación
Declaración de Alma Ata (2) “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”	6 al 12 de septiembre de 1978	<i>“Es esencial la promoción de la salud mediante una educación adecuada a nivel de las comunidades, para permitir la participación plena en el cuidado de su salud.”</i>	La educación para la salud es clave para empoderar a las comunidades, facilitando su involucramiento en la mejora de su bienestar y acceso a servicios de salud.
Conferencia de Ottawa (3) “Salud para todos en el año 2000”	21 de noviembre de 1986	<i>“El reforzamiento de la acción comunitaria. El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera”</i> <i>“El desarrollo de las aptitudes personales. La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione</i>	En la carta de Ottawa, se menciona a la Educación para la Salud en varios ítems argumentativos que refuerzan la validez de la misma como estrategia fundamental en la promoción de la salud. No solo relacionada con la educación que se imparte desde los profesionales en salud hacia la comunidad en general, sino también en la necesidad latente de dar un giro a la manera de practicar la medicina, a la forma de educar a los profesionales en salud y a la apuesta al desarrollo de la investigación en el campo de la salud pública.

información, educación sanitaria y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida.”

“La reorientación de los servicios sanitarios. *exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional.”*

“irrumper en el futuro. *La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo.”*

Conferencia de Adelaida (13). “políticas a favor de la salud”	1988	<i>“Las instituciones de enseñanza deben responder a las actuales necesidades de una nueva salud pública reorientando los actuales planes de estudio para incluir en ellos las habilidades de capacitación, mediación y defensa.”</i>	En la conferencia de Adelaida se retoman las propuestas de la declaración de Alma Ata y la carta de Ottawa y se reafirma el compromiso adquirido como sociedad de trabajar en pro de la salud para todos. Se enfatiza en que es necesario que se establezcan políticas a favor de la salud (que es uno de los ítems de la carta de Ottawa y que en ella consideran que es la que puede unir a todos los actores involucrados). De igual manera, se retoma la importancia del desarrollo de habilidades esenciales en el personal de salud para desempeñar su rol de educadores en la sociedad y la incidencia que tienen las instituciones de formación profesional en las directrices que estos proporcionan.
Conferencia Sundsvall (14)	1991	<i>“Para muchos la educación no existe o es insuficiente, o bajo sus formas actuales no les brinda los medios para poder actuar. Millones de niños no tienen acceso a la educación básica y, por tanto, tienen pocas esperanzas de un futuro mejor.”</i>	En esta conferencia se hace hincapié en que la educación es un derecho fundamental para todos los seres humanos y que es el medio propicio para el empoderamiento de la comunidad hacia el cuidado de su salud.

“los participantes en la Conferencia definieron las cuatro estrategias clave de la salud pública más adecuadas para promover la creación de medios propicios a nivel de la comunidad de la manera siguiente: ... dar a las comunidades y a las personas los medios para administrar su propia salud y su entorno mediante la educación y diferentes medidas para facultarlas.”

“Los participantes en la Conferencia reconocieron, en particular, que la educación es un derecho fundamental del hombre y la clave de los cambios políticos, económicos y sociales que se requieren para que todos puedan aspirar a la salud.”

“El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y el empoderamiento de la gente y las comunidades.”

“La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere un acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios. Tanto la comunicación tradicional como los nuevos medios de información apoyan este proceso.”

Algunas de las prioridades para la alianza mundial en pro de la promoción de la salud:

“• acumular conocimientos sobre las mejores prácticas

En esta, se dimensiona la importancia de los determinantes sociales en salud y el equilibrio que debe existir en todas las esferas que implica la vida de un ser humano; sobre todo, hace un especial énfasis en la interdependencia existente entre la salud y la preservación del medio ambiente.

En la conferencia de Yakarta, se propone fortalecer el desarrollo de la Atención primaria en salud por medio de la estrategia de la promoción de la salud y la educación. Allí se hace énfasis en que es muy importante que las comunidades tengan fácil acceso a la información en materia de salud, sobre prácticas y estilos de vida saludables para la aplicación y empoderamiento de las personas que conlleve a una política de autocuidado y que se practique en la comunidad en general.

Conferencia de Yakarta. “Para adaptar la promoción de la salud al siglo XXI” (15)

21-25 de julio 1997.

de

de

• *posibilitar el aprendizaje compartido*”

Conferencia de Ciudad de México. (16) “Promoción de la salud: hacia una mayor equidad.”	5 al 9 de junio de 2000	de	“Fortalecimiento de la <i>“teoría y la práctica” de promover la salud ...</i> <i>desarrollo de la capacidad de la comunidad que se basa en el buen acceso a la información sobre los factores determinantes de la salud y las infraestructuras de apoyo, incluido el adiestramiento;</i> <i>· el desarrollo de recursos humanos por medio de la educación, el adiestramiento y el intercambio de experiencias. Las universidades y otras instituciones educativas tienen una función de vital importancia al asegurar que una amplia gama de profesiones tenga contacto con los conceptos y estrategias de promoción de la salud (incluyendo sin carácter limitativo las profesiones de salud);</i>	De la conferencia de la ciudad de México se resalta un aspecto muy importante para el desarrollo de las políticas en materia de salud pública y de promoción de la salud y es que no solo es importante el acceso a la información y empoderamiento de las comunidades, sino la educación en estos temas y la inclusión en los pensum de las universidades de la salud colectiva, APS y salud pública. Ya que, finalmente, son esos profesionales formados en salud, quienes aportaran sus conocimientos en pro de mejorar la salud de la población y modificar esos hábitos nocivos para la misma.
Conferencia de Bangkok. “Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria” (17)	7-11 de agosto de 2005	de	“La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así esta.”	En la conferencia de Bangkok se tratan aspectos relacionados con la importancia de realizar promoción de la salud en las comunidades para atacar las desigualdades sociales y los determinantes de la salud. Se evalúan y replantean aspectos que en un inicio no se tuvieron en cuenta por los avances de la época (20 años desde la Carta de Ottawa y realidad de un nuevo siglo). En cuanto a la EpS, se sigue teniendo en cuenta como estrategia fundamental para el refuerzo de estilos de vida saludables y el empoderamiento de la comunidad con su salud.
Conferencia de Nairobi. “Llamada a la acción” (18)	26 al 30 de octubre del 2009	de	“Fortalecer la alfabetización en salud es fundamental para que las personas y comunidades puedan tomar decisiones informadas sobre su	Destaca el papel de la alfabetización en salud como herramienta esencial para empoderar a las personas en la toma de decisiones informadas,

salud, reconociendo la importancia de la promoción de la salud como un derecho humano.” El “Llamado a la acción de Nairobi” establece la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, con un enfoque en el liderazgo para promover la salud en todos los sectores.

integrando los conceptos de derechos humanos y equidad.

Esta conferencia destaca la necesidad de integrar la educación para la salud dentro de una estrategia global que movilice a diferentes actores sociales y fomente la participación comunitaria para un cambio sostenible en los sistemas de salud.

Declaración política de Río sobre los determinantes sociales (19)	2011	<i>“La educación es un determinante social clave para lograr la equidad en salud, y debe integrarse en las políticas públicas como un medio para abordar las desigualdades.”</i>	Posiciona la educación como una herramienta fundamental para reducir las inequidades sociales y fomentar la equidad en el acceso a la salud.
Declaración de la ONU sobre enfermedades no transmisibles	2012	<i>La educación para la prevención debe ser prioritaria en la lucha contra las enfermedades no transmisibles.</i>	Refuerza la importancia de la educación para prevenir enfermedades como la diabetes, hipertensión y otras relacionadas con estilos de vida poco saludables.
Conferencia de Helsinki (20)	10 al 14 de junio de 2013	<i>“La educación para la salud debe promoverse en todas las políticas, considerando los determinantes de la salud y fomentando la equidad.”</i> El “Compromiso de Helsinki” subraya la importancia de la promoción de la salud a nivel global, enfocándose en fortalecer las políticas públicas que faciliten la educación y la conciencia sobre la salud.	Plantea la educación como un enfoque intersectorial que debe integrarse en todas las políticas públicas para lograr equidad en salud. Se resalta la necesidad de construir entornos saludables mediante la educación de la comunidad, lo que incluye promover la educación para la salud como un derecho básico y parte esencial de la política pública.
Documento 'El futuro que queremos'	del 20 al 22 de junio de 2012	<i>La educación en salud es esencial para el desarrollo sostenible y debe garantizar el acceso equitativo a información y servicios de salud.</i>	Resalta que la educación para la salud está vinculada a los objetivos de desarrollo sostenible, promoviendo equidad y acceso universal.
Conferencia de Shanghái (21) “Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los objetivos de desarrollo sostenible”	2016	En la Declaración de Shanghái se menciona que la promoción de la salud debe formar parte integral de las respuestas nacionales para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.	Impulsa a los gobiernos a integrar la educación para la salud en las políticas nacionales y locales, y fomentar el empoderamiento de la población a través de la educación en salud para lograr cambios sostenibles.

10.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (22) “sociedades del bienestar”	del 13 al 15 de diciembre del 2021	La Declaración de la Conferencia reafirma la promoción de la salud como un enfoque central para garantizar la salud y el bienestar, promoviendo la educación para la salud a través de programas accesibles.	Se aboga por la implementación de programas de educación para la salud en la comunidad y en las instituciones, asegurando su accesibilidad para todas las poblaciones y fortaleciendo los sistemas de salud globales.
---	------------------------------------	--	---

La educación para la salud no está definida literalmente en la normatividad existente en Colombia. Comúnmente, la educación para la salud se entiende como una de las estrategias de la promoción de la salud y así se ve reflejado en algunas normativas como:

Tabla 3. Marco Normativo Nacional EpS

Normativa nacional	Fecha	Referencia de EpS	Interpretación
Ley 1438. por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones (7)	2011	<i>Fortalecer las estrategias de promoción y prevención mediante programas de educación para la salud en todas las edades.</i>	Establece la educación como una estrategia esencial para fomentar hábitos saludables y prevenir enfermedades en el sistema de salud colombiano.
Resolución 3280 de Colombia (23)	2018	<i>Promoción de estilos de vida saludables a través de programas educativos con la participación activa de la comunidad.</i>	Establece la educación en salud como un eje clave para promover el autocuidado y el involucramiento comunitario en estrategias de salud pública.
Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (24)	2022	Fortalecer la educación para la salud desde un enfoque intercultural, inclusivo y sostenible que permita reducir las desigualdades en el acceso al bienestar.	Propone una educación adaptada a la diversidad cultural y sostenible, con un enfoque en la equidad y la inclusión para reducir brechas en salud pública.

6. Marco contextual

En Colombia el Ministerio de Educación Nacional (MEN) regula la prestación del servicio educativo en todos los niveles de formación. Según consulta en la página web de la dependencia oficial “Las Instituciones de Educación Superior (IES) son las entidades que cuentan, con arreglo a las normas legales, con el reconocimiento oficial como prestadoras del servicio público de la educación superior en el territorio colombiano”(25) y se clasifican según su carácter académico (A) y su naturaleza jurídica (B). Según su carácter académico se catalogan como instituciones técnicas profesionales, tecnológicas, instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y universidades.

Todas ellas ofertan distintos programas correspondientes a las áreas de la salud, la mayor parte de ellos en la modalidad de pregrado, programas que a su vez deberían tener en sus planes de estudio la Educación para la Salud (EpS), por cuanto es tarea inaplazable compartir conocimientos que ayuden a conservar la salud, a disminuir daños prevenibles y a evitar las muertes por estas mismas causas. Así mismo, hay programas de orden técnico y tecnológico que forman personal auxiliar que cumple funciones de educadores en salud.

Existen en el país 31 programas de odontología agrupados en la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO). En la siguiente tabla se puede observar las universidades e instituciones de educación superior que ofertan este programa en Colombia.

Tabla 4. Oferta universitaria Odontología

Orden	Nombre de la institución	Ciudad de oferta	Naturaleza	N° semestres
1	Universidad de Antioquia	Medellín	Pública	10
2	Universidad CES		Privada	10
3	Universidad Cooperativa de Colombia UCC	Medellín	Privada	10
4		Bogotá		
5		Villavicencio		
6		Pasto		

7	Institución Universitaria Visión Américas	Medellín	Privada	10
8		Armenia		
9	Universidad de Cartagena	Cartagena	Pública	10
10	Corporación Universitaria Rafael Núñez	Cartagena	Privada	10
11	Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainum"	Cartagena	Privada	10
12		Montería		
13	Universidad Nacional de Colombia	Bogotá	Pública	10
14	Pontificia Universidad Javeriana	Bogotá	Privada	10
15		Cali		
16	Institución Universitaria Colegios de Colombia Unicoc	Bogotá	Privada	10
17		Cali		
18	Universidad El Bosque	Bogotá	Privada	10
19	Universidad Autónoma de Manizales	Manizales	Privada	10
20		Bogotá		
21		Bucaramanga		
22		Neiva		
23	Universidad Antonio Nariño	Palmira	Privada	10
24		Popayán		
25		Villavicencio		
26	Universidad Santiago de Cali	Cali	Privada	10
27	Universidad del Valle	Cali	Pública	10
28	Universidad del Magdalena	Santa Marta	Pública	10
29	Fundación Universitaria Área Andina	Pereira	Privada	10
30	Universidad Metropolitana	Barranquilla	Privada	10
31	Universidad Santo Tomás de Aquino	Bucaramanga	Privada	10

En todos los programas se declaran prácticas extramurales con diferentes enfoques y diferente duración con el propósito principal de llevar información sobre salud bucal con carácter preventivo; también en muchas facultades se desarrollan prácticas con carácter intervencionista.

7. Marco teórico

7.1 Capítulo 1. Orientación morbicéntrica de los servicios de salud

En la actualidad, la mayoría de los sistemas de salud a nivel global, presentan una orientación predominantemente morbicéntrica, es decir, con un enfoque en la enfermedad. Esta orientación se refleja en la manera en que se diseñan y se implementan las políticas de salud, priorizando el tratamiento de patologías por encima de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Para un mejor entendimiento del lector, inicialmente se definirán algunos conceptos que se consideran relevantes para el desenlace del escrito. El primer concepto a definir es el concepto salud - enfermedad, que se remonta históricamente desde las antiguas civilizaciones Griegas con Hipócrates, quién consideraba que: *“una buena salud se presenta cuando los elementos constitutivos de la naturaleza (sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra) están debidamente equilibrados”*; de igual manera Galeno argumentaría más tarde que: *la ausencia de dicho equilibrio se traduce en enfermedad*”(26).

Así mismo muchos otros autores y organizaciones sociales han debatido el concepto, unos desde las ciencias naturales, otros desde las ciencias sociales, obteniendo consensos y disensos. Es así como la salud ya no se define únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 1948). Sin embargo, el sistema de salud actual sigue operando predominantemente bajo un paradigma biomédico que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas, a menudo ignorando todos aquellos factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de los individuos y las comunidades.

Dicho concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo; la preocupación por tener bienestar y presentar ausencia de enfermedad es algo universal en todas las culturas y

sociedades, es por esto por lo que todas las personas se movilizan en busca de ayuda ante una situación de enfermedad, ya sea donde un profesional de la salud biomédico (médico, odontólogo) o donde un experto en medicina alternativa (curandero, brujo, chaman) dependiendo de sus creencias religiosas y aspectos socioculturales (27).

El proceso salud enfermedad es dialéctico y dinámico, es decir, cambiante de acuerdo con el contexto histórico, económico y cultural con tensiones entre las ciencias naturales y las ciencias sociales, por tanto, la noción de salud es amplia y compleja y no es patrimonio exclusivo de ninguna disciplina; es opuesto a lo estático, a lo inanimado, y en tal sentido, brinda la posibilidad de ser abordado desde diferentes áreas del saber (28).

Por otro lado, la enfermedad, también es un término controvertible; según los autores Almeida Filho y Rouquayrol (2008), se han identificado cuatro modelos explicativos sobre la enfermedad. El primero de estos es el modelo mágico-religioso que propone a la enfermedad como el resultado de un castigo divino o maldición proveniente de fuerzas externas sobrenaturales (dioses, espíritus) (29).

El segundo modelo es el biomédico; concibe a la enfermedad como consecuencia de la agresión de un agente etiológico a un organismo; un desorden en los mecanismos de adaptación del organismo o una nula reacción a los estímulos provocaría una perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo. Por tanto, se puede afirmar que en este modelo prima el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades y privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas (29).

El tercer modelo que los autores tratan es la Historia Natural de la Enfermedad (HNE) y en él se menciona que el agente patógeno no es capaz por sí solo de provocar la enfermedad y que requiere de la interacción del medio y de los determinantes sociales para la aparición de patologías. Con este planteamiento es posible afirmar que el modelo de HNE simboliza un avance en comparación con el modelo biomédico en la medida que reconoce a la salud-enfermedad como un proceso multicausal (29).

El cuarto modelo es el modelo Histórico-social; en este se incluyen como factores predisponentes las clases sociales, los modos de producción y el contexto histórico que se ostentan según el grupo poblacional. Fue viable establecer estos factores por la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, en el que se evaluaba el tipo de agente patógeno responsable de la afección y su factor de virulencia. Por esta razón, incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad (29).

El último de los modelos tratados por dichos autores (Almeida Filho y Rouquayrol (2008)), es el modelo sistémico. Este nuevo paradigma se sustenta entre otras en la teoría de los sistemas y en concepciones Aristotélicas de causa y efecto y que todo entero hace parte de uno mayor. El modelo de sistemas pretende respaldar que no es posible fragmentar un organismo en la individualidad de sus órganos, sino que incluye como resultado de la causalidad de la enfermedad la interacción de ese sistema (ser humano), con el agente patógeno y el ambiente. Entendiendo que esa persona y su sistema no es igual a otro, porque la respuesta ante el estímulo es diferente en cada sujeto. Este último no pretende negar las concepciones de otros modelos, sino que se incluya a esos conocimientos la interacción del entorno que hace más complejo y multifactorial el proceso salud-enfermedad (29).

Actualmente se tienen dos posturas en la práctica de la medicina; el modelo biomédico se centra en las patologías, la fisiología y la bioquímica del cuerpo humano, relegando a un segundo plano los aspectos sociales y psicológicos, mientras que el modelo integral reconoce la interacción compleja entre el entorno social, económico y físico, promoviendo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y de estilos de vida saludables.

Aislar estas dos visiones del concepto de salud y enfermedad no es posible porque no se puede fraccionar el cuerpo del ambiente, ni de la naturaleza, ni mucho menos de la psique. Los seres humanos somos interdependientes de otros y es por esto por lo que no se puede comprender al hombre sin contemplar el contexto en el que habita; Si se va más allá, la palabra humano es de origen latín *humanus*, formada por *humus* que significa

tierra, y el sufijo *anus* indica procedencia de algo. Desde un concepto ontológico, el ser humano es un ser evolutivo, ya que ha pasado por diferentes transformaciones sociales y culturales.

Muchos filósofos han tratado de definir al ser humano desde su perspectiva; para los presocráticos el hombre en su aspecto subjetivo es un sujeto cognoscente, voluntario o moral y en su aspecto objetivo, una porción del cosmos. Platón definía al hombre en forma jocosa como un “*bípedo implume*” que se refiere a un animal de dos pies sin plumas. Los estoicos y luego los escolásticos pensaban que el hombre es un animal razonable; Para Aristóteles, el hombre es un animal político que habla. Rabelais menciona que el hombre es un ser que ríe, Descartes, un ser que piensa, Kant, un ser que juzga; Marx, un ser que trabaja y para Bergson un ser que crea.

Todas estas definiciones son limitadas porque no abarcan la realidad humana con fidelidad ni justicia; porque no es posible definir al hombre por su quehacer, sino por lo que es. El ser humano es humano en tanto es un ser biológico y necesita de la naturaleza para poder vivir; de la relación necesaria con la naturaleza es que se elimina el concepto de individuo, pues el ser humano requiere de muchos otros seres vivos para sobrevivir, por esto se afirma que es un ser social por naturaleza.

Volviendo al concepto salud-enfermedad, es así como se conjuga la parte biológica, social, individual y colectiva; de acuerdo con esto, el proceso salud-enfermedad a pesar de ser individual, va más allá de lo singular ya que abarca los determinantes sociales de la salud (26).

Observamos que, bajo un rasgo dominante como es el biologicismo, se genera una orientación curativa, histórica, cultural e individualista, resultando en una relación médico-paciente asimétrica que no tiene en cuenta el conocimiento del paciente ni sus referencias socioculturales, dando un sentido negativo en la comunicación excluyendo criterios no científicos con dimensiones culturales, dando importancia solamente a la racionalidad científico-técnica del profesional de la salud. Se debería ir más allá de las explicaciones basadas en lo biológico y en lo individual y esto no implica negar la biología,

sino mirar los fenómenos biológicos dentro de sus contextos sociales y examinar las constantes relaciones mutuas entre lo social y lo orgánico en múltiples niveles (29).

Cuando se entiende a profundidad estas concepciones, es cuando es posible entablar una adecuada relación médico-paciente, donde se permita aprender de esos saberes culturales (también denominado dialogo de saberes) que trae el paciente arraigados por toda sus experiencias particulares durante su trasegar y permitir completar dichos saberes con los conocimientos técnicos y científicos que puede proporcionar el profesional para mejorar las prácticas aplicables diariamente para el cuidado de la salud del paciente.

Por mínimo que se perciba, la cultura influye en todos los seres humanos y debe tenerse en cuenta cuando se ejerce como profesional de la salud, con esto es importante el saber escuchar, aprender y respetar las creencias o valores de los demás sin generar críticas negativas, ni imposición o subestimar al otro por los conocimientos adquiridos desde su peculiaridad vivencial. En otras palabras, el modelo biomédico no debe verse como algo absoluto e irrefutable. Se debe lograr un engranaje entre la cultura y el proceso de salud-enfermedad, ya que ambos pueden lograr la complementariedad y así mejorar el bienestar social y colectivo (27).

Un punto importante para tener en cuenta es que el público general y en especial, las personas con capacidad económica o de manejo de recursos públicos, no comprendan los beneficios sociales que se pueden presentar con un apoyo continuo hacia la investigación de la Educación para la Salud y a su vez poder aplicarla. En nuestro país es una tarea que se tiene por delante teniendo en cuenta la ideología cultural de dichos individuos. Para estar un paso más cerca a esto, el profesional de la salud debe tener el papel de educador enseñando un conocimiento a la población en general.

Actualmente la educación para la salud (EpS) se ha mostrado como una de las aspiraciones más fuertes para luchar por la equidad y como un fin para llegar a tener una población saludable. Lastimosamente, la aplicación de esta estrategia no ha sido consecuente. En algunos casos, tal como lo plantea la OMS/OPS, la falta de resultados se debe a la predilección que ha tenido el sector salud hacia la orientación biomédica,

abarcando la salud desde una concepción centrada en la enfermedad y no en la prevención. Otro factor involucrado en el fracaso de la EpS es que las actividades educativas no se llevan a cabo por el personal idóneo y por esto se observa que las acciones educativas están guiadas hacia unas acciones curativas. Al ser puntual y principalmente equidistante a la enfermedad, la educación en la práctica clínica, por lo general, se describe como una acción individual, dirigida al paciente (30).

A esta situación problemática, se añaden las limitaciones del modelo médico hegemónico caracterizado, principalmente por su *“biologismo, concepción metodológica positivista, dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, escisión teórico-práctica”*. En dicho modelo el proceso salud-enfermedad se ve como “mercancía” con predilección del asistencialismo, prácticas médicas con objetivos dirigidos a la eliminación de síntomas, sin una preocupación estructural por la prevención y con una relación médico-paciente asimétrica (31).

El modelo biologista y morbicéntrico no ha tenido presente la promoción de la salud, debido justamente al morbicentrismo que lo ha caracterizado y posiblemente porque en este tema no se observa un potencial desarrollo que permita obtener importantes beneficios económicos. Su eficacia instrumental le ha permitido ser hegemónico lo cual finalmente lo ha convertido en dogmático, puesto que desde su posición ha excluido, del estudio del proceso salud-enfermedad, todo aquello que no encaja con sus postulados y métodos. Esta es la máxima expresión de la concepción biologista de la enfermedad, que prima en la actualidad en nuestro medio y ha ofrecido resultados satisfactorios para las enfermedades que aquejan al hombre concebido como un organismo compuesto de sistemas y órganos. Pero para el enfermo, como hombre que siente y piensa, que vive en una sociedad y en una cultura determinada son escasas las respuestas que este paradigma ha ofrecido (32).

En otras palabras, el modelo biomédico- morbicéntrico es un modelo en donde se busca el beneficio de pocos (mediante aseguradoras) con el fin de lucrarse por el tratamiento de los usuarios, dejando a un lado la educación para la salud y la prevención de las patologías.

Al presente se ha empezado a sugerir un nuevo concepto dentro de las instituciones de salud por parte de los estudiosos: Rentabilidad social; Este concepto no es más que esa responsabilidad que tiene la institución prestadora de servicios de salud para con la población residente dentro del sector donde opera de mitigar los problemas de morbi-mortalidad para mantener un estado de salud.

Dicho todo esto, es necesaria la formación de profesionales de la salud que participen de un modelo de salud que fortalezca la atención primaria de calidad, así como la articulación con niveles asistenciales de mayor complejidad, de tal manera que responda a las necesidades de salud colectiva e individual.

Hablando propiamente de los sistemas de salud a nivel local y regional, se observa que se requiere nuevos sistemas de salud en donde todos los actores involucrados en éste sean cocreadores y corresponsables de la salud y bienestar de todos, basándose en la integración del conocimiento y la ética. En tal sentido, es imperativo avanzar hacia un modelo salutogénico el cual se centra en la salud y el bienestar generado por un proceso educativo y de aprendizaje contextualizado, contrario a lo que observamos hoy en día, con la implementación de un modelo morbicéntrico, en donde prevalece la atención y resolución de la enfermedad y no el control y prevención de estas mediante medidas preventivas (33). Con las propuestas planteadas en el Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud (34) se busca la construcción de un sistema que realmente se enfoque en la salud como componente del bienestar, basado en el uso de conocimiento científico contextualizado para abordar problemas de salud pública, biomédicos y educativos para que se responda a las necesidades de todo el territorio, pero que a su vez pueda afrontar los desafíos planetarios que afectan la salud colectiva.

En Colombia, se observa que la APS no es la base del sistema de salud como la normativa lo indica, sino que este sigue centrado en la atención de patologías. Esto se da, en gran medida, por los incentivos que se desarrollan en el sistema de aseguramiento individual que, aunque actualmente se intenta regular, se siguen manejando de esta forma. Al final, y aunque se ha intentado minimizar el asunto, el sistema de salud colombiano apartó el manejo a la salud individualizando la labor preventiva.

Debido a la reforma realizada en el país en el año 1993, los formadores de los profesionales en salud (instituciones, universidades) se esforzaron por crear empleados con capacidad para trabajar en un modelo basado en la atención individual y en las recompensas económicas que este puede dar, a su vez se buscaba crear sus propios centros de atención cuyo recurso humano sería abastecido por estos profesionales útiles para trabajar en un sistema morbicéntrico y productor de ganancias económicas. No se puede olvidar que la propuesta de reforma en el sistema de salud en Colombia que hubo para el año 2013, enfatizaba en formar especialistas médicos para abarcar las necesidades de un modelo económico sanitario centrado en la enfermedad (35).

Afortunadamente profesionales verdaderamente formados con conciencia social y política contraria a los intereses del economicismo, lograron que no se diera. Consecuente a esto, es necesario enfatizar que el rol de los profesionales de la salud se materializa en un equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria, según esto, el equipo de salud en un ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y social, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial (35).

Consecuentemente, de este tema se profundizará más en el siguiente capítulo de este escrito.

7.2 Capítulo 2. Enfoques pedagógicos de la educación para la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su documento 'Educación para la salud con enfoque integral', la educación es un medio propicio para el desarrollo humano, en tanto *“fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender, transformar y participar en el mundo en el que*

vive”; y le da un papel preponderante a las instituciones educativas y a los gobiernos en el diseño de políticas públicas de calidad en relación con esta materia.

La educación en salud y para la salud son dos conceptos que, si bien están unidos íntimamente, no significan lo mismo. El primero se refiere a la formación de profesionales que ejercerán a su egreso en el campo de la salud; el segundo se refiere a la educación para transformar condiciones de vida que ponen en riesgo la salud individual y colectiva. Este segundo concepto está incorporado en la estrategia de la atención primaria en salud (APS). Es importante abarcar en este capítulo de la monografía, su definición, sus homólogos y su importancia desde las instituciones educativas formadoras del talento humano en salud, quienes finalmente, son los que ejercerán, dentro de la sociedad, roles de educadores en salud.

La Educación para la Salud (EpS) y la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, están estrechamente entrelazadas, al punto que se puede generar confusión en su definición y diferenciación, sin embargo, cuando se entiende que la EpS no es el fin, sino el medio por el cual las personas pueden permitirse mejores condiciones de vida, se comprende también que es una labor imprescindible que simplifica el objetivo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al concebirla como la aplicación de recursos y destrezas para mejorar las condiciones de vida del colectivo y suscitar la estabilidad de desarrollo social (1). Por consiguiente, la Educación para la Salud (EpS) es la base para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Si bien, como se ha mencionado anteriormente, se conoce la importancia, desde la normatividad, de desarrollar actividades educativas en pro del mejoramiento de la salud colectiva, pero también se ha hecho hincapié en que el sistema de salud colombiano tiene una predilección morbicéntrica y que la atención de los pacientes por parte de los profesionales en salud se direcciona siempre a la curación de enfermedades; estas dos premisas, no se correlacionan, pues la teoría investigativa, científica y normativa de la EpS no se ve reflejada con éxito en la práctica; para encontrar la causa de esta problemática se propone que la EpS debe ser abarcada desde todos los puntos de vista posibles, por tanto, no solo se trata del manejo de recursos utilizados por las instituciones

prestadoras de salud, sino que primordialmente se debe interrogar sobre cuál es la importancia o relevancia que se maneja pedagógicamente en las instituciones que forman los profesionales en salud.

Actualmente, las pocas acciones que se efectúan de educación para la salud son realizadas en su gran mayoría por el personal auxiliar (auxiliares de enfermería y de odontología) de las instituciones prestadoras de servicios de salud o por estudiantes del área de la salud que se encuentren realizando prácticas formativas, centrándose en un público objetivo, en el que generalmente se prefiere los niños escolarizados.

Las actividades se ejecutan en las instituciones educativas, por medio de convenios con las universidades o el centro de salud correspondiente a la zona en donde se encuentren ubicados, que en muchas ocasiones no es el sitio más propicio para ejecutar acciones en salud; pero la insuficiencia en la capacidad instalada de las IPS (debido a esa orientación para atender la enfermedad de los pacientes), no permite que haya un espacio propicio para este fin. Además, no es suficiente el tiempo que se dedica y los esfuerzos. Es por esta razón, que los resultados de la Educación para la salud a nivel nacional no se evidencian significativamente. Adicionalmente, solo se involucra a una pequeña parte de la comunidad (los niños) ya que cuando se realizan las actividades no se convoca a los cuidadores, padres de familia o demás personas que también puede interesarles la temática educativa en salud y que pueden aportar al mejoramiento de las habilidades y destrezas de los más pequeños para así favorecer las condiciones de su estado de salud.

Cerón Castaño y cols (2020), en un estudio con estudiantes de licenciaturas en ciencias naturales (física, química y biología), con la finalidad de conocer las perspectivas de los futuros profesores con respecto a la EpS, reveló que a pesar del conocimiento de la normatividad, en su gran mayoría la EpS corresponde a capacitaciones y procesos pedagógicos que se pueden abordar en instituciones con objetivos educativos, inculcando la voluntad de adquirir hábitos de vida saludables para mantener un estado de equilibrio y bienestar corporal (calidad de vida); Adicionalmente, otro punto de vista de los participantes del estudio es que una de las finalidades de la EpS, es concientizar a las personas sobre la importancia de la prevención de enfermedades, puesto que esto

garantiza una disminución en la aparición de patologías prevenibles y a su vez, impacta en la comunidad mejorando el desarrollo social e individual (36).

Una investigación realizada por el grupo Salud y Sociedad de la Universidad de Antioquia (2010), encontró que la EpS tiene un pobre desarrollo teórico en las instituciones encargadas de la formación del personal de salud, no porque las instituciones consideren que no es importante la educación para la salud, sino porque el imaginario colectivo y social referente a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, odontólogos, entre otros) es que se enfoquen en el tratamiento de la enfermedad. Esta visión se sustenta con la extensión horaria de las áreas clínicas en los planes de estudio; *“Además, el actual sistema de salud colombiano está sustentado en un paradigma morbicéntrico y asistencialista que no le da la suficiente relevancia a la EpS. Esto lleva a que algunos profesionales recién formados y con ánimo de impulsar la EpS, debido a la presión del sistema, terminen reafirmando el pobre valor que se le da a esta”* (9).

Adicionalmente, los autores relatan que la EpS tiene una identidad traslapada y con esto se refieren a que, en ciertos momentos, el significado de la EpS es ambiguo, llegando a confundirla con campos de acción (salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad), disciplinas de las ciencias sociales, programas (atención extramural) y actividades (charlas, talleres, conferencias, trabajo comunitario, etc.) *“Por otro lado, diferentes investigadores anotan la presencia de una debilidad teórica y epistemológica que sobre la EpS tienen los profesionales de la salud, razón por la cual Serrano plantea que la EpS es una “praxis poco comprendida”*”. Con relación a esto, algunos de los participantes del estudio establecieron que la EpS es una herramienta indispensable para la toma de decisiones; otros, como estrategia inmersa en la promoción para la salud; y otros más, como un organismo con características, objetivos, metodología y objeto de trabajo propio (9).

Entre los estudiosos del tema se puede evidenciar dos posturas muy claras para la interpretación de la EpS, en donde la primera está dada por un diagnóstico inicial, por parte de los profesionales en salud, de la población, para identificar las patologías

prevenibles que se presentan y poder intervenir mediante actividades educativas que promuevan el cambio de comportamientos y adopción de hábitos saludables (9).

La segunda postura está centrada más en el desarrollo humano como individuo y que hace parte de una sociedad y busca el fortalecimiento de las personas como sujetos políticos, donde precisamente ellos, son el eje responsable de transformaciones colectivas culturales con respecto a sus condiciones de salud; es decir, busca que las personas se apoderen de sus conocimientos vivenciales (mediante el dialogo de saberes) y los que los profesionales en la salud puedan brindarles para modificar o perpetuar las técnicas de autocuidado que se manejan en pro de la salud (9).

Es de conocimiento general que un nivel educativo bajo o inexistente, propicia la presencia de enfermedades y dificulta el adecuado mantenimiento de la salud, incrementando la inequidad y las barreras de acceso a los servicios de salud. Dicho esto, se debe optar por la EpS, al igual que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como esa herramienta y actividades, respectivamente, indispensables para llegar a esas comunidades alejadas o marginales, con la finalidad de tener un control del estado de salud pública y colectiva y beneficiando a esas personas que tanto lo necesitan.

Es por esto, que la aplicación adecuada de la EpS es imprescindible para lograr mejorar la salud individual y colectiva, acrecentando el nivel de desarrollo social que genere un ambiente propicio para todos. Por tanto, si bien los profesionales de la salud tienen un papel importante en el desempeño de su rol de educadores, las personas, también deben hacerse conscientes de su protagonismo en el cuidado de su salud y que, en mayor porcentaje, es responsable del mantenimiento, equilibrio y bienestar mismo.

Los enfoques pedagógicos en la EpS son fundamentales para propender hábitos saludables desde temprana edad y el mantenimiento de la salud a lo largo de la vida. La EpS no solo implica la transmisión de conocimientos de procedimientos técnicos, sino que también abarca la formación de hábitos y actitudes que promuevan un estilo de vida saludable. Este enfoque integral no solo beneficia la salud de las personas, sino que también contribuye a su bienestar general y calidad de vida.

Son varios los enfoques o modelos pedagógicos utilizados en la formación de los profesionales de la salud, que a su vez se asumen por los estudiantes cuando desarrollan procesos educativos en la comunidad; los más comúnmente usados son los modelos constructivista y positivista (22).

7.2.1 El modelo positivista en el área de la salud

Se centra en la adquisición de conocimientos objetivos y basados en evidencias, y en la enseñanza de prácticas de salud a través del método científico, este fenómeno se evidencia continuamente en la formación de profesionales tanto en pregrado como en posgrado, donde se establece una relación docencia-servicio. En otras palabras, la formación del estudiante es guiada por un tutor, generalmente un médico especialista, quien brinda acompañamiento constante. Este enfoque promueve la adquisición de conocimientos y su aplicación práctica, siempre fundamentada en principios científicos y clínicos verificables. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud (37).

Otro de los modelos utilizados es el **constructivista**, el cual se basa en la idea de que los individuos construyen su propio conocimiento a través de la interacción con su entorno y la reflexión sobre sus experiencias (38). Se fomenta el desarrollo de un proceso analítico reflexivo del estudiante para dar solución a cada caso clínico en particular, facilitando a su vez el crecimiento de un juicio crítico como parte de las competencias propias (37).

Este modelo constructivista ha sido desarrollado por varios autores, como Piaget, quien propone un constructivismo cognitivo que sugiere que las personas construyen activamente su comprensión del mundo a través de experiencias directas y la interacción con su entorno. Por su parte, Vigotsky destacó la importancia de la cultura y el contexto social en el aprendizaje, lo cual es crucial en la educación para la salud, donde se considera el entorno social en la promoción de conductas saludables (39).

Las estrategias de Educación para la Salud (EpS) son fundamentales para promover el bienestar y prevenir enfermedades en la población. En diversos contextos, como las escuelas, los centros de atención sanitaria y la comunidad en general, las intervenciones de EpS abarcan desde la prevención de conductas de riesgo hasta la promoción del autocuidado, la alimentación saludable, la actividad física, y el uso adecuado de las tecnologías (40).

La Educación para la Salud (EpS) en el ámbito escolar no se limita a transmitir información, sino que también debe incentivar la motivación, desarrollar habilidades personales (sociales, emocionales y cognitivas), y promover el respeto hacia uno mismo y los demás. Su objetivo es facilitar cambios hacia actitudes y comportamientos saludables que contribuyan al control y mejora de la salud. Basado en este enfoque integral, las principales intervenciones actuales en el entorno escolar, tanto en educación infantil, primaria, especial y secundaria, incluyen la prevención de hábitos nocivos, la promoción de un estilo de vida saludable, el autocuidado, la reducción de accidentes, la educación emocional, y el uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación (40).

7.2.2 Modelo precede- procede

Definido como un modelo teórico y práctico con enfoque educativo y ecológico para planear y evaluar intervenciones en salud, contribuye a reducir la amplia brecha entre la teoría y la práctica en el ámbito de la salud y la educación, especialmente considerando que las intervenciones escolares aún se basan predominantemente en el modelo biomédico. Es importante destacar que el modelo Precede-Procede proporciona un marco contextual que facilita el enfoque de las actividades en educación para la salud desde una perspectiva de aprendizaje, a su vez sugiere estrategias adaptadas a las necesidades de grupos sociales específicos, permite llevar a cabo un diagnóstico exhaustivo de la salud de la comunidad, y subraya la relevancia de implementar acciones transformadoras a nivel individual, social y cultural (41).

7.2.3 Modelo de alfabetización para la salud

La alfabetización en salud (AS) hace referencia a las habilidades cognitivas y sociales que influyen en el nivel de motivación y en la capacidad de una persona para obtener, comprender y emplear la información de manera que fomente y mantenga una buena salud (42). La alfabetización en salud es un concepto relativamente reciente dentro de la promoción de la salud, empleado para describir los resultados derivados de las actividades de educación y comunicación en salud (43). Se ha demostrado que un bajo nivel de alfabetización en salud (AS) representa un problema de salud pública, ya que se vincula un limitado conocimiento sobre temas de salud, un mayor uso de los servicios de salud pública y una reducción en el autocuidado. Desde este enfoque, la alfabetización en salud (AS) forma parte de las actividades de educación en salud, y su alcance debe ir allá de simplemente transmitir información para programar citas en medicina de manera correcta o de leer folletos (42), la educación en salud debe incluir diversas intervenciones orientadas a mejorar dicha alfabetización, lo que conlleva a un aumento en los conocimientos, mayor motivación y el desarrollo de habilidades para acceder, comprender, evaluar y aplicar información en beneficio de nuestra salud y entorno (43).

7.2.4 Modelo de entrevista motivacional (em)

Es una estrategia en la que se busca ayudar a las personas en cambiar conductas no deseables por acciones positivas en pro del bienestar general, diseñada así en mejorar la motivación personal con el objetivo de alcanzar metas saludables (44).

Las estrategias de la EM se sustentan en un enfoque colaborativo, evocador y respetuoso con la autonomía del paciente. Su implementación se basa en cuatro procesos clave: a) crear una relación, b) definir un objetivo, c) evocar y d) desarrollar un plan de acción. Además, cuenta con cuatro principios esenciales: evitar el reflejo de redireccionamiento, comprender las motivaciones del paciente, escuchar con empatía y empoderar al paciente (45).

Dimensionar psicológicamente las acciones en salud, especialmente en promoción y prevención, debe ser de interés de todos los profesionales en salud, siendo así, la entrevista motivacional se referenciará como un procedimiento de intervención practicado por todo el personal asistencial dedicado a la atención primaria en salud. Se conoce con claridad, que la comunicación establecida entre profesional y paciente generará un punto clave y esencial para el éxito de la intervención en salud, en especial en aspectos complejos como el cumplimiento del tratamiento y adherencia al tratamiento, ejemplo de esto: cambios en el estilo de vida (46).

7.2.5 Modelo de creencias en salud (mcs)

Este modelo es uno de los más empleados en la promoción de la salud, ya que abarca componentes cognitivos y perceptivos de suma importancia. Aborda diversos aspectos relacionados con los estilos de vida, como lo son las creencias sobre la gravedad o relevancia de un problema en salud en específico, la percepción de vulnerabilidad ante dicho problema, el análisis costo-beneficio y la sensación de autoeficacia en relación con acciones que contribuyan a mantener y mejorar la salud, así como a prevenir conductas de riesgo y enfermedades (47).

Incluye conceptos que ayudan a predecir si una persona llevará a cabo acciones de prevención, diagnósticos o tratamiento. Este modelo abarca la susceptibilidad percibida (creencias sobre la probabilidad de contraer la enfermedad), la seriedad percibida (creencias sobre la gravedad de la enfermedad y la evaluación de sus consecuencias médicas y sociales), los beneficios percibidos (creencias sobre las ventajas de las acciones disponibles para reducir el riesgo de enfermedad) y las barreras percibidas (los obstáculos para llevar a cabo las acciones recomendadas). También se consideran las claves para la acción (estímulos que fomentan la acción) y la autoeficacia percibida (la confianza en la capacidad para realizar la acción) (48).

7.2.6 Modelo IEC (Información, Educación y Comunicación)

Es una estrategia diseñada para informar al público sobre temas de salud y fomentar estilos de vida saludables, al promover la adquisición de conocimientos, comprensión y habilidades que permitan a las personas realizar cambios sostenibles en las condiciones que influyen en su salud. Estas condiciones abarcan factores sociales, ambientales y económicos, así como los comportamientos individuales (Roper, 1993 citado por la Organización Panamericana de la Salud, 2001). Mediante las estrategias de información, educación y comunicación en salud, se busca desarrollar en las personas la capacidad para acceder, comprender y procesar información básica de salud y utilizar los servicios necesarios para tomar decisiones informadas (Sorensen et al, 2012 citados por Cartes Velásquez, 2015). No obstante, es importante reconocer que el impacto de estas estrategias en la promoción de condiciones de vida saludables solo será significativo si se complementa con otras intervenciones en salud (35).

7.3 Capítulo 3. Estrategias educativas utilizadas en el ejercicio de la EpS

En el ámbito educativo, tanto los factores personales como los ambientales afectan la capacidad y el comportamiento de las personas. Es fundamental que el aprendizaje sea significativo, apoyándose en experiencias y conocimientos que se utilizan a medida que avanza la vida de cada individuo.

Es necesario que las personas alcancen un nivel de conciencia sobre el autocuidado, profundizando en su conocimiento y actuando de manera que se facilite la comunicación y relación entre el educador y educado. Esto ayudará a que cada individuo encuentre sus propias soluciones y fomente de manera continua hábitos saludables (49).

Las estrategias educativas en el ámbito de la salud buscan difundir conocimientos que contribuyan al bienestar general. No deben limitarse a informar o instruir, sino que deben fomentar un vínculo genuino entre las personas y los temas tratados. Para obtener resultados significativos en salud, es necesario lograr un cambio en los hábitos,

desarrollar el pensamiento crítico y promover el debate colectivo, que se considera la mejor manera de abordar estos temas (50).

7.3.1 Métodos directos o bidireccionales

Se basan en la relación cercana entre el maestro- aprendiz, requiere una comunicación oral asertiva presencial o virtual. Algunas de los más reconocidos son:

- Las clases: Desde la educación primaria y secundaria se debe promover los estilos de vida y hábitos saludables, aún más, se debería exigir el cumplimiento de normas que fomenten una alimentación saludable que ayude con el adecuado crecimiento y desarrollo del infante (50).
- Charlas: Las charlas, además de ser extraordinarios métodos instruccionales, facilitan agrupar conocimientos extensos y especializados en una exposición concisa (50).

7.3.2 Métodos indirectos o unidireccionales

La información es compartida por el especialista, ayudándose de canales de difusión comunes como televisión o internet. Se clasifican en:

- Los medios visuales: con fortalezas para abarcar un público extenso, encontramos ayudas como folletos, pancartas, imágenes, etc. El impacto visual debe ser fuerte, de lo contrario no se logrará el objetivo esperado (50).
- Los medios sonoros: Plataformas digitales que tienen gran impacto para compartir conocimiento, de gran impacto en general (50).
- Los mixtos: El caso de redes sociales, donde se puede encontrar con gran claridad cuentas relacionados con el cuidado oral y en general de salud (50).

Apoyando lo dicho por Ricardez y López (51), existen varias estrategias utilizadas para intervenir en una EpS, algunas son:

- Información y difusión: Se orienta e informa sobre temas específicos cuya necesidad esté enfocada en el interés de uno o varios grupos en particular. Representa una oportunidad para abordar poblaciones con requerimientos en mejorar hábitos y estilos de vida.
- Sensibilización: A través de actividades educativas informales, como talleres o charlas, se busca presentar a las personas temas concretos, despertar su interés y crear nuevas expectativas.
- Capacitación: Mediante talleres organizados de forma secuencial, se busca que las personas adquieran conocimientos, exploren más a fondo ciertos temas y reciban herramientas que les permitan aplicar esos conocimientos en su vida diaria.
- Formación: Mediante cursos y seminarios se busca expandir el conocimiento y las estrategias relacionadas con el tema
- Autonomía-autogestión: Se debe pasar por un nivel de análisis y reflexión propio con el fin obtener los conocimientos suficientes, para poder liderar procesos educativos en temas de salud.

7.3.3 Educación participativa en salud

Este tipo de educación promueve la solidaridad y mejora la colaboración para resolver problemas de salud, considerando el diálogo como su metodología central. Se realiza en grupos pequeños para favorecer el desarrollo de la autonomía e identidad de las personas, alejándose de convencionalismos que limitan la creatividad. En este modelo, el proceso de enseñanza-aprendizaje es dinámico y potencia la confianza y habilidades de los individuos para abordar sus propios problemas y ayudar a otros (52).

8 Discusión

La educación para la salud es un componente de la promoción de la salud, porque contrario de lo que informan las EPS, promocionar salud no es ofrecer servicios, promocionar la salud implica “un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva” según lo indica la Organización Panamericana de la salud (53).

Por otra parte, es necesario diferenciar promoción de la salud de prevención de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988 definió este concepto como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas” (54). Por tanto, son dos términos que desafortunadamente se han usado de manera conjunta, aunque es claro que ambos conceptos son inseparables como el concepto de salud-enfermedad.

Algunos autores dicen que promocionar la salud tiene un componente conductual que se ha abordado desde lo que actualmente se llama psicología de la salud. Al respecto Díaz Faciolince (2010) (55), citando a Morales Catalayud (1999) dice que la psicología de la salud es “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud enfermedad y de la atención en salud”.

El tema de psicología de la salud no ha logrado enganchar de manera suficiente a las personas para tener una comprensión profunda de porqué hay que hacer cambios en los comportamientos que afectan la salud, pero lo más importante es que no se ha logrado ubicar en las condiciones de vida que traen aparejadas desventajas para asumir conductas positivas porque los medios económicos no lo permiten. Se ha vendido la idea de estilos de vida saludables, sin embargo, este tema tal y como se aborda en muchos

programas de salud no logra dialogar con las realidades (Forero y Rubio, 2021); así pues, “la noción de estilos de vida fue adoptada a mediados del siglo XX por las ciencias de la salud, con una perspectiva médico-epidemiológica. A partir de esta adopción el concepto pasó de cubrir un amplio espectro de la vida social a significar una limitada relación con conductas de riesgo”.

Por otra parte, la comunicación en salud usada actualmente es prescriptiva, con escasas excepciones; no es negociada, ni es un diálogo de saberes por mucho que se pregone, lo que hace que personas que no tengan un desarrollo intelectual alto y/o con escasa capacidad de acceso a bienes y servicios puedan acceder a una información de buena calidad para que puedan comprender la importancia de cambiar sus estilos de vida que no necesariamente están amalgamados a sus condiciones de vida y ahí es donde está la falencia de los servicios de salud, porque lo que las EPS ofertan como promoción y prevención se queda corto en hacer el monitoreo y evaluación del cambio de conductas relacionadas con el cuidado de la salud.

En el caso puntual de la salud bucal es necesario acotar que actualmente los profesionales de la salud no ejercen su rol de educadores y dejan esta importante tarea al personal auxiliar, quienes pueden ejercer este trabajo con la debida comprensión de lo que significa educar para la salud; el problema radica en que los tiempos de intervención son informativos, además de cortos y sin el debido seguimiento para lograr los objetivos de participación de la comunidad en el autocuidado. Todo esto se debe a que, a los propietarios de las IPS o EPS, disponen del personal profesional para actividades que facturan mejor, por tanto, mucho más rentable de manera inmediata que los resultados a largo plazo que ofrece la educación para la salud.

También se debe mencionar que en las instituciones que forman el personal profesional, no ahondan como debería esperarse en este tema de la Educación para la Salud (EpS) y esto se ve reflejado en la intensidad horaria de las áreas clínicas y demás cátedras que se basan en el tratamiento de la enfermedad, promoviendo así un pensamiento morbicéntrico en todo el estudiantado, que finalmente saldrá a su ejercicio profesional a desempeñar lo aprendido en la academia.

No hay currículos que tengan como corpus la educación para la salud; las universidades en la formación de sus estudiantes de pregrado tienen planes de estudio todavía fragmentados en cursos o asignaturas casi todas técnico-clínicas; por supuesto, si se están formando para ejercer una profesión, se supone que ese es su deber ser. Sin embargo, al trabajar con personas es más importante prevenir que curar porque la curación se ha convertido en el eje central del gasto en salud, un gasto desbordado, multiprocedimental, sin ir a las causas principales de enfermar y morir (56).

9 Conclusiones y recomendaciones

Se considera que desde las instituciones educativas se debe propiciar la formación en salud pública de los profesionales de la salud que finalmente van a ejercer y a compartir sus conocimientos en las IPS o lugares donde laboren; se debe dar la importancia a esta temática para lograr que las personas se apropien del conocimiento técnico-científico sin ser prescriptivo como se ha venido sosteniendo en este trabajo; es cómo lograr un diálogo de saberes que desarrolle en las personas un conocimiento propio y sostenible en bien de su salud; si bien es cierto, no existe la inmortalidad ni la erradicación de todas las enfermedades sí es posible lograr que el tiempo de vida de los pacientes, sea en condiciones dignas disminuyendo la prevalencia de lo prevenible, evidenciado científicamente mediante el uso correcto de los implementos de higiene personal y bucal.

Observamos que los resultados educativos no deseados y la frustración del paciente al no comprender la información brindada evidencian la necesidad de mejorar las estrategias de comunicación en el ámbito de la salud. Una educación para la salud efectiva debe centrarse en la claridad, la personalización y la empatía para con esa persona que carece de intelecto, condiciones económicas o de información en salud, para garantizar que los mensajes sean comprensibles y relevantes para cada paciente. El fracaso en este aspecto no solo limita el impacto de las intervenciones educativas, sino que también puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento y la confianza en el sistema de salud. Por ello, es fundamental formar profesionales con competencias pedagógicas y comunicativas sólidas, que promuevan la comprensión y el empoderamiento del paciente en el cuidado de su propia salud.

A su vez resaltamos que las estrategias mal implementadas en la educación para la salud pueden generar discontinuidad en los procesos educativos, afectando su efectividad y el logro de los objetivos propuestos. Una ejecución deficiente, ya sea por falta de planificación, recursos insuficientes o poca adaptación a las necesidades de la población, puede debilitar el compromiso de los participantes y limitar el impacto de las intervenciones. Para evitar este problema, es esencial diseñar estrategias bien

estructuradas, sostenibles y adaptadas al contexto, que permitan mantener la coherencia y la continuidad en los esfuerzos educativos, promoviendo así cambios sostenibles en los hábitos y comportamientos de salud e impactando positivamente al bienestar de la población, generando así menos personas enfermas que se interpretarán en disminución de costos para el sistema de salud.

Adicionalmente, la falta de motivación del paciente para adoptar prácticas de autocuidado representa un desafío importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Esta dificultad puede relacionarse con factores como el desconocimiento, la falta de apoyo, barreras culturales o económicas, y la percepción de que el cambio no generará beneficios significativos, pero también se debe mencionar, la falta de motivación por parte del profesional para educar de forma eficaz y eficiente, utilizando estrategias poco pedagógicas evidenciando una pobre capacidad comunicativa, quebrantando la relación profesional-paciente. Para abordar esta situación, es fundamental implementar estrategias educativas que sean claras, personalizadas y centradas en el paciente, fomentando su empoderamiento y destacando los beneficios tangibles del autocuidado. Además, el acompañamiento continuo y el refuerzo positivo pueden ser herramientas clave para estimular la motivación y garantizar la adopción de hábitos saludables.

Evidenciamos que tener un sistema que no es preventivo sino proclive a la enfermedad, genera una necesidad de tratamientos complejos reflejando un desafío significativo para los sistemas de salud, especialmente en contextos donde prevalecen enfermedades crónicas y condiciones avanzadas que requieren intervenciones altamente especializadas. Este fenómeno no solo pone en evidencia la importancia de fortalecer las estrategias de educación para la salud, sino también la necesidad de una planificación eficiente de los recursos y políticas que prioricen la equidad en el acceso a los servicios. En última instancia, invertir en prevención y educación para la salud puede ser una solución clave para mitigar este impacto financiero y mejorar los resultados en salud a largo plazo.

Se deben idear e implementar estrategias para la EpS que impacten de tal manera, que se disminuyan costos en la atención sanitaria sin afectar los recursos dedicados al mantenimiento de la salud de las personas.

Finalmente, se desea poner sobre la mesa, como se dice popularmente, que el tema de la educación para la salud no debería ser solo una estrategia de la promoción de la salud, como está documentado actualmente en las normativas y artículos científicos; sino que, para los autores de este escrito, la Educación es algo transversal a todos los procesos y debe vislumbrarse con la importancia que tiene en todos los campos.

10. Referencias

1. Martínez Sánchez LM, Hernández Sarmiento JM, Jaramillo Jaramillo LI, Villegas Álzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med Manizales. 2020; 20(2): 490-504.
2. Organización Panamericana de Salud (OPS). Declaración de Alma Ata 1978 [Internet] [Consultado 2024 Feb 12] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
3. OPS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986 [Internet] [Consultado 2024 May 9] Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
4. Kroeger A. Atención primaria de salud: principios y métodos. México: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
5. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia [Internet]. 1991. [citado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>.
6. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. (23 de dic. 1993). [Internet]. [Consultado el 19 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minisalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>.
7. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No.42.957 (19 de enero de 2011). [Internet]. [Consultado el 19 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html.
8. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb.

- 16 2015). [Internet]. [Consultado el 19 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html.
9. Díaz PA, Peñaranda F, Cristancho S, Caicedo N, Garcés M, Alzate T, et al. Educación para la salud: perspectivas y experiencias de educación superior en ciencias de la salud, Medellín - Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2010; 28(3): 221-30.
 10. Peñaranda F, Giraldo L, Barrera LH. La enseñanza de la educación para la salud: ¿una confrontación a la teoría y la práctica de la salud pública como disciplina? Rev Fac Nac Salud Pública. 2015; 33(3): 353-60.
 11. Torres JN, Peñaranda C, Bastidas M, Escobar G, Pérez F, et al. El educador como investigador de su práctica pedagógica: la importancia de la reflexión en la educación para la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2010; 28(2): 161-168.
 12. Ministerio de salud y Protección social. Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas– PIC [Internet] [Consultado 2024 May 29] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>
 13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. segunda conferencia internacional de promoción de salud "Políticas a favor de la salud" Celebrada en 1988 en Adelaida (Australia) . [Internet] [Consultado 2024 Jul 1] Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dgps/adjunto/7c433e-SegundaAdelaida.pdf>
 14. Organización Mundial de la salud (OMS). Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud [Internet] [Consultado 2024 Jul 1] Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf
 15. OMS. Conferencia de Yakarta. "Para adaptar la promoción de la salud al siglo XXI [Internet] [Consultado 2024 Jul 4] Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA51/said2.pdf
 16. OPS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: informe final [Internet] [Consultado 2024 Jul 4] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/45951>

17. OMS. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 11 de Agosto de 2005 [Internet] [Consultado 2024 Jul 4] Disponible en: https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Bangkok_es.pdf
18. OMS. Séptima Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, Nairobi, 2009 [Internet] [Consultado 2024 Jul 12] Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
19. OMS. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011 [Internet] [Consultado 2024 Nov 28] Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_spanish.pdf?sfvrsn=891f1a3b_5
20. OMS. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013 [Internet] [Consultado 2024 Nov 28] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/documentos/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
21. OMS. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet] [Consultado 2024 Nov 28] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals>
22. OMS. Décima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud señala un camino para crear 'sociedades del bienestar [Internet] [Consultado 2024 Nov 28] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies>
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, agosto 2, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá: El Ministerio; 2018.

24. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud 2012 – 2021. La salud en Colombia la construyes tu. [internet] [Consultado el 2017 Sep. 17] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PD SP.pdf>
25. Colombia. Ministerio de Educación - Portal MEN - Presentación Instituciones de Educación Superior - Instituciones de Educación Superior. [Internet] [Consultado Nov Jul 29] Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1780/w3-article-231240.html>
26. Tirado Otálvaro AF. El concepto de salud y su aproximación desde diferentes disciplinas. *Rev Cienc Bioméd.* 2021; 10(1): 55-60.
27. Baeta MF. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud.* 2015; 13(2): 81-84.
28. Franco S. Proceso vital humano-proceso salud-enfermedad: una nueva perspectiva. En: *Ética, Universidad y Salud.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de Salud Pública; 1993.
29. Madrid L. Concepciones de enfermedad en los programas sociosanitarios nacionales y de la provincia de Buenos Aires. En: *VI Jornadas de Sociología de la UNLP; Buenos Aires 2010 Dic 9-10.* Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. 2010.
30. Ocampo Rivera DC, Arango Rojas ME. La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”. *Univ Salud.* 2016; 18(1): 24-33.
31. Cardona J. Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Arch Med.* 2016; 16(1): 183-91.
32. Universidad de Antioquia. *El proceso salud - enfermedad y la educación médica.* Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; s.f.
33. Patiño PJ. Artículo de reflexión sobre el aprendizaje en salud y para la salud. *Revista Medicina.* 2023; 45(1): 49-57.
34. Patiño PJ. Creación de un programa de salud y bienestar regional gracias al uso de conocimiento científico liderado por la universidad de Antioquia. En: *Propuestas y desafíos para la salud y la vida: una visión desde la misión.*

Propuestas del Foco de Ciencias de la Vida y de la Salud. Vol 6. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia: 2020.

35. Franco Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev Fac Nac Salud Pública. 2015; 33(3): 414-24.
36. Cerón DY, Cuellar LF, Mosquera JA, Amortegui EF. La educación para la salud en la formación del profesorado de ciencias en el sur de Colombia. En: VII Congreso Nacional de Investigación en Educación en Ciencias y Tecnología. Asociación Colombiana para la investigación en Educación en Ciencias y Tecnología EDUCyT. 14 al 16 de octubre 2020. Neiva; Universidad Surcolombiana ; 2020: 669-680.
37. Pinilla AE. Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. Acta Médica Colomb. 2019; 36(4): 204-218.
38. Bravo YA, Moreno ED, Erazo MC, Mera MM, Rosero E. Modelos pedagógicos para la aplicación en salud [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en: <https://promsalud.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/modelos-pedagogicos-en-salud.pdf>
39. González Tejero JM, Pons Parra RM. El Constructivismo hoy: enfoques constructivistas en educación. REDIE. 2011; 13(1): 1-27.
40. Rodríguez ÁF, Granja REP, Vaca EJA, Chávez FWP, Alvear JCR, Morales SC. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción de la salud. Educ. med. super. 2018; 31(4): 1-11.
41. Rojas López DA, Hernández Rincón EH, Lamus Lemus F, Zapata Obando MR. El modelo Precede-Procede: un marco contextual para la salud comunitaria en entornos educativos. Cult Los Cuid. 2023; 27(67): 411-428.
42. León Landa EH, Orozco Castillo L, Argüelles Nava VG, Hernández Barrera L, Luzanía Valerio MS, et al. La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. Univ Salud. 2019; 21(2): 132-40.
43. Juvinyà Canal D, Bertran Noguera C, Suñer Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. Gac Sanit. 2018; 32(1): 8-10.

44. Cartes Velásquez R. Entrevista Motivacional en Salud Bucal. Concepción: Fondo nacional de Investigación y Desarrollo en Salud Universidad de Concepción; 2017.
45. Bóveda Fontán J, Pérula De Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, et al. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. Aten Primaria. 2013; 45(9) :486-95.
46. Flórez L. Carranza WA. .La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Avances en Psicología Latinoamericana. 2007; 25 (2): 63-82.
47. Martínez JMT. Modelo de creencias de salud en personas sanas o enfermas: una revisión sistematizada. Rev Mex Enferm Cardiol. 2022; 29(1): 24-33.
48. Juárez García DM, Téllez-Ramos MA, Téllez A. Escala del modelo de creencias de salud en español para el cáncer y la autoexploración testicular. Rev Panam Salud Pública. 2022; 46: 1-6.
49. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. Pediatría Aten Primaria. 2012; 14: 77-82.
50. Universidad Internacional de Valencia. La educación para la salud: conocimiento multidisciplinar [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en:<https://www.universidadviu.com/pe/actualidad/nuestros-expertos/educacion-para-la-salud-definicion-y-metodos-fundamentales>
51. OPS - OMS. 28.a Conferencia Sanitaria Panamericana 64.a Sesión del Comité Regional Washington DC. del 17 al 21 de septiembre del 2012 [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/CSP28-Res-Strat-Spa.pdf>
52. Dueñas Becerra J. Educación para la salud: bases psicopedagógicas. Rev Cubana Educ Med Sup. 1999; 13(1): 92-98
53. OPS - OMS. Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030 [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-promocion-salud-contexto-objetivos-desarrollo-sostenible>

54. OMS. Promoción de la salud. Glosario. Documentos de trabajo. [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
55. Díaz Facio Lince VE. La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. PEPSIC. 2010; 2(3): 1-15.
56. OMS. Salvar vidas, reducir el gasto: Una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Ginebra (Suiza) [Internet] [Consultado 2024 Nov 29] Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf>