

ESTADO DE LA DISCUSIÓN Y DE LA PRÁCTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA 1991 – 1999

MARTHA LUCÍA ESCOBAR PÉREZ

BERENA PATRICIA TORRES MARÍN

Investigación presentada para optar el título de Magister en Salud Colectiva

Investigadora principal y asesora *CLAUDIA PATRICIA TORO RAMÍREZ ALVARO*

LEÓN YEPES MARÍN: Coinvestigador

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Departamento de Extensión y Posgrados

MEDELLÍN 2001

Tabla de contenidos

GRUPO INVESTIGADOR: . .	1
AGRADECIMIENTOS .	3
RESUMEN .	5
INTRODUCCIÓN .	7
1. OBJETIVOS: LAS PREOCUPACIONES .	11
1.1 OBJETIVO GENERAL .	11
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .	11
2. PROPÓSITOS: LOS SUEÑOS .	13
3. DISEÑO METODOLÓGICO: CONSTRUYENDO CAMINOS .	15
3.1 REFERENTE CONCEPTUAL .	16
3.1.1 PRONUNCIAMIENTOS INTERNACIONALES .	16
3.1.2 MEDICINA SOCIAL .	20
3.1.3. DESARROLLO A ESCALA HUMANA . .	20
3.1.4 PROCESO VITAL HUMANO . .	20
3.2 MAPA MENTAL .	21
3.3 METODOLOGÍA: .	22
3.3.1 UNIDADES DE TRABAJO . .	23
3.3.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .	24
4.LA VALIDEZ .	29
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS .	31
6. <i>PRIMER NIVEL DE ANÁLISIS O DESCRIPTIVO: LAS PIEZAS DEL ROMPECABEZAS</i> .	33
6.1 INVESTIGACIONES . .	33
6.1.1 DESCRIPCIÓN POR CIUDADES. . .	34
6.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS INVESTIGACIONES . .	35
6.1.3 CATEGORIAS EMERGENTES .	42
6.2 EVENTOS . .	47

6.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS EVENTOS .	48
6.2.2 CATEGORÍAS EMERGENTES .	52
6.3 PRÁCTICAS . .	54
6.3.1 SISTEMATIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS . .	54
6.3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS ENCONTRADAS .	56
6.3.3 CARACTERÍSTICAS LAS PRÁCTICAS . .	57
6.4 ENTREVISTAS . .	66
6.4.1 CONCEPTO .	66
6.4.2 OBJETIVOS . .	67
6.4.3 CAMPO .	67
6.4.4 PERSPECTIVAS .	76
6.4.5 EVALUACIÓN .	79
6.4.6 ANÁLISIS . .	81
6.4.7 LAS TENDENCIAS .	82
6.4.8 LOS ENCUENTROS .	84
7. CONTEXTO: EL TEJIDO . .	87
7.1 LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA . .	88
7.1.1 LEGISLACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD . .	88
7.1 .2 LEGISLACIÓN EN PARTICIPACIÓN. .	94
8. SEGUNDO NIVEL DE ANÁLISIS: CLARIDADES Y NUEVOS SENDEROS .	97
8.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO EPISTEMOLÓGICO . .	97
8.1.1 PRIMER SUPUESTO: LA TRANSDISCIPLINARIEDAD . .	97
8.1.2 SEGUNDO SUPUESTO: EL CAMPO .	101
8.1.3 TERCER SUPUESTO: EL ENFOQUE . .	102
8.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO TEÓRICO. .	103
8.2.1 PRIMER SUPUESTO: CATEGORÍAS TEÓRICAS .	103
8.2.2 SEGUNDO SUPUESTO: RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS . .	114
8.2.3 TERCER SUPUESTO: NUEVAS CATEGORÍAS .	114
8.3 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: PRÁCTICAS .	115

8.3.1 PRIMER SUPUESTO: PRÁCTICA SOCIAL .	115
8.3.2 SEGUNDO SUPUESTO: COBERTURA - IMPACTO .	118
8.3.3 TERCER SUPUESTO: FOCALIZACIÓN . .	119
8.3.4. CUARTO SUPUESTO: INTERSECTORIALIDAD .	119
8.4 MAPA CONCEPTUAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD . .	121
9. CONCLUSIONES . .	125
BIBLIOGRAFÍA .	129
ANEXOS .	139
ANEXO B. . .	139
ANEXO C. . .	142
ANEXO D. . .	146

GRUPO INVESTIGADOR:

Claudia Patricia Toro Ramírez: Socióloga, Especialista en Técnicas de Investigación Social, Magister en Desarrollo Educativo y Social.

Alvaro León Yepes Marín: Médico y Cirujano, Magister en Salud Colectiva.

Berena Patricia Torres Marín: Antropóloga, Magister en Salud Colectiva.

Martha Lucía Escobar Pérez: Médico y Cirujano, Especialista en Salud Ocupacional, Magister en Salud Colectiva.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los autores de las investigaciones e informes de prácticas, así como a las personas que accedieron a las entrevistas, sin estos insumos hubiera sido imposible el desarrollo de esta investigación.

A las universidades, ONG y personas de las cuatro ciudades, que permitieron la revisión de sus materiales.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia quien abrió el espacio para el desarrollo de esta investigación.

A la doctora Claudia Toro, investigadora principal, asesora y amiga, quien fue el motor y guía en este aprendizaje.

A nuestras familias, compañeros y amigos, que nos apoyaron estos dos años y comprendieron nuestras ausencias.

A las personas de las distintas ciudades, que de una u otra forma se vincularon a la recolección, organización y digitación del material.

RESUMEN

Con el objeto de describir el estado de la discusión y las características de las prácticas en la década comprendida entre los años 1991–1999 en Colombia, se eligieron como unidades de trabajo: las investigaciones de posgrado, los eventos y las entrevistas a personas clave, de la promoción de la salud; sistematizaciones y documentos relacionados con las prácticas de promoción de la salud. La información se localizó en las ciudades de Medellín, Bogotá, Cali y Manizales.

Se trata de un análisis documental histórico hermenéutico, en tanto que se centra en la comprensión de los discursos de teoría y práctica con la intención de reorientar la propuesta de promoción de la salud como práctica social.

La promoción de la salud en Colombia en la última década, de acuerdo al análisis realizado, presenta avances, aunque se queda corta en los planteamientos epistemológicos y teóricos. La práctica presenta dificultades en su ejecución, debido a la falta de coherencia entre fundamentos, propósitos y metodologías.

Para la práctica social de la promoción de la salud es importante fortalecer los procesos de formación de los actores y el abordaje de metodologías cualitativas, en las que interactúen las ciencias sociales y humanas, pedagógicas y de la salud, que permitan realizar acciones de manera comprensiva y transformadora, así como incidir en el objeto de la promoción de la salud: la vida.

INTRODUCCIÓN

"El motivo de la enorme dulzura de esta vida es que está modelada por muchos sueños e ilusiones. ¡que importa que el sueño sea engañoso, mientras la imaginación esté llena de realidades! Sin ellos el hombre estaría constantemente acosado por la necesidad. Estas son las mayores riquezas de la vida.¡Que vengan pues a ocupar su lugar, que su existencia sea eterna!" Bibhouti Bhoushan Banerji.

La Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, a partir de la tercera cohorte de egresados (1999-2000) plantea la necesidad de una línea de investigación en promoción de la salud, al encontrar en este concepto un espacio de articulación de la salud con otras esferas del conocimiento y de la práctica que deben ser miradas con mayor profundidad.

En la revisión bibliográfica hecha a los documentos clásicos de la promoción de la salud aparecen, en el momento de construir supuestos, aportes significativos, preguntas y problemas que tocan fundamentalmente tres aspectos:

La solidez, suficiencia y articulación de las categorías de análisis propuestas desde la teoría.

La evidencia de una riqueza y heterogeneidad en las prácticas de la promoción de la salud, la cual es necesario confrontar con el sistema de categorías.

La posibilidad de aportar al conocimiento del campo de la promoción de la salud desde las teorías y las prácticas.

En este sentido, las categorías hasta hoy propuestas aportan a la construcción conceptual y técnica de la promoción y abren la discusión en la perspectiva de consolidar la promoción de la salud como un campo de pensamiento e intervención.

Desde las diferentes aproximaciones a la promoción de la salud hay acuerdo en la necesidad de considerar, preguntas por el ser humano, la vida, el bienestar, el desarrollo humano, lo cultural, lo social y lo político.

En los currículos de pregrado y posgrado de ¿No es necesario decir de qué Facultad? distintas facultades del área de la salud y de las ciencias sociales, se ha incluido la promoción de la salud con la intención de plantear nuevos asuntos a las preocupaciones y ocupaciones del área de la salud, y a las discusiones planteadas desde otras perspectivas. Es claro que la perspectiva clínica asistencial no permite abordar con suficiencia problemáticas que son necesarias al acercarse al bienestar como propósito, por tanto se requiere la participación de distintas disciplinas en este campo deconocimiento, y se abre la posibilidad de entender la promoción de la salud como objeto propio de la transdisciplinariedad.

La compleja realidad colombiana al final del milenio, profundamente atravesada por altos niveles de iniquidad en lo económico, en lo político y en lo social, incide directamente en el deterioro de las condiciones de vida de un alto número de colombianos y colombianas. Por otra parte, el nuevo marco legislativo en el cual se ha movido la salud en Colombia en la última década, caracterizado por la promulgación de la Constitución Política de 1991 y la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud con la Ley 100 de 1993, ofrece insumos suficientes para iniciar un proceso de búsqueda y reflexión en torno a la promoción de la salud.

Sin embargo, ante la crisis por la que pasa el país, reconocida por diferentes autores, se hace necesario establecer cuáles son las posibilidades que ofrece la promoción de la salud, cuáles son sus limitaciones y cuál es la forma de desarrollarla, con el objetivo de encontrar caminos que conduzcan a ayudar a salir de dicha crisis.

El planteamiento del problema expuesto permite formular las siguientes preguntas orientadoras:

¿Cuáles son las categorías utilizadas, los avances y las interpretaciones teóricas en la promoción de la salud en la última década del milenio?

¿Cómo se han desarrollado las prácticas en la promoción de la salud en la última década del milenio?

¿Cuáles son las fisuras y tensiones entre el conocimiento producido y las prácticas implementadas en promoción de la salud?

La investigación "Estado de la discusión y de la práctica de promoción de la salud en Colombia 1991 – 1999" se planteó en el marco de la línea de investigación promoción de la salud, de la maestría en salud colectiva, y se ha constituido en un proceso de aprendizaje enriquecedor, además de ser un abre bocas a nuevos desarrollo académicos.

La investigación esta presentada en tres partes: los aspectos del diseño metodológico que describen el camino seguido para el desarrollo; el primer nivel de análisis o descriptivo en donde se describe ampliamente el análisis realizado a cada

unidad de trabajo; el segundo nivel de análisis y conclusiones que recogen las discusión realizada desde cada unidad de trabajo sobre los supuestos y preguntas hechas para este nivel.

1. OBJETIVOS: LAS PREOCUPACIONES

"Sostenemos que solo emerge la deliberación, la conciencia de lo que estamos ejecutando, cuando este fluir en la transparencia por alguna razón se ve interrumpido: cuando se produce lo que llamamos un quiebre. Un quiebre diremos, es una interrupción en El fluir transparente de la vida". Antonio Elizalde

1.1 OBJETIVO GENERAL

Describir el estado de la discusión y las características de las prácticas de la promoción de la salud en Colombia, para que sirvan como soporte investigativo de la línea de investigación en promoción de la salud en la maestría en salud colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Recuperar la producción científica de la promoción de la salud desarrollada entre 1991 y 1999 en las ciudades de Medellín, Bogotá, Cali y Manizales.

Identificar y analizar las prácticas significativas de promoción de la salud en las

ciudades de Medellín, Bogotá, Cali y Manizales entre 1991 y 1999.

Aportar a la construcción de categorías científicas en el campo de la promoción de la salud.

2. PROPÓSITOS: LOS SUEÑOS

"El gran final del arte es sacudir la imaginación con la fuerza de un alma que no admite la derrota, aún en medio de un mundo que se derrumba" Federico Nietzsche

Contribuir a la consolidación de la "línea de investigación en promoción de la salud" de la maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, no solamente con el aporte de los nuevos conocimientos que puedan ser construidos en el proceso investigativo, sino también con la generación de nuevos interrogantes que guíen y amplíen el horizonte de la investigación.

Aportar a la construcción de una propuesta para la promoción de la salud, enmarcada en el ámbito nacional, que responda a las necesidades del país y que ayuden a orientar el quehacer de las instituciones formadoras de recursos humanos, de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las organizaciones no gubernamentales que se ocupen del tema y de las instancias encargadas de trazar las políticas sanitarias.

3. DISEÑO METODOLÓGICO: CONSTRUYENDO CAMINOS

"Toca a la imaginación creadora de nuestros filósofos, artistas y científicos, redescubrir no lo más lejano, sino lo más íntimo y diario: el misterio que es cada uno de nosotros. Para reinventar el amor como pedía el poeta, Tenemos que inventar otra vez al hombre... Si nuestro mundo ha de recobrar la salud, La cura debe ser dual: la resurrección política Incluye la resurrección del amor". Octavio Paz

Se entiende como diseño metodológico la lógica como se hacen operativos el enfoque y la teoría, articulando de manera coherente los componentes básicos de todo campo de conocimiento, entendidos como:

Lo epistemológico como posibilidad de construcción de conocimiento científico.

Lo teórico dónde se ofrecen categorías que se utilizan como herramientas de análisis, agrupa la discusión teórica sobre la categoría promoción de la salud.

La práctica social en dos perspectivas como: como operacionalización de lo propuesto desde lo epistemológico y lo teórico y como categoría epistémica que permite la construcción de conocimiento.

El diseño metodológico de la investigación señala dos momentos:

El primero es el referente conceptual que son aquellas reflexiones sólidas sobre promoción de la salud, a partir de las cuales se identifican categorías centrales y ejes a

partir de los cuales es posible pensar la promoción de la salud, las cuales son el insumo para la construcción de un mapa mental que guía el análisis en un primer nivel o descriptivo.

El segundo es el enfoque, que según la escuela de Frankfurt es histórico hermenéutico, en tanto que se centra en la comprensión de los discursos de teoría y práctica con la intención de reorientar la propuesta de la promoción de la salud como práctica social. Para el análisis se definen tres núcleos problemáticos que guían tanto el primer como el segundo nivel de análisis y son la estructura básica del mapa mental.

El análisis de la investigación se realiza en espiral, es decir por niveles cada vez más concluyentes, que permiten fortalecer categorías y relaciones entre ellas; los niveles son: la construcción del mapa mental a partir de los referentes conceptuales y epistemológicos, análisis descriptivo, segundo nivel de análisis y conclusiones. Por ello antes de las conclusiones generales, aparecen conclusiones en el primer nivel de análisis o descriptivo, y en el segundo nivel que desarrolla los supuestos y las preguntas.

3.1 REFERENTE CONCEPTUAL

Se escogen cuatro discusiones conceptuales: la primera, los pronunciamientos internacionales; la segunda, la medicina social; la tercera, el desarrollo humano; la cuarta, el proceso vital humano.

3.1.1 PRONUNCIAMIENTOS INTERNACIONALES

En los últimos cuarenta años la promoción de la salud ha sido objeto de múltiples planteamientos:

Henry E. Sigerist ¹ es reconocido como el primero en utilizar el término, al referirse a una de las tareas más importantes de la medicina para resolver los problemas de salud de la población: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de la enfermedad y la rehabilitación. De esta manera, la salud es el producto de condiciones de vida y trabajo dignas, de la posibilidad de educación y cultura física y de espacios de esparcimiento y descanso; según el mismo autor, debe desarrollarse con la cooperación de los médicos, los educadores, los trabajadores sociales, los administradores y los legisladores.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, reunión conjunta de la OMS y UNICEF en la cual se produjo la Declaración de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000” ², planteó que las políticas de salud deben orientarse a los

¹ . ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Oficina Sanitaria Panamericana: 1996. 402 p. Washington: OPS, 1996. p402 (PC 557)

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata. URSS. Ginebra: OMS, 1978.

grupos vulnerables con servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y urgencias adecuadas, para resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad.

Una corriente importante en promoción de la salud, quizá la más acogida por la OMS y OPS Estamos seguros que es por todo el mundo?? , es la Escuela Canadiense ³ , que entiende la promoción de la salud como estrategia de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta escuela ha subrayado la importancia de los estilos de vida y de la responsabilidad social e individual en la consecución de la salud. Para esta escuela, la promoción de la salud es novedosa en la medida en que a partir de ella se han abordado temas como políticas saludables y medio ambiente sano, inscribiéndose así en las estrategias generales que se elaboran para países pobres a fin de combatir la pobreza y la desigualdad, con la concertación de las instituciones de cada país y con la cooperación internacional. Ha sido una escuela muy influyente y directriz de las políticas internacionales, y podría decirse que la Declaración Alma Ata y la Carta de Ottawa recogen los lineamientos desarrollados por esta escuela.

Los eventos internacionales, que a juicio del grupo investigador han determinado desarrollos o han sido los de mayor influencia en las discusiones académicas y en las políticas estatales de nuestro país son: La Carta de Ottawa ⁴ en 1986, La Conferencia de Santafé de Bogotá ⁵ en 1992 y La Declaración de Yakarta ⁶ . Otros eventos a los cuales se tuvo acceso, no se consideran en este trabajo por su poca influencia en la operacionalización de la promoción de la salud, existen otros eventos, que debido a su escasa circulación y difusión no fue posible analizarlos en el curso de esta investigación.

Los eventos elegidos por el grupo investigador, coincidentalmente fueron analizados de manera colectiva en un taller realizado en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, los días 24 y 25 de agosto de 2000, coordinado por el doctor Saúl Franco.

El valor de este evento es haber incluido como categorías de análisis el contexto, los conceptos básicos de salud, las estrategias de implementación y las críticas a cada una de las declaratorias. El análisis realizado permite ubicar el contexto histórico, que para esta investigación se convierte en una categoría de análisis como se verá posteriormente.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Op.cit. p. 3-37.

⁴ Ibid. 41

⁵ DECLARACION DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ PARA LA PROMOCION DE LA SALUD. 1991. 7 p.

⁶ ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. La declaración de Yakarta: Acerca de la promoción de la salud en el siglo 21. En: Boletín Epidemiológico de Antioquia, Antioquia: Año XII, Nº 1. (Enero-marzo. 1997) p 506-509.

Cuadro 1. Análisis de los pronunciamientos internacionales de promoción de la salud.

	CONTEXTO	CONCEPTOS BÁSICOS	ESTRATEGIAS PRINCIPALES	CRITICAS
OTTAWA, 86	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de la Salud Pública • Reconocimiento creciente de la salud social • Auge del debate • Alzamiento de la salud • Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000) • Salud Social en el Plan de Bogotá 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud como un concepto holístico • Atención a la salud social • Dependencia de los individuos los medios para mejorar la salud en función de la educación, el hábito de vida • Premisas: soberanía, equidad, equidad, inclusión, educación, justicia social, equidad, desarrollo sostenible 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento • Educación • Control de los servicios de salud • Desarrollo de estudios comunitarios • Crear ambientes favorables • Construcción de políticas multisectoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta centralización en países desarrollados • Poco énfasis en el desarrollo de la salud social • Poco énfasis en el desarrollo de los países en desarrollo • Poca atención a las políticas instrumentales
BOGOTÁ, 92	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Historia pública de la salud en el siglo XX, en el marco del Plan de la Salud 100. • Intencionalidad de la Carta de Bogotá, globalización, desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Equidad • Salud como un concepto holístico • Salud como la capacidad de la salud • Calidad de la vida • Interacción del Bienestar • Desarrollo de Salud • Premisas de la paz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento • Construcción de la salud • Distribución de la salud • Atención al problema de la salud • Atención a los problemas de salud • Políticas ambientales • Participación • Educación ambiental • Optimización de recursos • Construcción de políticas • Equidad, equidad, equidad • Investigación efectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena atención a la salud • Atención a la salud social y a la promoción de la salud • Énfasis en los países del tercer mundo • Poco énfasis en el desarrollo de la salud pública • Atención a la salud comunitaria • Poco énfasis en el desarrollo de la salud • Si bien es en cada uno de los declaraciones e iniciativas de las décadas
PARÍS, 97	<ul style="list-style-type: none"> • Avances de la salud • Salud Social • Tripartito cognitivo: intelectual, social y emocional • Reconocimiento de patologías relacionadas con el estrés, acumulación epidemiológica • Promoción de la salud y la seguridad de la implementación • Reconocimiento de la salud ambiental 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud como un concepto holístico • Atención a la salud social • Salud como la capacidad de la salud • Calidad de la vida • Interacción del Bienestar • Desarrollo de Salud • Premisas de la paz • Responsabilidad social y ambiental • Globalización de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento • Educación • Control de los servicios de salud • Desarrollo de estudios comunitarios • Crear ambientes favorables • Construcción de políticas multisectoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta centralización en países desarrollados • Poco énfasis en el desarrollo de la salud social • Poco énfasis en el desarrollo de los países en desarrollo • Poca atención a las políticas instrumentales

El resultado de este ejercicio se presenta en el Cuadro 1

El recorrido muestra que a mediados de la década de los 80 se presentaba la crisis de la salud pública, los modelos explicativos de la enfermedad y sus formas de controlarla no eran suficientes; Salud Para Todos en el año 2000 (SPT 2000) era el ideal hacia el cual se dirigían las acciones, pero no había condiciones que permitieran pensar en su materialización. La operacionalización en este sentido estaba a cargo del Estado que las centralizaba y dirigía, pero él también presentaba su propia crisis administrativa; se presentaba la transición del modelo

desarrollista al modelo neoliberal, que implica para los Estados el delegar responsabilidades económicas y sociales en otras instancias.

La Carta de Ottawa (Canadá) en 1986 propone otra forma de entender la salud, ya no como una responsabilidad pública a cargo del Estado, sino como responsabilidad individual, pensada en positivo, orientada al bienestar. Las acciones se dirigen entonces a reorientar los servicios de salud y a preparar a la población para delegarle

responsabilidad de su propia salud con estrategias de participación, educación, desarrollo de aptitudes, y el Estado se compromete con la tarea de construir políticas públicas saludables. La carta destaca la importancia que para la promoción de la salud representan la alimentación, la vivienda, la educación, el empleo y los servicios básicos de agua potable y saneamiento ambiental; llama la atención sobre la participación comunitaria y la intersectorialidad en la planeación y desarrollo.

Esta carta entiende la salud desde el modelo salud-céntrico y no diferencia sus acciones de la prevención de la enfermedad. El Estado delega responsabilidades en cada individuo, pero es quien marca las directrices y las condiciones, estableciendo una relación política y de poder; este pronunciamiento es acogido por la mayoría de los países como el fundamento de la promoción de la salud, independientemente de las condiciones de cada uno de ellos.

A principios de la década del 90, con el auge neoliberal, el mundo globalizado y con grandes cambios geopolíticos, los países subdesarrollados y en crisis convocan La Declaración de Santafé de Bogotá (Colombia) en 1992.

La Declaración de 1992 incluía entre sus estrategias la participación, la convivencia y la solidaridad, así como promover estilos de vida saludables, el cuidado del ambiente y la descentralización de los servicios de salud, pretendiendo un enfoque más social que la anterior carta. Concedió gran importancia a conceptos como desarrollo, igualdad, concertación, sociedad civil y participación de todos los sectores. Esta conferencia destacó no sólo la relación entre salud y desarrollo, sino también la necesidad de la solidaridad y la equidad social para lograrlos.

La acogida política fue buena porque se ubica en el contexto latinoamericano y en particular en el colombiano, donde la equidad y la paz son la aspiración de la mayoría de los pobladores. Sin embargo, los aportes a la conceptualización de la promoción de la salud son precarios y se apoya en la Carta de Ottawa sin cuestionarla. Esta Declaración no tiene ni la difusión ni el impacto esperado, ni siquiera en el país de origen. Nueve años después, algunos de los entrevistados que estuvieron en la redacción de esta declaratoria manifiestan que para las condiciones presentadas políticamente, la declaratoria fue poco contundente.

Se discutía entonces la salud como derecho, la equidad y la paz como condiciones particulares y necesarias para la promoción de la salud en el contexto latinoamericano y se afianzó el bienestar como el concepto básico hacia donde deberían dirigirse los esfuerzos para lograr la salud.

En el mismo marco geopolítico y económico, los avances tecnológicos y científicos en su clímax (como el caso del Proyecto Genoma Humano y la clonación), SPT 2000 era una meta inalcanzable y, por el contrario, reaparecían patologías que se creían controladas y persistían otras a pesar de los esfuerzos en su control, los países desarrollados convocan a la reunión de Yakarta (Indonesia) en 1997 a otra reunión para discutir la promoción de la salud.

En Yakarta la promoción de la salud se convierte en una estrategia de baja inversión y mayor cobertura, dirigida a optimizar recursos y a crear alianzas con diferentes sectores para mayor eficiencia y eficacia. Esto en el marco a las reformas a la seguridad social y a

los servicios de salud se habían implementado, la salud se concibe, entonces, como inversión y recurso regida por las leyes del mercado.

Esta carta tampoco presenta desarrollos teóricos del concepto de bienestar o de promoción de la salud, adquiere compromisos para el manejo y optimización de recursos.

3.1.2 MEDICINA SOCIAL

El reconocimiento de la relación entre condiciones de vida y salud ha servido de base para el nacimiento de la medicina social. Aunque inicialmente el planteamiento de la relación entre la enfermedad y los problemas sociales fue ambigua, esta ha sido una gran preocupación de esta corriente de pensamiento.

La medicina social inició un proceso de revisión a la perspectiva epidemiológica tradicional, cambiando las categorías de tiempo, lugar y persona por las de historia, espacio y clase social. Además, cambió el enfoque de la historia natural de la enfermedad por la historia social de la enfermedad. Así, la epidemiología crítica señaló los limitantes de la epidemiología tradicional para abordar la salud-enfermedad con sus determinantes sociales.

Son varias las vías por las cuales se han desarrollado las propuestas de trabajo en la medicina social latinoamericana que se ocupan de la relación entre condiciones de vida y salud, la característica común entre ellas es que privilegian para el análisis de la distribución de la salud-enfermedad, los determinantes que provienen del consumo sin desconocer las provenientes de la producción.

La temática de la relación condiciones de vida-salud en la medicina social cuenta con un grupo de categorías generales ampliamente utilizadas: reproducción social, clases sociales, condiciones de vida, espacio urbano, espacio regional y perfiles epidemiológicos.

3.1.3. DESARROLLO A ESCALA HUMANA

El Desarrollo a Escala Humana es una propuesta económica realizada por la CEPAUR en Chile, que ofrece una concepción metodológica orientado a la satisfacción de las necesidades, entendiéndolas como potencialidades, y propone para ellas una taxonomía en la cual se diferencian claramente de los satisfactores; este modelo exige una nueva manera de interpretar la realidad que desborda la perspectiva disciplinar y obliga, ineludiblemente, a la transdisciplinar y permite elaborar propuestas, productos y relaciones sociales diversas.

El desarrollo humano es una categoría que no se agota en la propuesta de la CEPAUR, por ello se analizan otras apropiaciones de la categoría, cómo se ha desarrollado, en que ámbitos y bajo qué términos se utiliza.

3.1.4 PROCESO VITAL HUMANO

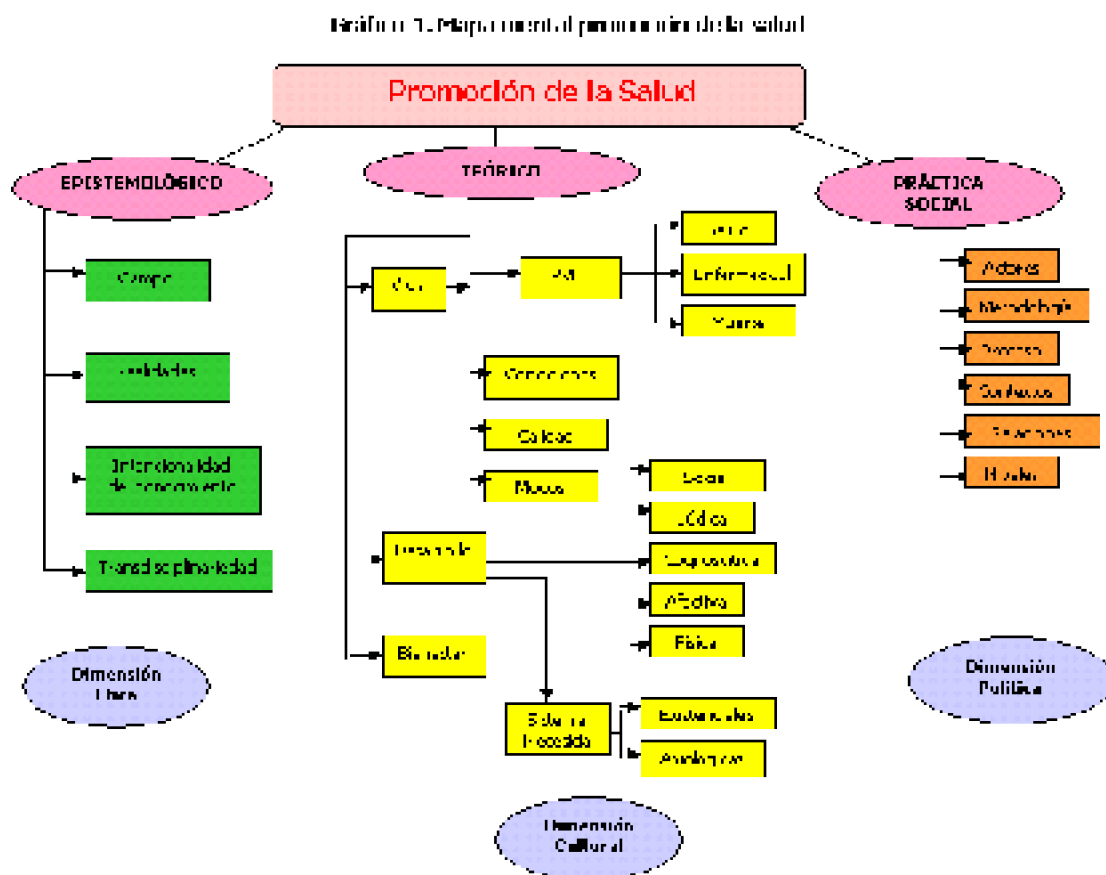
Los planteamientos del doctor Saúl Franco han servido de guía para desarrollos teóricos y prácticos en salud colectiva, inscritos en la corriente de la Medicina Social Latinoamericana. El Proceso Vital Humano como herramienta metodológica reafirma el concepto de salud-enfermedad, como realidades articuladas, en movimiento y permanente transformación que involucran a otras disciplinas y campos del saber. Igualmente, su propuesta coloca la vida como una categoría básica, objeto de conocimiento y objeto del saber y del quehacer en salud. Así mismo, plantea este autor que a través de la promoción de la salud es posible modificar las condiciones de vida, para hacerlas dignas y adecuadas, de tal manera que se posibilite la realización de las potencialidades y se permita la satisfacción de las necesidades y el acceso a las oportunidades.

Luego de la revisión de estos cuatro referentes conceptuales, son claros los múltiples acercamientos teóricos y prácticos al concepto de promoción de la salud, sin embargo persisten dificultades y diferencias en la construcción del concepto. Las definiciones expuestas han variado significativamente entre los autores y es así como la promoción de la salud ha sido conceptualizada como: una política, una estrategia, un conjunto de acciones, un enfoque, entre otros, dirigidos al logro de mejores condiciones de vida.

Este trabajo investigativo pregunta por el estado de la discusión y de la práctica de la promoción de la salud entre 1991 y 1999 en Colombia, no se realiza de manera comparativa con este referente conceptual, sino que a partir de este, los investigadores elaboran un mapa mental de las categorías claves y de algunas intuiciones, que se convierte en la guía para elaborar el análisis de los supuestos y las preguntas de la investigación.

3.2 MAPA MENTAL

El mapa mental contiene tres núcleos problemáticos: el epistemológico que recoge las discusiones sobre el campo de conocimiento de la promoción de la salud, el enfoque y la transdisciplinariedad; el teórico que ofrece categorías que se utilizan como herramientas de análisis; y la práctica social en dos perspectivas, como operacionalización y como categoría epistémica.



En el gráfico 1 se esquematiza el mapa mental.

3.3 METODOLOGÍA:

La investigación ESTADO DE LA DISCUSIÓN Y DE LA PRÁCTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA 1991-1999, en el componente teórico,

revisó la producción en el ámbito académico, tanto curricular como extracurricular así como las propuestas presentadas en los eventos realizados en el país, en el componente práctico se revisaron las prácticas sistematizadas y testimonios. No se considera estado del arte, porque no es un censo y recopilación de todo el material producido en el país, sino de las discusiones sobre promoción de la salud.

La búsqueda de la información se llevó a cabo en cuatro ciudades del país: Bogotá,

Medellín, Manizales y Cali. Se escogieron estas ciudades por ser los polos de desarrollo académico, donde se toman las principales decisiones del país y donde se concentran las instituciones académicas. Se incluyó Manizales porque allí se han implementado las políticas públicas saludables y tiene el único posgrado en el país en promoción de la salud.

3.3.1 UNIDADES DE TRABAJO

INVESTIGACIONES: Para esta unidad de trabajo se tuvo en cuenta la producción científica que ha orientado la promoción de la salud, representada en tesis de posgrado e investigaciones de centros de investigación universitarios o no. Los posgrados, a la vez que posibilitan el perfeccionamiento de una ocupación, profesión o disciplina, consideran la investigación como un elemento base y fundamental y como ámbito necesario en cualquier área del conocimiento. Además, es requisito que estos programas den herramientas para la práctica investigativa que permitan profundizar teórica y conceptualmente en un área específica, llegando a la producción de conocimiento.

La Ley 30 de 1992 por la cual se organiza el servicio público de la educación superior en Colombia no exige para las especializaciones la producción de nuevo conocimiento, pero sí una revisión bibliográfica, que en general produce una monografía; a las maestrías se les exige la producción de conocimiento para comparar o convalidar con otros; a los doctorados y posdoctorados se les exige un aporte nuevo al conocimiento. Por tal razón se pretendía tener en cuenta las producciones científicas de las maestrías y doctorados, pero se incluyen algunas tesis de especialización por tener la promoción de la salud como objeto de estudio. En este sentido, fue posible analizar 40 tesis, 25 de maestría y 15 de especialización.

Según el sistema de ciencia y tecnología colombiano, aunque no todos los centros de investigación pertenecen a las universidades, muchos de ellos han logrado producir conocimiento que merece tenerse en cuenta. Sin embargo, en la recolección de la información no aparecen datos en este sentido, sólo se ubican áreas de investigación de las ONGs que fueron abordadas por la unidad de trabajo prácticas. En los centros de investigación universitarios se encuentran cuatro investigaciones.

LOS EVENTOS: Las discusiones presentadas en eventos nacionales (10) e internacionales (2) sobre promoción de la salud. Es necesario precisar que entre los eventos nacionales, tres de ellos correspondieron a encuentros de salud comunitaria, y adicionalmente se analizaron seis ponencias de promoción de la salud presentadas en eventos más amplios.

LAS PRÁCTICAS: Prácticas documentadas en promoción de la salud. La promoción de la salud se materializa en muchas de las prácticas desarrolladas por las instituciones de salud en el ámbito local, las Organizaciones No Gubernamentales y las Cajas de Compensación. En este sentido fue posible revisar y analizar 26 prácticas.

LOS ENTREVISTADOS: Los entrevistados son personas que desarrollan actividades laborales y académicas en el campo de la promoción de la salud, en las diferentes ciudades seleccionadas para el estudio. Se realizaron 24 entrevistas.

Se diseña una base de datos (Anexo A) en dónde se registran diferentes características de los documentos, este insumo es básico, para la realización de los resúmenes analíticos de investigación de los documentos analizados. Se desarrollan las técnicas propias de la revisión documental como son fichas bibliográficas, fichas resumen, fichas analíticas. El programa Etnograph 4.0 para el análisis de las entrevistas. Los mapas mentales y mapas categoriales, estos últimos como una manera de generar, registrar, organizar y asociar ideas.

3.3.2 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.3.2.1 INVESTIGACIONES

Después de un primer mapeo por las universidades que ofrecían posgrados en las ciudades de Medellín y Bogotá y dada la escasez de material, se decide incluir maestrías en salud comunitaria y de las áreas sociales porque se identificaron tesis que trabajaban la temática. Se hizo contacto con las personas encargadas de los posgrados y centros de investigación para orientar la búsqueda. La información se ubicó en bibliotecas y centros de documentación, donde se encontraron las siguientes dificultades:

Las bases de datos no referencian, en su mayoría, año y disciplina y títulos que aparecen en ellas no se encuentran en los estantes, o resultan ser de pregrado.

En muchas universidades no está permitida la reproducción de tesis, lo que implicó una serie de trámites entre universidades para poder obtener la autorización de reproducción que fue permitida pero sólo parcialmente, lo que aumentó el tiempo asignado para la recolección del material.

No se previó las dificultades de tiempo y presupuesto para los viajes a otras ciudades lo que dificultó la búsqueda y revisión documental, ya que el tiempo de lectura de cada material es muy variable.

Para llevar un registro de los documentos se diseñó un instrumento de recolección de información (Anexo B) que permitió registrar los datos bibliográficos y además los elementos básicos para el análisis. Un segundo instrumento (Anexo C) se elaboró para hacer la recolección de la información, en los casos que esta labor no pudo ser realizada por la investigadora.

En total se recogen 46 documentos de los cuales se descartan dos por estar relacionados con la Promoción Automática Escolar; los 44 documentos seleccionados, se encuentran: 18 en Manizales, 2 en Cali, 6 en Bogotá y 18 en Medellín; 20 de estas investigaciones son desarrolladas en la ciudad donde fueron encontradas, y 24 fueron desarrolladas en otros municipios del país, hecho que refuerza el análisis de tendencias de la discusión en el país.

Se considera que deben existir más trabajos de los que se pudieron revisar, sin embargo, es importante aclarar que el presente trabajo no es un inventario de las investigaciones en promoción de la salud.

El Cuadro 2 muestra la distribución de las investigaciones por universidad y programa.

Cuadro 2. Investigaciones según universidad y programa.

UNIVERSIDAD	NÚMERO DE INVESTIGACIONES
CINDE Maestría	
Salud Comunitaria	5
Desarrollo Educativo Social	7
Educación y Desarrollo Comunitario	10
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Maestría y Especialización	
Salud Pública Administración de Servicios de Salud	1 2
UNIVERSIDAD DE CALDAS Especialización	
Promoción de la Salud	9
UNIVERSIDAD EL BOSQUE Especialización	
Salud Familiar y Comunitaria	4
UNIVERSIDAD EL ROSARIO Especialización	
Gerencia en Salud Pública y Epidemiología	2
CENTROS DE INVESTIGACIÓN	
Facultad de Salud Universidad del Valle	2
Facultad de Psicología Universidad de Manizales	1
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.	1
	TOTAL 44

3.3.2.2 EVENTOS

Inicialmente se pensó en recolectar las memorias de los eventos realizados en el país cuyo objeto fuera la “promoción de la salud”, pero después de analizar la información relacionada fue necesario incluir evento que se definen como de salud comunitaria. Por otra parte, también se propuso incluir seis (6) ponencias que fueron presentadas en eventos que no son de promoción de la salud, pero que sí se refieren al tema.

La búsqueda se desarrolló en bibliotecas donde se esperaba encontrar las memorias editadas. Sin embargo, sólo cuatro se encontraron como publicaciones, las restantes son documentos inéditos. Adicionalmente, las memorias publicadas son de poca circulación porque los tirajes son pequeños.

En total, se encontraron nueve eventos en una década, dispersos en temáticas,

sectores y zonas.

Los actores entrevistados fueron informantes claves para identificar algunos de los documentos que hacían parte de estos ejercicios de reflexión y que reposaban como documentos en las instituciones que los organizaron. Toda la información fue fotocopiada para hacer análisis de texto.

3.3.2.3 PRÁCTICAS

Inicialmente el criterio de selección fue el de “prácticas sistematizadas”, entendidas como una producción de conocimiento científico cualitativo desde la metodología hermenéutica. En el proceso de recolección se evidenció que el criterio de prácticas sistematizadas era ambicioso porque las prácticas en salud difícilmente se escriben, la mayoría de ellas son académicas y con mucha dificultad se sistematizan.

Se realizaron visitas a diferentes instituciones en cada una de las ciudades seleccionadas y con la herramienta metodológica de bola de nieve, que consiste que cada fuente de información consultada permite la ubicación de otras fuentes. Es necesario aclarar, que lo realizado no es un censo de prácticas, sino una consulta de aquellas a las cuales se tuvo acceso, y que de alguna manera estaban documentadas.

Debido al escaso número de prácticas sistematizadas, se incluyen además, proyectos institucionales entendidos como prácticas por hacer, investigaciones no académicas y cartillas entendidas como un hacer frecuente en la promoción de la salud. Se recolectaron 49 documentos, se descartaron 23 por ser folletos, plegables, anuarios y volantes que con frecuencia era el único material aportado por las instituciones y no ofrecían ningún elemento de análisis para la investigación.

La información se buscó básicamente en bibliotecas y centros de documentación de las instituciones, y se encontraron las siguientes dificultades:

La mayoría de las prácticas documentadas no figura como sistematizaciones.

En prácticas realizadas por profesionales de áreas diferentes a las de la salud, estas no aparecen referenciadas como promoción de la salud, lo que obligó a ubicarse por títulos en los que se evidenciara alguna relación, para posteriormente analizar si eran pertinentes para el trabajo.

En la mayoría de las bibliotecas y centros de documentación de las instituciones, faltan listados y codificación del material en bases de datos, lo que implicó la revisión de estantes y cajas donde se almacenan los documentos sin ningún criterio de selección previo.

Muchos de los documentos se encontraron en archivos personales de los contactos.

Algunos informantes relataron prácticas muy llamativas, pero no se contó con información documentada de ellas, en algunos casos eran básicamente informes administrativos.

En otras instituciones se negó el acceso a la información por no tener el mayor interés en la difusión y por temor a apropiación del material intelectual.

Para la recolección de la información se diseñó un formato con su respectivo

instructivo, que permitiera identificar y ubicar el documento revisado, así como agilizar el proceso de selección cuando la información era recolectada por auxiliares de investigación. (Anexo D)

Finalmente, se incluyen en la investigación 26 documentos sobre prácticas. Se recolectaron nueve sistematizaciones (cuatro en Medellín, dos en Cali, dos en Bogotá y una en Manizales) con diferentes análisis y complejidades, pero que registran prácticas de intervención y analizan los resultados obtenidos.

Del total de sistematizaciones, ocho fueron realizadas por Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y una por una institución universitaria. Llama la atención que del total de sistematizaciones revisadas, sólo una se considera a sí misma promoción de la salud y es realizada por un grupo interdisciplinario de una ONG. Se aprecia en las ONG un trabajo social de intervención afín con la razón de ser de este tipo de organizaciones (entidades sin ánimo de lucro que intermedian las acciones sociales del Estado). Muchas de ellas son lideradas por profesionales de las áreas de las ciencias sociales y humanas, y en su gran mayoría no consideran la promoción de la salud como su área de trabajo, aunque direccionan esas áreas hacia el bienestar, la convivencia pacífica, la organización comunitaria y el desarrollo del ser humano.

Las entidades de salud, tanto gubernamentales como las que no lo son, consideran la promoción de la salud como su objeto de intervención y siguen los lineamientos de la legislación para realizar las acciones. Las instituciones educativas, principalmente las de las áreas de la salud, plantean prácticas académicas en las cuales el objeto no es la práctica de intervención social, sino el aprendizaje de los profesionales en formación.

3.3.2.4 ENTREVISTADOS

La fuente de información en esta unidad de trabajo la constituyeron veinticuatro entrevistas semiestructuradas realizadas a diferentes actores que se encuentran involucrados en el campo de la promoción de la salud en Colombia. Ellas se llevaron a cabo en las cuatro ciudades seleccionadas, en el periodo comprendido entre octubre del año 1999 y enero del 2001. La selección de los informantes en cada ciudad se orientó por la herramienta metodológica bola de nieve. En esta investigación los actores se caracterizaron por ser individuos con un interés específico en el campo de la promoción de la salud que están insertos en diferentes campos de trabajo de la promoción de la salud.

En las entrevistas se aplicó una guía temática derivada del mapa conceptual elaborado por el grupo de investigación, la duración de la entrevista osciló entre una y dos horas y algunas se completaron en dos sesiones, fueron grabadas (siempre que el informante lo permitió), transcritas y ordenadas con ayuda del programa Ethnograph 4.0™ versión 4.0.

4.LA VALIDEZ

Se documentó todo el proceso de investigación para permitir la auditoría metodológica; se explicitarán las relaciones entre los datos y los conceptos que emerjan; se realizará triangulación; y, finalmente, se confrontará la información suministrada por los entrevistados con los datos recopilados en la revisión documental.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se dan los créditos a las investigaciones y personas consultadas en el desarrollo e informe de la investigación, se respetan los derechos de autor, la confiabilidad de la información, y la aceptación voluntaria de los entrevistados para ofrecer información y permitir su grabación, y se mantiene la confidencialidad en la investigación.

6. PRIMER NIVEL DE ANÁLISIS O DESCRIPTIVO: LAS PIEZAS DEL ROMPECABEZAS

"Nosotros estamos acostumbrados a que podemos describir un fenómeno, e incluso explicarlo. Deberíamos ser también capaces de comprenderlo. Lo que nos ocurre es que generalmente nos paramos en el explicar, y ello porque pensamos que con haberlo descrito y explicado ya hemos comprendido el fenómeno. Sin embargo cometemos un gran error" Antonio Elizalde.

Cada unidad de trabajo estuvo a cargo de un investigador, es por esto que en este nivel descriptivo se pueden apreciar diferentes lógicas de análisis y estilos de presentación propios de cada uno, este tipo de análisis lo permite la investigación cualitativa; este nivel es el sustento del segundo nivel de análisis, en donde se ponen en común las discusiones guiadas por el esquema general de análisis (Cuadro 5).

6.1 INVESTIGACIONES

El objetivo de esta unidad es recuperar la producción de conocimientos que se ha hecho sobre la promoción de la salud en la última década en el país. El enfoque utilizado está

orientado a la recolección, la revisión y el análisis, inscribiéndose en la Investigación Documental que reconstruye el desarrollo teórico de las investigaciones aplicadas, permite identificar proposiciones y determinar cómo se articulan, comprendiendo la dinámica descriptiva, explicativa, o comprensiva del discurso. De esta forma se pretende alcanzar un conocimiento crítico acerca del estado de la discusión sobre la promoción de la salud generada desde las investigaciones.

6.1.1 DESCRIPCIÓN POR CIUDADES.

El análisis de las investigaciones por ciudades escogidas para el trabajo nos muestra algunas características:

En Bogotá las investigaciones muestran la preocupación por la aplicación de la Ley 100 que harán las instituciones encargadas de desarrollar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del régimen subsidiado. Se hacen propuestas en este sentido y se plantea además cómo debe ser el desempeño de los actores que desarrollarán estos programas, privilegiando el trabajo interdisciplinario.

De las 18 investigaciones recogidas en Manizales, se realizan 9 en esta ciudad. Es la ciudad que más tradición tiene en promoción de la salud y se ha generado un interés académico e institucional en la realización de prácticas en diferentes ámbitos. Desde el año 1991, el Proyecto Manizales Ciudad Saludable está inscrito en el Plan de Desarrollo Municipal. Una de las investigaciones da cuenta de esta política, reconociendo que no se ha sistematizado lo realizado, ni se ha evaluado el impacto, pero de todas maneras Manizales es una ciudad que se ha interesado en la aplicación de las políticas nacionales e internacionales de la promoción de la salud y tiene un camino recorrido en el mejoramiento de la calidad de vida de la población que debe seguir fortaleciéndose.

En Cali las investigaciones no permiten caracterizar los avances teóricos en promoción de la salud allí desarrollados. Sin embargo, se conoce su larga tradición en salud comunitaria y en una de las investigaciones se muestra el interés por la atención primaria de la salud con un amplio trabajo de promotoras urbanas de salud y el interés académico de la Universidad Libre en la formación de médicos comunitarios y la maestría en Educación Popular y Desarrollo Comunitario de la Universidad del Valle. El análisis de esta ciudad se complementó con la información obtenida de los eventos y las entrevistas.

De las 18 investigaciones encontradas en Medellín sólo 3 son realizadas en la ciudad, son prácticas académicas para obtener títulos. No se ha desarrollado en esta ciudad una política amplia en promoción de la salud que haya afectado de forma positiva la apertura de instituciones de salud, y en el ámbito académico tampoco se ha propiciado un trabajo amplio e interdisciplinario, las acciones catalogadas como promoción de la salud están centradas en acciones de carácter preventivo y realizadas por actores de la salud.

Las 15 investigaciones restantes, realizadas en diferentes municipios del departamento de Antioquia presentan una tendencia parecida, aunque es importante señalar a principios de la década la preocupación por la formación del personal para la atención primaria en salud, y luego con la implementación de la Ley 100, la situación a la

que se ven enfrentados por el desconocimiento de este trabajo extramural, del cual ni siquiera se encuentran evaluaciones, por ejemplo el trabajo de los promotores de salud, de las parteras complementadas, entre otros. Por otra parte, tímidamente se encuentran trabajos de priorización de factores de riesgo de la población usuaria de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del régimen subsidiado.

6.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS INVESTIGACIONES

En total son 44 investigaciones analizadas que presentan las siguientes características:

Los profesionales

De las 44 investigaciones, 23 fueron realizadas por un solo profesional y 21 en forma colectiva. Identificar la profesión de base fue posible en 13 de ellas: una realizada por un educador físico y otra por un psicólogo; en las 11 restantes hay predominio de profesionales de las áreas de la salud (médicos, enfermeras, odontólogos, nutricionistas) y solo en dos intervienen además un trabajador social y un sociólogo.

Conocer la profesión base es un dato de importancia en el análisis, porque habla de la situación del autor o los autores y el papel que ha jugado la profesión o el trabajo conjunto de distintas profesiones en el desarrollo de la investigación. Igualmente, para comprender qué conocimiento se ha generado en los discursos que sustentan las investigaciones, los avances en características metodológicas y alternativas de acción. Este es un llamado metodológico para que en las investigaciones se registren datos académicos de los autores.

Con el análisis de los textos se puede decir que la promoción de la salud sigue siendo objeto de intervención de profesionales de las áreas de la salud, y que se encuentra una fuerte tendencia de estos a formarse en ciencias sociales, ciencias pedagógicas y ciencias administrativas.

Año de edición

El año de edición de las investigaciones no corresponde necesariamente al año(s) en que esta(s) se desarrolla(n), algunas tienen duración variable teniendo en cuenta que corresponden a tesis de posgrado y deben realizarse en el tiempo académico definido por cada universidad, la distribución de las según el año de edición se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de investigaciones según el año de edición

Año	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Frecuencia	2	3	3	7	12	6	11

Marco teórico

Los marcos teóricos o referenciales sustentan el problema planteado, construyendo argumentaciones con los conceptos seleccionados que orientarán el análisis de la situación que se plantea. No se puede hablar de un discurso integrado de las ciencias de

la salud, sociales, pedagógicas o administrativas, pero sí de un interés creciente por construir un discurso coherente que pueda servir de base para las acciones o prácticas concretas. La bibliografía más utilizada se esquematiza en el cuadro 3.

Algunos marcos teóricos dan cuenta del creciente interés por generar un discurso articulado entre ciencias de la salud, sociales y pedagógicas. Sin embargo, no se evidencian núcleos problemáticos que en términos de un problema o necesidad de conocimiento las aglutine, y que permita que con un objetivo común se asocie la teoría y la práctica.

Cuadro 3. Referentes teóricos según disciplinas y temas

DISCIPLINA	TEMAS
Psicología	Autoesquemas: autoconcepto, autocuidado Desarrollo moral: valores, autonomía Psicología organizacional Psicología Humanista Conductismo Constructivismo
Antropología	Teoría cultural Antropología médica Etnomedicina

DISCIPLINA	TEMAS
Sociología	Participación Comunicación Condiciones de vida Calidad de vida
Pedagogía	Pedagogía conductista Pedagogía constructivista Currículo para la formación de recurso humano en salud
Economía	Desarrollo a escala humana.
Salud	Legislación en salud Políticas nacionales e internacionales sobre atención primaria en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad Administración en salud Estilos de vida y hábitos saludables. Factores condicionantes: riesgo y protección

Lo que se encuentra son discursos en torno a la educación en salud, o para la salud, cultura de la salud, lo biosicosocial, o lo psicosocial, que se han convertido en un mito en el sector salud que no logra interpretarse o comprenderse, convirtiéndolo en un asunto retórico que adolece precisamente de integración, de relaciones o comprender cómo un elemento de esta débil unión es afectado por el otro.

El problema se reduce a pensar que los profesionales del área de la salud incluyan en sus prácticas factores psicológicos y sociales en la comprensión de las patologías que afectan a los individuos o comunidades; como no lo es tampoco reunir profesionales de distintas disciplinas para que emitan un concepto, estos enfoques sumativos no implican en ningún momento integralidad, la tarea está en trabajar por la integración conceptual y metodológica.

Otro elemento es la relación que se hace de estos conceptos con amplias descripciones sobre la normatividad y las políticas nacionales e internacionales, y que evidencian contradicciones, con un discurso que desea transformaciones sociales, y con unas políticas que se ocupan del autocuidado y del aseguramiento individual.

Temas

Las temáticas que se trabajan son variables y para el análisis se agrupan en cinco tendencias:

Estilos de vida: la preocupación por la identificación de factores de riesgo, la prevención de la enfermedad, la promoción de hábitos saludables y ambientes saludables, y la atención integral. Se trata de la preocupación por la enfermedad y la responsabilidad individual en su aparición o control.

Participación comunitaria: como un eje necesario para mejorar las condiciones de vida, generando organización, reconocimiento de problemas y desarrollo de compromiso en actividades.

Cultura de la salud: está muy conectada con los estilos de vida, pero se agregan otros elementos como conocer los significados de la salud y la enfermedad, los modos de vida. Como estrategia política plantea el desarrollo de ambientes saludables, hábitos y estilos de vida saludables, que buscan cambios en la población, convirtiéndose en el sustento de programas como Municipio Saludable.

Educación: programas y acciones educativas para poblaciones específicas con temas como hábitos saludables, nutrición, salud oral, autoconcepto y con todo lo que pueda contribuir a la reducción de los índices de morbimortalidad, al fortalecimiento de potencialidades, habilidades psicosociales, y al desarrollo humano. Son básicamente acciones didácticas que sensibilizan o informan a la comunidad. Programas educativos o currículos destinados a capacitar al personal no profesional que debe desarrollar labores de atención primaria de la salud, promoción y prevención.

Recurso humano en salud: se reflexiona en torno a la capacitación, el desempeño y la gestión.

Cobertura y ámbitos

La cobertura nos permite analizar a qué escala estamos generando los procesos prácticos, ella se define en términos espaciales, es decir, los escenarios; o cuantitativamente señalando el número de individuos que son intervenidos.

En el escenario local aparecen 42 investigaciones, en el nacional una que es una investigación documental que analiza retrospectivamente los cambios de la promoción de la salud en Colombia⁷; y una investigación que no tiene un escenario determinado por tratarse de una construcción teórica⁸.

En el ámbito escolar según la temática se seleccionan los niños o los adolescentes en grupos que van desde 16 hasta 42 integrantes, otras veces se trabaja con todos los niños y adolescentes que estén cursando un grado o semestre específico; la población aumenta si la temática implica involucrar los profesores y los padres de familia llegando a

⁷ FALLA MARÍN, Nelsy Cecilia, et al. Estudio retrospectivo de la promoción de la salud en Colombia, desde los contextos constitucional, político y legal, 1970 – 1997. Manizales, 1999, 89 p. Trabajo de Grado (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería..

⁸ RUÍZ, Gloria Inés. Salud, afecto y participación: Una propuesta estética. Medellín, 1997, 24 p. Trabajo de Grado. (Magíster en Desarrollo Educativo y Social). CINDE..

conformar grupos de 25 a 125 personas.

En el ámbito comunitario la cobertura es variada porque se interviene toda la población de un barrio, vereda, comunidad indígena o municipio, o todas las familias o personas cubiertas por el régimen subsidiado o el plan de atención básica. Por ejemplo, con una encuesta se puede cubrir a 400 familias o más. Se seleccionan grupos específicos como las madres comunitarias, conformándose grupos que van de 15 a 20 personas. O los grupos etéreos, que van desde siete a 20 personas, con programas de crecimiento y desarrollo, hipertensión, adolescentes gestantes, sexualidad entre otros.

En los programas de formación del recurso humano en salud la cobertura es menor: grupos de 10 y 15 personas. Sólo en una investigación de evaluación administrativa se convocaron 125 promotoras⁹. Las frecuencias de intervención por ámbito se presentan en la Figura 1.

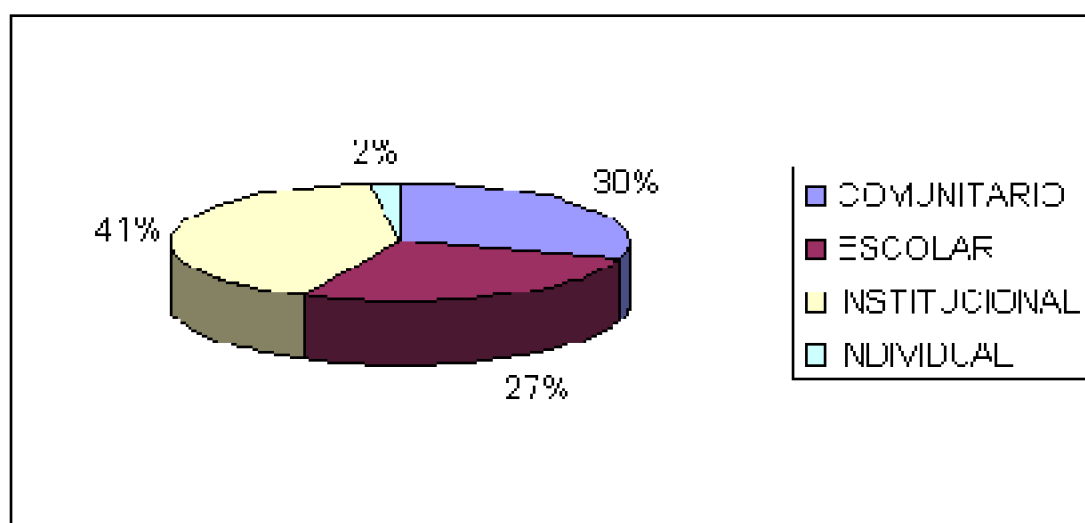


Figura 1. Investigaciones según ámbito de intervención

El porcentaje del ámbito institucional es más alto porque para el análisis se ubican allí las investigaciones que en la relación con la práctica fueron evaluativas y propositivas.

Relación con la práctica

El análisis de ésta relación permite abordar un elemento crítico, como es la relación teoría-práctica. La frecuencia de esta relación se aprecia en la figura 2.

Las descriptivas se desarrollan como producto del interés por conocer aspectos generales o específicos de los grupos sociales, con diagnósticos de tipo epidemiológico o etnográfico con los que se pretende conocer la situación de la población abordada o la priorización de las problemáticas, donde se acepta la multicausalidad de los problemas de salud y el interés por el desarrollo integral de las comunidades.

⁹ CHAPARRO DE VELEZ, Elsa. GARDELA CARMONA, Nibia del Socorro. Desarrollo del Recurso Humano – La promotora urbana en el equipo de atención primaria y la promoción de la salud en Cali. Cali, 1995. 190 p. Investigación. Universidad del Valle. Facultad de Salud.

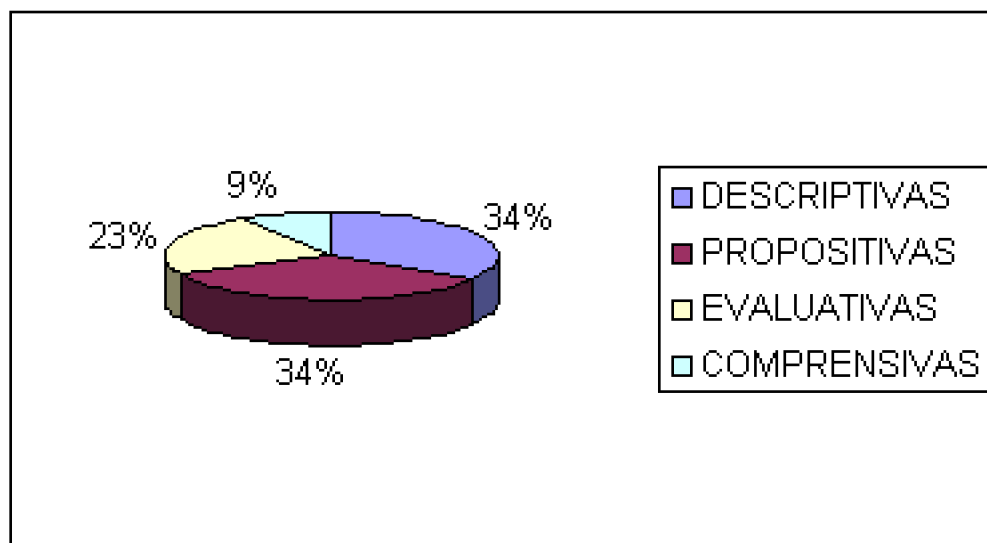


Figura 2. Investigaciones según la relación teoría práctica

Encontramos que es una tendencia que proviene desde la década de los 60 con el modelo desarrollista, que es el comienzo del trabajo de las ciencias sociales y ciencias de la salud especialmente con el concepto de lo biopsicosocial.

Estos documentos son amplios en describir el proceso salud-enfermedad, la situación socioeconómica, los procesos de socialización en la familia y la escuela, aspectos de la vida cotidiana de los individuos y comunidades. Se acercan a los individuos o grupos sociales con el objetivo de identificar, describir, analizar, determinar.

Con los diagnósticos, las investigaciones presentan una serie de dificultades como: diagnosticar situaciones que no se van a trabajar, lo que genera expectativas innecesarias en la población intervenida; abordar elementos que no se tienen en cuenta en el análisis; se realizan los diagnósticos cuando ya se tiene preconcebido cuáles son los problemas y se han diseñado las estrategias y las acciones que van a ser aplicadas.

Muchas investigaciones que se plantean como transformativas se quedan en la descripción de los resultados del diagnóstico y de las acciones realizadas, lo que evidencia una vez más que se quiere impactar las realidades subjetivas e intersubjetivas con una racionalidad objetiva.

Se cae entonces en el activismo que es lo más frecuente en la práctica y que ha sido tradicionalmente lo que ha caracterizado las acciones de la promoción de la salud: acercarse a la realidad con las ideas de sensibilizar, informar, enseñar, promover, concientizar, organizar; de ello no se hace evaluación de impacto por lo que no se alcanza a conocer si logró fortalecer la organización y la participación comunitaria, mejorar las condiciones de vida, generar bienestar integral, o mejorar la calidad de vida.

Las propositivas, es decir desde conceptos teóricos, o desde el marco legislativo se hacen propuestas (proyectos, planes, programas, y estrategias). No se conoce si fueron realizadas. Se destaca en estos trabajos amplios marcos referenciales, se definen metodologías, están dirigidas a comunidades, grupos étnicos, al ámbito escolar y a la formación del recurso humano.

Las evaluativas son las que miden el resultado de las acciones, o el proceso de cómo se ha aplicado un programa o el desarrollo de una política. Sobresalen aquí las investigaciones sobre el desempeño del recurso humano en salud que estará encargado de la atención primaria de la salud y de los programas de promoción y prevención.

Es importante anotar que ninguna evalúa el impacto de una práctica, mostrando escaso interés o falta de conocimiento en cómo hacerlo. Esto es importante porque cualquier tipo de acción con la población es una intervención que genera impacto social, pero no se plantean indicadores ni a corto ni a largo plazo para dar cuenta de él.

Las comprensivas están concentradas en la realidad de una práctica y desde allí aportan a la construcción de conocimiento. Son las más escasas; están ubicadas hacia el final de la década; se caracterizan por el coherente acercamiento a la realidad; no desarrollan extensos marcos referenciales, sino que a partir de categorías y supuestos interpretan el sentido que los sujetos le dan a sus experiencias de vida, conectando de forma clara la relación teoría-práctica, produciendo así nuevo conocimiento, se supera el problema instrumental.

Enfoque.

El enfoque debe responder a la pregunta y objetivos de la investigación que nos indican la realidad que se va a trabajar y la intencionalidad que puede ser explicativa, comprensiva o transformativa.

Los documentos analizados dicen trabajar: con enfoque cualitativo 27, con enfoque cuantitativo 12 y 5 reportan utilizar los dos enfoques simultáneamente. Según estos datos la mayoría de las investigaciones utilizan el enfoque cualitativo, éste no siempre es coherente con el diseño metodológico, pues su preocupación está más en las herramientas de intervención que en generar preguntas comprensivas que se puedan responder eficientemente, y que permitan nuevos niveles de análisis o la maduración de nuevas categorías para la conceptualización del objeto de estudio.

Lo metodológico aparece en las investigaciones como un listado de pasos: revisión de fuentes con las que se construye el marco referencial, trabajo de campo para hacer diagnóstico o recoger la información, análisis descriptivo de la información, jerarquización de problemas, planeación de actividades, organización de los grupos o selección de personas, la ejecución, evaluación de proceso y resultado.

Sólo en cuatro ¹⁰ investigaciones se construye un diseño metodológico coherente con el enfoque y los métodos, articulan la teoría y la práctica y aportan a la comprensión de un fenómeno social o a la construcción teórica, lo que permite que estos diseños puedan

¹⁰ RUÍZ, Gloria Inés.Op.cit BONILLA, Angela María y CHAVARRO PÉREZ, Amparo. Sistematización de una experiencia de educación para la promoción de la salud – territorio indígena La Gaitana – La Plata Huila. Manizales, 1997, 112 p. Trabajo de grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE. VELÁSQUEZ R, Iván Antonio. El sentido de la salud bucodental en los actores protagonistas del programa: acción preventiva odontológica. Estudio de caso en la escuela John F. Kennedy del municipio de Envigado. Medellín, 1996, 102 p. Trabajo de grado. (Magíster en Desarrollo Educativo y Social). CINDE. RESTREPO SOTO, Jaime Alberto. Aproximación a la interpretación del sentido de las habilidades psicosociales y construcción de una propuesta en habilidades para vivir con un grupo de adolescentes de la comuna 5 de la ciudad de Manizales. Manizales, 1998, 147 p. Investigación, Universidad de Manizales. Facultad de Psicología.

utilizarse para ser replicados.

En la elección de las herramientas o técnicas metodológicas encontramos una amplia variedad. Para recoger la información de tipo cualitativo y cuantitativo en el trabajo de campo, se hace uso de la observación, la observación participante, las encuestas, las entrevistas, el diario de campo, las grabaciones, la fotografía, los grupos focales, los documentos institucionales y las historias clínicas.

la práctica se utilizan herramientas tradicionales como charlas, reuniones, comunicaciones masivas, foros, fichas de seguimiento, jornadas saludables. Algunas más novedosas como aprender-haciendo, talleres de reconstrucción de prácticas anteriores, entre otras. Es importante anotar que se ha incursionado fuertemente en el uso de metodologías activas o participativas y en las técnicas de educación popular, tanto para la recolección de la información como para la práctica.

Los datos anteriores presentan una contradicción y surge la pregunta ¿Por qué si se obtiene importante información cualitativa en los informes de investigación, el análisis se queda en lo descriptivo? Una posible respuesta es que no basta con decir que el enfoque es cualitativo, si se aborda la práctica con una racionalidad objetiva que no permite realizar el salto hacia lo comprensivo.

Conclusiones de las investigaciones

La tendencia más fuerte es a comenzar los trabajos con un gran entusiasmo en cuanto a conceptos teóricos, políticas, normas que van a permitir generar cambios en la población, mientras que las conclusiones presentan desánimo frente a la población que responde a la acción concreta pero no logra afianzar su participación activa, pero sobre todo su "conciencia", frente a la responsabilidad que supuestamente le corresponde para cambiar su estilo de vida y sus hábitos, acusando a las comunidades, a sus creencias o prácticas cotidianas de ser determinantes en la pasividad, el individualismo, la indiferencia, el no deseo de superación y la toma de decisiones.

¿Pero, qué es lo que ocasiona este quiebre? Por un lado, existe una ruptura metodológica en el paso de lo teórico a lo práctico y se pretende impactar estructuras sociales generando destrezas individuales, relación que no esta comprobada desde las evaluaciones.

Algunos trabajos reconocen las potencialidades que tiene la comunidad o que las condiciones de vida no son producto de la falta de cultura o educación, sino en gran parte responsabilidad de las políticas estatales que no impactan el desarrollo social. Otros trabajos reconocen que existe un campo que debe ser explorado si se busca mayor impacto social, se trata de construir o fortalecer estrategias más participativas que posibiliten la organización de la comunidad para acceder a espacios de poder.

Cabe decir que cualquier acción por pequeña que sea genera impacto en las personas y comunidades, y que se debe asumir la responsabilidad de esta intervención. Otro elemento es que en las prácticas de promoción de la salud, la conceptualización de la salud, la enfermedad y las condiciones de vida de las comunidades deben entenderse como producto de relaciones históricas y sociales, sin embargo, muchas de las prácticas se asumen ahistóricamente por ello se vuelven puntuales y de bajo impacto social.

6.1.3 CATEGORIAS EMERGENTES

De las evidencias encontradas en los marcos teóricos se identifican unos conceptos o nociones que se trabajan, con las que se construyen categorías que permiten un acercamiento a las investigaciones. Es importante anotar que estas categorías no se evidencian, necesariamente en la práctica.

6.1.3.1 ESTILOS DE VIDA

Se encontraron dos tendencias:

El énfasis en lo conductual, en donde los comportamientos de los individuos y de las comunidades están controlados por unas condiciones externas y por la presencia o ausencia de estímulos ambientales como lo social, físico, cultural, que se traducen en respuestas individuales o colectivas.

Para modificarlos se necesita la identificación de factores de riesgo y factores potenciales que permitan la ejecución de actividades dirigidas a que los individuos y comunidades ganen control y mejoren su salud, previniendo la aparición de enfermedades, desarrollando hábitos de vida saludables, ambientes saludables, y contando además con una atención integral ¹¹.

El énfasis de la cultura relacionada con lo socioeconómico: la cultura, entendida como-valores, creencias y prácticas cotidianas y las oportunidades y limitaciones socio-económicas, que en su interacción definen y afectan el estado de salud. En este no influye sólo el autocuidado, sino el actuar compartido de la política, la economía, lo cultural, lo individual y social, implicando una acción multisectorial, superando la culpabilización de los individuos y comunidades de su estado de salud ¹².

6.1.3.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Para esta categoría se encontraron también dos tendencias:

Participación de la población en la ejecución de estrategias y acciones: se insiste en que la comunidad se involucre en la identificación y priorización de problemas de salud, en la toma de decisiones y gerencia de las actividades. El trabajo comunitario en salud está dirigido a la transformación de condiciones ambientales, formas de vida colectivas y patrones de conducta nocivos para la salud, desarrollando una responsabilidad compartida con los servicios de salud y otros sectores. Esta tendencia considera que sólo

¹¹ CASTAÑO LÓPEZ, Gloria Elena. GUTIÉRREZ VALLEJO, Romelia. RAMÍREZ OLARTE, Nancy. Promoción de hábitos saludables en pacientes hipertensos del centro de salud del barrio Minitas frente a los factores de riesgo modificables. Manizales, 1995. 114 p. Trabajo de Grado. (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería. VILAR RUBIANO, Diana Mabel. Análisis de implementación del proyecto sexualidad y afectividad en el Plan de Atención Básica Hospital Pablo VI Bosa. Bogotá, 1998, 62 p. Trabajo de grado. (Especialista en Salud Familiar y Comunitaria) Universidad El Bosque..

¹² MONTERO DAZA, Melba Nelly. Diseño curricular para la capacitación de las promotoras rurales de salud del municipio de Orito (Putumayo). Manizales, 1996, 118 p. Trabajo de grado. (Magíster en Salud Comunitaria). CINDE.

con la participación comunitaria se impactará en las condiciones de vida, generando un bienestar integral y una mejor calidad de vida ¹³ .

La participación comunitaria que genera conciencia pública: En esta tendencia la participación es una dimensión del ser humano, de la comunidad y de su desarrollo, una necesidad básica y por ello fuertemente motivadora. El objetivo principal es intervenir la estructura social, la participación como un derecho que les permita disfrutar de los bienes y servicios, desarrollar sus potencialidades para organizarse de acuerdo a sus intereses y ser sujetos de su propia historia ¹⁴ .

6.1.3.3 CULTURA DE LA SALUD

De nuevo aparecen en esta categoría dos tendencias:

Cultura de la salud como todo lo que el hombre ha hecho y hace para cultivar la vida y los modos de vivirla. Estos dos elementos interactúan entre sí de forma positiva o negativa y pueden garantizar u obstaculizar los deseos de calidad de vida o de muerte que posee un grupo social. La cultura de la salud se coloca en un primer plano para que los individuos y comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren, comprometiendo a la población en el contexto de su vida cotidiana, con una estrategia política que sirva de instrumento para transformar los estilos y modos de vida. Es una estrategia que se acompaña de acciones dirigidas a lograr ciudades saludables, promoviendo el desarrollo de la salud mediante la acción social, promoviendo políticas saludables que aumenten el control de los individuos y las comunidades sobre su propio desarrollo ¹⁵ .

La cultura que atraviesa toda la concepción del proceso salud-enfermedad, con conceptos y representaciones que sólo pueden entenderse desde lo simbólico. La cultura como tejido simbólico requiere ser interpretada porque rige la relación con el mundo y con los otros, orienta y organiza las conductas y las comunicaciones sociales, interviene en procesos tan variados como la difusión y asimilación de conocimientos, la definición de identidades personales y sociales y las transformaciones sociales. Para comprenderse, se requiere de abordajes interdisciplinarios, porque su proceso dinámico es afectado por el contexto político y social, y el cambio cultural repercute en el proceso

¹³ ROMO ARCINIEGAS, Rosalba. ARCOS GUERRERO, Jairo Alfredo. Participación Comunitaria y salud en las asociaciones de padres de familia de los hogares comunitarios de bienestar en los barrios Corazón de Jesús y la Esperanza en la ciudad San Juan de Pasto. Manizales, 1996, 168 p. , Trabajo de grado. (Magíster en Salud Comunitaria). CINDE.. AGREDA, Gladis, et al. Organización y participación comunitaria en la comunidad de Buesaquillo Centro, desde el enfoque ecocultural de la salud. Manizales, 1996, 131 p. Trabajo de Grado (Magíster en Salud Comunitaria). CINDE.

¹⁴ RUÍZ, Gloria Inés.Op.cit CERRO TAPIA, Rosario. Fortalecimiento del equipo de trabajo de promoción y prevención del hospital la Granja Santafé de Bogotá, 1998. Bogotá, 1998, 83 p. Trabajo de grado. (Especialista en Salud Familiar y Comunitaria) Universidad El Bosque.

¹⁵ RODRÍGUEZ RUEDA, María. DÍAZ ESPITIA, María Cristina. Significado de la salud – enfermedad para las madres comunitarias del barrio Patriotas de la ciudad de Tunja. 1994, 153 p. Trabajo de grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.

salud-enfermedad ¹⁶ .

6.1.3.4 EDUCACIÓN

También aquí se registran aquí dos tendencias:

La tradicional, que a su vez presenta 2 formas abordaje:

Lamás utilizada por agentes de salud es la informativa y tiene como objetivo que los individuos adquieran habilidades y cambien comportamientos que se consideran perjudiciales. Su discurso concibe la salud como algo individual, desconoce los factores ambientales, la cultura, la estructura social. Las informaciones se transmiten por medios de comunicación, charlas y ayudas técnicas que pretenden generar responsabilidad en el individuo para prevenir la enfermedad o recuperar la salud. Es, en general, de contenidos normativos, se le da gran importancia a las instituciones de salud como las indicadas y responsables de devolver la salud a los individuos, su meta consiste en que el individuo sea responsable y cambie sus estilos de vida. La concepción de que las clases populares carecen de educación, implica que es necesario suplir esa carencia a través de información por parte de quienes la tienen ¹⁷ .

El segundo abordaje es estudiar los factores sociales que impulsan a las comunidades a ciertos comportamientos y sus relaciones con la salud, como objetivo el cambio y la adopción de estilos de vida saludables. El modelo pasa de priorizar la teoría epidemiológica a teorías de la psicología social. La salud está en función de las conductas, sigue centrada en los síntomas y deja a un lado las condiciones que los hacen surgir; la salud es algo individual y se busca motivar a las personas para que cambien por conductas programadas desde fuera. Al contrario de la anterior, esta forma de abordaje se preocupa por la cultura y los valores comunitarios de la población donde se implementa el programa, pues este conocimiento permite motivar con mayor facilidad a los individuos y producir los efectos esperados. La concepción de la salud es mecánica, los comportamientos se miden, estudian, experimentan y evalúan de acuerdo a conceptos externos. No permite la participación crítica de la comunidad, sólo da algunas herramientas que resuelven problemas considerados primordiales, refuerza un sistema de valores que no responde a los verdaderos intereses de la comunidad, ni se compenetra realmente con todos los aspectos de la cultura al abordarla fragmentada ¹⁸ .

¹⁶ AGUDELO DURANGO, Flor María, et al. Cultura en salud en la comunidad de Cañaveralejo. Medellín, 1997, 221 p. Trabajo de grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE

¹⁷ DUSSÁN LUBERTH, María Inés. RINCÓN DÁVILA, Gloria. CARDENAS ZULUAGA, Claudia. Programa educativo para promocionar hábitos saludables en los estudiantes de la Universidad de Manizales primera y segunda fase. Manizales, 1995, 471 p. Trabajo de grado (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.

¹⁸ CASTAÑO, Nélica. SALAZAR, Fanny. Propuesta para la integración de actores y componentes hacia la construcción de procesos de desarrollo humano en el programa de promoción juvenil y prevención integral. Medellín, 1993, 148 p. Trabajo de grado. (Magíster en Desarrollo Educativo y Social). CINDE. HERNÁNDEZ, Adriana Patricia. MOLINA, Ana Rita. Influencia del programa educativo en el auto concepto de del adolescente del grado 11 de la modalidad de salud y nutrición del CASD de Manizales 1997. Manizales, 1997, 118 p. Trabajo de Grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE

La tendencia constructivista plantea una interacción dialéctica entre las personas y su realidad, trabajando sobre respuestas a preguntas concretas de la comunidad sobre sus problemas de salud que no están separados de sí mismos, sino que por el contrario, expresan el proceso histórico y las condiciones de salud producto de estructuras socioeconómicas. A través de esta totalidad estructurada se analizan las causas que producen enfermedad, que son concebidas como relaciones de distintos factores, y la manera de incidir en dichas relaciones.

En esta perspectiva la intervención no depende tanto de la identificación de las necesidades, sino de la construcción de nuevas posibilidades de acción y reflexión desde el desarrollo de la comunicación, del diálogo de conceptos y saberes entre profesionales y personas de la comunidad. Se trata de generar una verdadera interacción, un intercambio de opiniones acerca del modo de resolver los problemas y llegar a un acuerdo. Así la intervención podrá evolucionar en un contexto cotidiano que permita el desarrollo humano de la comunidad para ejercer control sobre los problemas que la afectan ¹⁹.

6.1.6.5 RECURSO HUMANO EN SALUD

El Estado Colombiano propició que para la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, las acciones de promoción y prevención se capacitaran personas de la misma comunidad, como promotoras urbanas, rurales, e indígenas de salud, parteras complementadas, apoyados en su gestión por enfermeras comunitarias. Más tarde vinieron los vigías de la salud, los equipos comunitarios de salud y por último los equipos de promoción y prevención, en estos dos últimos intervienen profesionales de las ciencias de la salud de las ciencias sociales. El Ministerio de Salud implementó una serie de talleres a nivel nacional para capacitar a quienes serían los multiplicadores del trabajo extramural en donde se priorizaron temas como educación no formal, participación comunitaria y lineamientos generales de la política de salud.

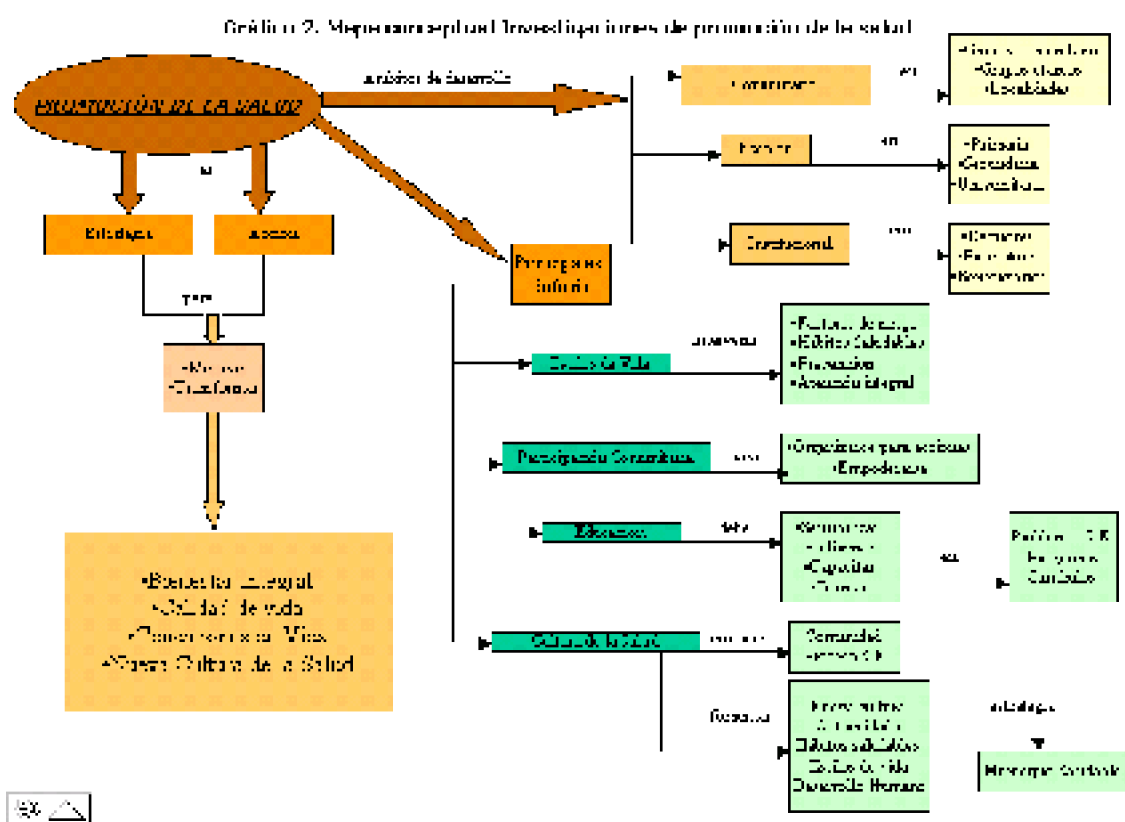
Con la implementación de la Ley 100, la mayor parte de este recurso humano se diluyó, ¿qué pasa entonces con este recurso humano? Lo que se encuentra es que las empresas sociales del estado vinculan a algunos de ellos, y la estrategia para sostenerlos es contratando con el municipio las acciones del Plan de Atención Básica. Las empresas promotoras de salud por su parte, tienen sus equipos de promoción y prevención, conformados en general profesionales de área de la salud, para realizar las acciones obligatorias con sus afiliados.

En este aspecto del recurso humano en salud, se evidencia un retroceso en la acción social propiciado por la Ley 100, además porque sin existir evaluaciones concretas de la política de Atención Primaria en Salud y de las fallas que puedan comprobarse, los trabajos analizados dan a entender que se mejoró en muchos aspectos las condiciones de vida de las comunidades, por las acciones de gestión

¹⁹ BONILLA, Angela María. Op.cit SIERRA LONDOÑO, Gloria María. Propuesta curricular para la formación del auxiliar de enfermería en el Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Medellín, 1993, 131 p. Trabajo de grado. (Magister en Desarrollo Educativo y Social). CINDE.

de las promotoras y estos programas quedaron en el olvido ²⁰.

Los equipos de promoción y prevención, y los comunitarios de salud, presentan dificultades según los documentos analizados como: debilidad en el conocimiento, del nuevo régimen, resistencia al cambio, no diseñan estrategias viables de gestión, no tienen una planeación estratégica, y a estos equipos se les delega además el empoderamiento de la promoción en un sistema que privilegia el interés mercantil, antes que el desarrollo humano y social ²¹.



En el gráfico 2 se presenta el mapa conceptual de las investigaciones revisadas en

²⁰ BEDOYA HINCAPIÉ, Martha Cecilia. DELGADO ABAD, Luz Marina. Estado actual de la estrategia de parteras complementadas en la atención materno infantil en el municipio de Cauca. Medellín, 1998, 141 p. Trabajo de grado. (Magister en Desarrollo Educativo y Social). CINDE.

²¹ GIRALDO BASTO, Luz Marina. Situación actual de los equipos comunitarios de salud del municipio de Rionegro Antioquia. Medellín, 1996, 144 p. Trabajo de grado. (Magister en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE

promoción de la salud.

6.2 EVENTOS

Es importante señalar que los documentos a partir de los cuales se realizó el trabajo de revisión fueron en su mayoría fotocopias, debido a la dificultad de encontrar los documentos originales, especialmente en las ponencias que se encontraban separadas de las memorias completas.

Este primer nivel de análisis cuenta con tres partes: un cuadro resumen de los documentos analizados; una descripción de los formatos, actores y temáticas centrales presentadas en los diferentes eventos y ponencias; y finalmente propone algunas categorías emergentes.

Cuadro Resumen

Como lo muestra el cuadro 4, de los 11 eventos siete se realizaron en Bogotá dos en la ciudad de Medellín y uno en Cali, de uno no aparece la ciudad donde fue realizado, pero se encontró en Medellín. No aparece ningún evento registrado en Manizales, lo que llama la atención teniendo en cuenta el protagonismo de esta ciudad en el avance de la promoción de la salud en el país.

Cuadro 4. Eventos por años y ciudad

Título	Formato académico	Año	Ciudad de realización	Nº y carácter de las actividades registradas
Conferencia Internacional de promoción de la salud	Congreso	1992	Bogotá	Acto de instalación 5 paneles 11 ponencias Acto de clausura Declaración
La salud en el municipio, la experiencia de Antioquia	Ponencia	1994	Santiago de Cali	1 ponencia
Congreso internacional en prevención de la salud	Congreso	1994	Medellín	3 ponencia referidas a promoción de la salud
Situación de la salud en Colombia	Congreso	1995	Bogotá	1 ponencia referida a promoción de la salud

Título	Formato académico	Año	Ciudad de realización	Nº y carácter de las actividades registradas
Recomendaciones a la secretaría distrital de Salud sobre algunos aspectos relacionados	Taller	1997	Bogotá	Recomendaciones de Mesas de trabajo

ESTADO DE LA DISCUSIÓN Y DE LA PRÁCTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA 1991 – 1999

Título	Formato académico	Año	Ciudad de realización	Nº y carácter de las actividades registradas
con morbilidad materna en Bogotá				
III foro Nacional de Salud Comunitariaa	Foro	1997	Bogotá	Apertura 9 ponencias
Taller Nacional "promoción de la cultura de la salud, prevención de la enfermedad de las empresas solidarias de salud	Taller	1998	Bogotá	11 Exposiciones 3 experiencias 5 talleres 6 conclusiones
Aportes para el desarrollo de la promoción de la salud en la seguridad social en santafé de Bogotá	Seminario y taller	1998	Bogotá	Apertura 6 ponencias síntesis de los grupos de discusión
Primer foro conversatorio "promoción de la salud y prevención de la enfermedad. COFAEM	Foro y taller	1999	Bogotá	El documento sólo presenta la síntesis del conversatorio final, aún que anuncia un panel
Experiencias de municipios saludables por la paz		1999		Presentación de 5 experiencias
III Congreso de las Américas sobre Municipios y comunidades saludables	Congreso	1999	Medellín	7 Programas internacionales. 15 experiencias de municipios o comunidades saludables 11 ponencias de temas transversales

6.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS EVENTOS

La Conferencia Internacional de promoción de la salud realizada en 1992 se convirtió en el punto de partida de esta unidad de trabajo, no solo por ser el primer evento registrado en la década, sino por el nivel de las discusiones expuestas, por la pluralidad de las temáticas y enfoques.

El evento hizo énfasis en dos tipos actores: funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud y funcionarios públicos de distintos países del mundo, especialmente de Centro y Sur América, entre los que se encuentran tres intervenciones representando a Colombia.

El carácter de los ponentes dio a la conferencia un rasgo fundamentalmente teórico, en la medida en que las ideas expuestas fueron lineamientos de la OPS o análisis

diagnósticos desde donde se formularon alternativas de planes de intervención o de orientaciones de políticas públicas. Sólo fue presentada una experiencia, la de ciudades sanas de Canadá, sin embargo los testimonios de dos de los protagonistas de la conferencia, permiten suponer que este evento tuvo como objetivo posicionar el tema de la promoción de la salud en Colombia y América Latina.

Cada intervención planteó posturas teóricas y formuló propuestas de acción, con relación a las cuales se empiezan a dibujar dos tendencias:

La primera que centra el análisis desde lo morbicéntrico y hospitalario, afirma que la promoción de la salud debe construirse a partir del sistema existente y que su objetivo es controlar los factores de riesgo; la segunda hace señalamientos en el sentido de superar la posición morbicéntrica y convoca a analizar con mayor claridad las posibilidades de intervención que daría el acercamiento a categorías como lo ético, lo cultural, la identidad, la pluriculturalidad y el desarrollo humano.

Teniendo en cuenta la importancia de este evento, se describirán brevemente las temáticas abordadas con la idea de verificar que discusiones se mantienen y enriquecen durante la década²².

Hay un primer tema fundamental que atraviesa el evento, cual es la consideración del contexto como categoría de análisis, reconociendo la realidad como histórica, cultural y socialmente determinada.

Un segundo tema lo define la relación existente entre las diferentes estrategias de promoción de la salud planteadas en ese momento coyuntural, específicamente entre los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los municipios saludables, la atención primaria en salud y la descentralización.

El tercero, introduce el tema de la salud ambiental, que combina el enfoque del ambiente como factor de riesgo con el enfoque de ambiente y desarrollo.

El cuarto tema propone la focalización, entendida como la atención a grupos de población. Estos están concebidos desde el ciclo vital humano y/o desde la perspectiva de riesgo. En el primero aparecen los niños, los adolescentes y los ancianos y en el segundo los trabajadores y personas con necesidades especiales (rehabilitables).

El quinto tema crucial es la comunicación social y la promoción de la salud, que deja como preocupación central la relación entre la comunicación y el poder que debe ser utilizado eficientemente por las comunidades.

El sexto tema es el de la violencia, que además de documentar la problemática convoca a la sociedad a entenderla como un indicador de un problema social que en su conjunto debe ser asumido interdisciplinariamente y con decisión colocando en el centro la preocupación por la vida.

El séptimo tema es el del manejo, formación, orientación y administración del recurso humano.

Finalmente, se proponen territorios sanos, haciendo énfasis en las estrategias

²² DECLARACION DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ PARA LA PROMOCION DE LA SALUD. Op.cit.

necesarias para lograrlos.

Con todo lo anterior se formuló la Declaración de Bogotá que fue objeto de análisis en el referente conceptual de esta investigación.

En 1994 se registran 4 documentos: en el encuentro internacional de municipios saludables en Cali, se presenta la ponencia "La experiencia de Antioquia",²³ el documento parte de concebir el municipio saludable como una estrategia de desarrollo social, en este sentido el documento es el resumen de las estrategias que el departamento desarrolló en salud de 1991 a 1994.

En el citado documento, además de las campañas tradicionales de salud oral, salud visual y los programas de la tercera edad, aparecen estrategias como la del fortalecimiento de los Comités de Participación Comunitaria (COPACOS) y la estructuración de las juntas directivas de los hospitales. Sobresale también una política de formación y aprovechamiento del recurso humano, con actores como los directivos institucionales de cada localidad y los agentes comunitarios para el programa ampliado de inmunizaciones. En este sentido la Dirección Seccional reportó cursos descentralizados a los funcionarios municipales de salud.

Desafortunadamente no fue posible tener acceso a las memorias completas del encuentro.

Los otros tres documentos fueron presentados en el Congreso Internacional sobre Prevención en Salud, el primero, titulado "La carga de la enfermedad en Colombia, situación actual e implicaciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad", es una ponencia que se sustenta en la investigación del Ministerio de Salud sobre la carga de la enfermedad. El análisis presenta datos comparativos desde 1950 hasta 1991 y trabaja con un indicador que determina el número de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Los datos presentados permiten al doctor Juan Luis Londoño²⁴, subrayar la necesidad de trabajar por la construcción de una cultura de la convivencia pacífica y de manejo de los factores asociados a los accidentes de tránsito, específicamente los atropellamientos, que según otros estudios tienen que ver con el consumo de drogas y alcohol.

La segunda ponencia es la de "Medios de comunicación y promoción de la salud", en la cual el doctor Diego Palacio²⁵ expone ampliamente la estrategia nacional de utilización de los medios masivos de comunicación, que van desde crucigramas de la salud hasta el diseño y realización de una telenovela con mensajes de promoción y prevención. La ponencia también muestra como herramientas de evaluación la sintonía y la opinión de

²³ OCHOA O., Luis Carlos. La Salud en el municipio. La experiencia de Antioquia. Encuentro Internacional de Municipios Saludables. (1994: Cali). Ponencia. Santiago de Cali, 1994.

²⁴ LONDOÑO F., Juan Luis. Situación actual e implicaciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En: CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD. Congreso. (1994: Medellín) Documentos del congreso. Medellín: Universidad e Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública,. p. 37 – 71.

²⁵ PALACIO, Diego. Medios de comunicación y promoción de la salud. Medellín: 1994.

los lectores y televidentes, así como las estadísticas de utilización de los medios alternativos.

La tercera ponencia presentada en el evento internacional sobre prevención es “La mujer en la promoción y prevención de la salud”²⁶. Los datos presentados por la doctora Helena Restrepo le permiten concluir que la mujer ha sido objeto, en el sentido del uso, y no sujeto de la salud, aunque su esperanza de vida ha aumentado, la situación frente a la enfermedad no ha mejorado. De otra parte señala, con múltiples evidencias, que la mujer no tiene poder de decisión sobre las definiciones, planes y programas en salud. Se señalan como puntos críticos en la morbilidad femenina: el cáncer de mama y de cuello uterino, violencia y salud mental. De acuerdo con lo anterior, se proponen como alternativas de intervención: la conceptualización de género y desarrollo social que promuevan estrategias de desarrollo centradas en lo humano, con relaciones de equidad; la operacionalización de programas de promoción como la disminución y erradicación de la violencia doméstica e intrafamiliar. Finalmente se proponen dos cuadros comparativos en donde se caracterizan “Mujeres en el desarrollo” y “Género en el desarrollo”, así como “Mujer, salud y desarrollo” y “Género, salud y desarrollo”.

Como se evidencia en lo expuesto hasta aquí, se mantienen las discusiones sobre “mujer o género”, sobre la utilidad y estrategias de los medios de comunicación y la estrategia de municipios saludables. Quizá el tema que introduce una innovación es el análisis morbicéntrico de la carga de la enfermedad como orientador de los énfasis en promoción de la salud, la conclusión sigue siendo que el principal problema de salud pública en Colombia es la violencia.

Sobre la metodología propuesta para éstos eventos no se tiene información.

El siguiente registro en 1995 es la ponencia presentada al curso “Situación de la salud en Colombia”, titulada “La promoción de la salud como perspectiva de la salud pública”²⁷. La ponencia se sitúa de manera explícita en el enfoque epidemiológico, el autor plantea que la salud pública actual es ecológica, ambiental y humana en sus perspectivas, multisectorial en su alcance y colaborativa en sus estrategias. Al referirse a la promoción de la salud se ubica en la carta d Ottawa y define la promoción de la salud como objeto de la salud pública, definiendo sus estrategias, y entre ellas resaltando la de municipios saludables.

Aparece en 1997 el siguiente registro de lo que se llamó “Jornadas distritales para la promoción de la maternidad segura”. El documento que recoge las memorias del evento se llamó “Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud sobre algunos aspectos relacionados con morbilidad materna”.

Este evento recoge una orientación distinta a todos los eventos anteriores, tanto en su planteamiento como en la manera de presentar los resultados. Se diseñó para pensar una estructura y una estrategia y enfrentar el reto de la “maternidad segura”. Se hicieron

²⁶ RESTREPO E., Helena. La mujer en la promoción y la prevención de la salud. En: CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD. Congreso. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, 1994. p. 119 – 130

²⁷ LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1995. 30 p.

grupos de trabajo alrededor de 16 puntos que van desde sugerencias administrativas hasta de procedimientos. Aunque no se constituyó en un compromiso de los participantes, sí en una guía de acción para las instituciones representadas: organismos distritales de salud, entidades promotoras de salud, ONG y organismos de cooperación.

En el seguimiento sobre los temas que permanecen o se ponen en discusión durante la década, este se convierte en uno muy importante; en primer lugar hay un reclamo desde la perspectiva de género de focalizar las acciones en promoción de la salud para las mujeres en su función reproductiva, ignorando otras dimensiones de la mujer como ser humano integral, sin embargo ante las cifras nada alentadoras que persisten en la morbilidad materna, hay una preocupación por dar al recién nacido y a sus madres la mejor atención, principalmente por lo que la gestación y el parto determinan en la vida de los dos. En este sentido este evento hace avances importantes en considerar la condición del embarazo como una condición familiar y/o de pareja y hace formulaciones administrativas, técnicas y operativas para que efectivamente se entiendan así.

En este año también la Fundación Santafé de Bogotá y la Fundación Corona, realizaron el III Foro Nacional de Salud Comunitaria²⁸. El formato del evento fue convencional: conferencias con invitados nacionales e internacionales en

donde el tema central fue la participación. Los análisis al respecto fueron de

gran variedad y riqueza, y los aportes más significativos estuvieron dados por el acercamiento histórico al tema de la participación, a la definición de la relación entre Estado y sociedad civil como escenario donde adquiere sentido la participación social.

En 1998 se registra el taller nacional de “Promoción de la cultura de la salud; prevención de la salud en las empresas solidarias de salud”. Este evento presenta una metodología conjunta entre ponencias, talleres y presentación de experiencias.

En 1999 se presentan tres eventos, uno en Bogotá, uno en Medellín y se revisó un documento de “Experiencias de Municipios Saludables por la paz” que en sí es una recopilación de diferentes experiencias presentadas en diferentes eventos.

6.2.2 CATEGORÍAS EMERGENTES

6.2.2.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIOLENCIA.

Todos los documentos y análisis de contexto en el país, inevitablemente llegan a tocar el problema más crítico que vive la sociedad Colombiana que es la violencia. El doctor Saúl Franco es el autor que con mayor claridad y persistencia ha planteado la problemática en el ámbito de la salud y propone pensarla desde el enfoque de promoción de la salud, en este sentido también está la ponencia: “La carga de la enfermedad en Colombia”, que concluye planteando la urgencia de intervenir la problemática de la violencia.

La violencia aparece como categoría operativa, en la medida que se entienda como

²⁸ FORO NACIONAL DE SALUD COMUNITARIA; Participación Social en Salud ... un desafío para el desarrollo. (3: 1997 Santafé de Bogotá); Memorias. Santafé de Bogotá: Fundación Corona, 1997

unidad de trabajo en diferentes sentidos y en los problemas que le son asociados, haciendo que la intervención sea sinérgica. Para adelantar esta práctica, es necesario, en primer lugar, no medicalizar ni la promoción ni la violencia, en este sentido lo más importante es poner en primer plano la vida.

El punto más importante de este discurso es la perspectiva que se propone al hablar de estilos de vida saludables, en donde se resalta: la necesidad de mirar lo psicoemocional; de priorizar la razón y en esa medida darle mayor importancia a la palabra que a la fuerza y construir compromisos interhumanos. Aun cuando la violencia desde este enfoque es el problema en sí mismo, éste no podría abordarse si no es desde las condiciones y la calidad de vida.

6.2.2.2 COMUNICACIÓN Y SALUD

Esta se propone desde la Carta de Ottawa como una estrategia de la promoción de la salud, sin embargo desde allí no se hace claridad de las formas en que sería necesario entender esta categoría.

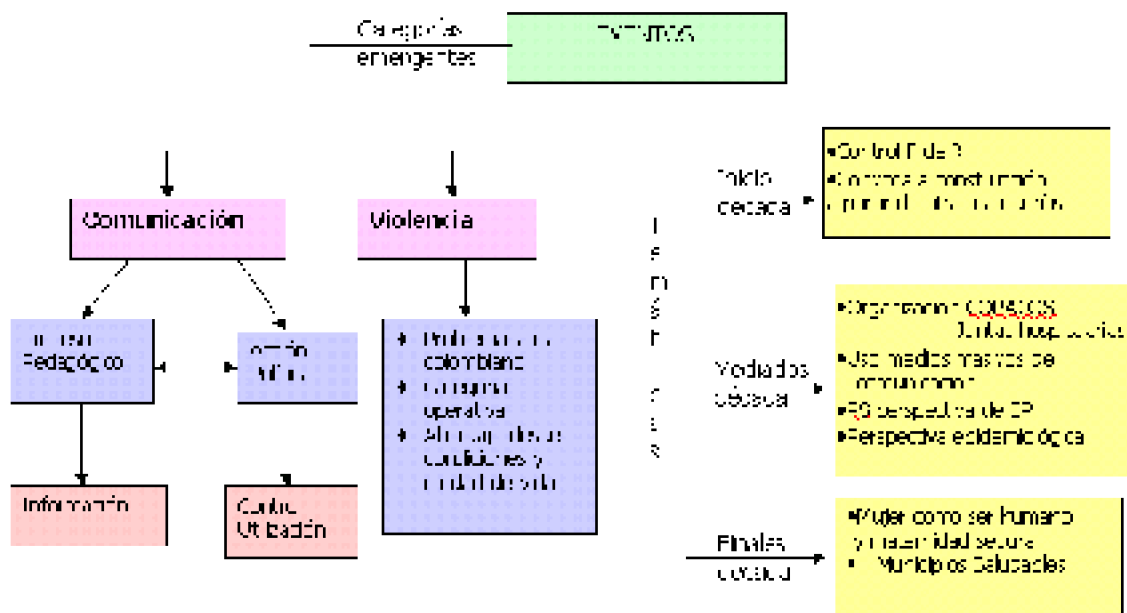
Durante toda la década, y en casi todos los eventos, se hace referencia a la comunicación, principalmente desde estas dos perspectivas: como proceso pedagógico o como acción política.

Como proceso pedagógico interviene en todas las prácticas de promoción y en diferentes niveles: el primero se refiere a la información, que por ser el más común no es el que mejor se realiza; el segundo, es aquel en donde se ejerce control o utilización de los medios masivos de comunicación. En Colombia se han venido utilizando los medios, cada vez con mayor claridad y articulación, de lo que dan fe varias ponencias.

Como acción política: la comunicación posibilita que las voces de todos sean escuchadas, fortalece las posibilidades de participación de aquellos que no tienen el poder, construye espacios de concertación y pluraliza los espacios centrales de la información y fortalece la descentralización.

La mediación del poder es posible a partir de estrategias de comunicación cuando a partir de ella se democratiza el saber, y cuando desde ella es posible diseminar información que es útil para tomar decisiones más humanas, racionales y equitativas.

Gráfico 3. Mapa conceptual de eventos en promoción de la salud.



En el gráfico 3 se presenta el mapa conceptual de los eventos en promoción de la salud.

6.3 PRÁCTICAS

6.3.1 SISTEMATIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS

La sistematización es un proceso de investigación cualitativa, ubicada en el enfoque histórico hermenéutico, su interés es práctico y profundiza en las realidades subjetiva e intersubjetiva.

Permite una construcción y reflexión analítica de la experiencia vivida para obtener una visión común sobre el proceso, transmitir y contrastar experiencias que permitan construir teorías y metodologías; da cuenta de lo que se hace desde los fundamentos

filosóficos y epistemológicos desde donde se dirigen los discursos y las actuaciones²⁹. En este sentido, la sistematización aporta elementos de discusión y categorías de análisis que permiten la construcción de conocimiento objeto de este trabajo y superan la distancia entre la teoría y la práctica.

En esta investigación se entiende la práctica como una acción o experiencia por medio de la cual el ser humano, como sujeto, tiende a transformar la realidad, entendiendo que no son sólo acciones, sino acciones con sentido, de manera que permitan una significación en una realidad específica, en el contexto donde estas interacciones se realizan. Es, entonces, un proceso de reflexión estructurado y planificado sobre experiencias para resignificarlas, aprender de ellas y generar nuevos conocimientos con el fin de hacer más eficaces los procesos sociales³⁰. De esta manera la disociación entre teoría y práctica se supera y hace viables los canales de comprensión, experimentación y expresión de propuestas.

Su método requiere recolección y organización de la información, no sólo para hacer un recuento lógico de lo realizado, sino para dialogar con ella, ver percepciones y otros saberes que permitan elaborar conocimientos. Permite confrontar la coherencia entre lo que se cree del problema, lo que se plantea incidir sobre él, lo que se realiza con la población sujeto y, finalmente, lo que se piensa de lo que se hace, son elementos que dan sentido a la práctica.

La relación teoría-práctica busca puntos de contacto, contraste, interferencia y contradicción entre aspectos de una misma realidad, pues la práctica no es simple acción y la teoría no es sólo un concepto abstracto. La sistematización recupera y comprende esta complejidad en un proceso colectivo, para comprender, explicar y proyectar la experiencia desarrollada, al ofrecer la posibilidad de interpretar y descubrir valores implícitos dejando ver situaciones tácitas, creencias y prejuicios no reconocidos.

En síntesis, sistematizar es reconocer en la práctica social el carácter de acción humana abierta, reflexiva y compleja. Es una acción social que explica racionalidades de grupos humanos inmersos en diferentes contextos, con una historia, un interés y unas expectativas concretas, que facilita el reconocimiento y reconstrucción de los puntos de vista de los sujetos. Aspira a aumentar la autonomía reflexiva que se manifestará en nuevas formas de actuar, comprender y comunicar.

Hay que entender que sistematización no es reafirmar o instruir propuestas para la realización de prácticas. Si bien estas facilitan la réplica, no es un instructivo o un listado de medios, fines y resultados, o un proceso instrumental para establecer modelos o programas, sino, un conocimiento construido con sentido que propicia conocimiento previo para las siguientes acciones. Por tanto, no sería pertinente su aplicación indiscriminada sin tener en cuenta el carácter histórico y contextual de los grupos

²⁹ COMAS. Domingo; AGUINAGA, Josune. En busca de la completariedad. Medellín: Secretaría Local de Salud. Impresiones Rojo. 1999. 79 p.

³⁰ CONTRERAS R., Mélida; GHISO, C., Alfredo. Una metodología para llegarle a la gente. Sistematización de una experiencia de educación comunitaria en el campo de la nutrición y alimentación humana. Medellín: Universidad de Antioquia. Programa IDA. 1999. 101 p.

humanos en donde se realizará.

6.3.2 DESCRIPCIÓN DE LAS PRÁCTICAS ENCONTRADAS

Las prácticas se realizaron en el municipio de origen en un 65 %, en otros municipios en un 27% y a escala nacional en un 8%. La mayoría de los documentos presentan como fecha de edición los años 1996 a 1999 y el 12% los años 1993 a 1994; tres de los documentos no tenían fecha de edición o de presentación en caso de proyectos.

Los autores fueron en su mayoría institucionales en todas las ciudades, hay cuatro trabajos colectivos (varias personas no pertenecientes a instituciones) y dos trabajos individuales. Respecto a las disciplinas que participan en la formulación y ejecución de las prácticas, se encontró un trabajo interdisciplinario en 13 de las 26 prácticas revisadas, nueve unidisciplinarios y en cuatro de ellas no se conocía la disciplina en la cual estaban formados los autores, ni había en el documento una formulación teórica que ubicara la o las disciplinas implicadas.

El ámbito de trabajo comunitario fue del 62%, seguido del escolar en un 31%. En los ámbitos familiar y laboral se encontró una práctica respectivamente.

Los escenarios fueron locales en un 65%, departamentales en un 19% y nacionales en un 8%. Es coherente que los escenarios de realización de este tipo de prácticas sean en su mayoría locales para la ejecución de sus acciones, dirigidas generalmente a grupos específicos y cerrados. En los escenarios departamental y nacional se aprecia más una réplica de un modelo en diferentes municipios que acciones conjuntas de una sola práctica.

De las 26 prácticas, 14 fueron propositivas (ocho en Medellín, cuatro en Cali y dos en Bogotá) porque eran proyectos. Encontramos prácticas comprensivas y evaluativas en menor proporción. La metodología pretende sensibilizar en 10 de las 26 prácticas, informar en cinco, capacitar en cuatro, y transformar en siete de ellas.

El enfoque fue cualitativo en la mayoría, excepto en dos. Hay que aclarar que esta clasificación se realiza con base en las realidades que se desea impactar y no con el proceso total de la práctica, porque en muchas se observaron imprecisiones conceptuales y metodológicas. Respecto a las realidades (objetiva, subjetiva o intersubjetiva), 13 de las 26 prácticas se proponen impactar la realidad subjetiva, nueve la intersubjetiva y dos la objetiva.

Las prácticas presentan diferentes duraciones: el rango se encuentra entre menos de un año y más de cinco años. El promedio está entre los dos y tres años. Muchas no describen la duración, lo cual es comprensible porque son proyectos en su mayoría.

Al realizar un análisis por ciudades encontramos caracterizaciones importantes:

En Manizales se encontró una práctica sistematizada realizada por una ONG. Llama la atención, en relación con las otras unidades de trabajo, la escasa documentación que hay en esta ciudad sobre las prácticas en promoción de la salud, a pesar de su implementación como municipio saludable, de las discusiones teóricas encontradas en el posgrado (único en el país) de promoción de la salud y del enfoque comunitario en las

instancias gubernativas del sector de la salud. Se aclara que en esta ciudad la búsqueda se centró en prácticas sistematizadas, aunque se sabe de la existencia de otras en las cuales la sistematización estaba en proceso.

En Bogotá se encontraron seis prácticas documentadas, tres de ellas sistematizaciones. Es importante resaltar en esta ciudad el respaldo político y administrativo a propuestas integrales e integradoras de promoción de la salud como parte del Plan de Atención Básica (PAB) con enfoques cualitativos y trabajo interdisciplinar, que se salen de las directrices tradicionalmente establecidas por los entes rectores de las políticas de salud.

En Cali los documentos son variados y con tendencia a las prácticas cualitativas, con autores institucionales independientes y propuestos para diferentes ámbitos; sin embargo, la documentación es fragmentada en muchas de las prácticas. En una de ellas se complementó con la participación de su conductor en las unidades de trabajo de los eventos y las entrevistas.

En Medellín llama la atención el mayor número de propuestas de tipo académico y proyectos de investigación. Es llamativo el trabajo colectivo pero unidisciplinar, donde se evidencia poca apertura al diálogo con otras disciplinas y una tendencia a transformar cualquier realidad con las herramientas tradicionales de cada disciplina.

6.3.3 CARACTERÍSTICAS LAS PRÁCTICAS

LA PRÁCTICA EN SÍ

Con respecto a la práctica en sí, se analiza, cómo se concibe y con qué estructura se realiza, es decir básicamente la relación fondo y forma.

Estructura o forma

Respecto a la estructura o forma como se realizan las prácticas, se incluyen los tópicos enunciados en los diferentes documentos, y que se encontraron relevantes por su aporte o por lo reiterativo de su utilización. Se le denominaron categorías ordenadoras y son:

Problema

En dos terceras partes de los trabajos revisados no se explicita el problema inicial para plantear una práctica o intervención, como tampoco se aprecia a qué están respondiendo. Esto representa una gran preocupación para los comprometidos con las prácticas, tanto para los que las realizan como para con quienes se realiza. Puede deberse a que no se documenta en el texto este tipo de disertaciones, o a que hay una tendencia a hacer por hacer sin planteamientos lógicos que permitan anticipar futuros deseados.

En una tercera parte se explicitan los problemas de los que se parte, entre los cuales están: necesidad de prácticas académicas, perfiles epidemiológicos en grupos determinados, estilos de vida individual que deben ser modificados y construcción de actores sociales desde las instituciones y las comunidades.

En los tres primeros problemas se aprecia el dominio y la verticalidad de la ciencia y la academia, pues se parte del problema desde la perspectiva del investigador que está muy lejos del problema y se basa en acciones instrumentales para resolver estos tópicos.

Cuando el problema es la construcción de actores sociales se aprecia horizontalidad del investigador, que es más un facilitador de procesos en donde la intervención se hace para propiciar que las personas y las comunidades sean gestoras y protagonistas de sus propios procesos, adquiriendo ellas el poder de decidir en relación consigo mismo y con los demás. Aquí el problema se entiende más como de relaciones humanas que construyen el entramado social, que de acciones instrumentales.

Objetivos o fines.

Dan cuenta del qué es lo que se quiere hacer en las prácticas de promoción de la salud. El primer fenómeno son las condiciones de vida de las comunidades, principalmente en aquellas cerradas y conformadas principalmente por jóvenes. Otra preocupación es aplicar la legislación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, porque ella también tiene la intención de mejorar las condiciones de vida, además ofrece espacios de participación pero vista desde la óptica de aceptación de planes y programas y un poco menos de construcción conjunta.

Otro fin que se quiere lograr es diagnosticar e intervenir los diferentes grupos induciendo hábitos que permitan un comportamiento individual determinado en cada uno de las personas que conforman el grupo, para que se conviertan en replicadores de estos nuevos comportamientos. Se denota una inclinación a entender la comunidad como un conjunto de individuos que deben ser homogenizados y enrutados en el hacer de la promoción de la salud.

Hay propuestas educativas y de organización desde las propias comunidades, así como de construcción individual que permitan el reconocer y reconocerse, y de esta manera construir espacios sociales frente a sus propios procesos de desarrollo. Los saberes cotidianos, la historia y las proyecciones de cada comunidad son tenidas en cuenta para la orientación de la práctica.

Justificación.

La justificación pregunta por qué se realiza la práctica. Sólo en el 12% de los trabajos seleccionados se explicita, en unos pocos se deduce, evidenciando otra limitación que aparece en la documentación. Las justificaciones tienen diferentes direcciones:

La primera es la necesidad de evaluar una intervención de larga data en razón del impacto; sin embargo, el texto resalta que se evaluarán objetivos para conocer la eficacia de la acción. Según nuestro entender, este tipo de evaluaciones es de resultado, no de impacto, que se haría a partir de los propósitos, es decir, la transformación vivida a partir de la práctica específica.

Otra justificación es la crisis generada por los cambios propios de la sociedad colombiana; no hay mayores desarrollos al origen y dirección de esos cambios y por qué están determinados. Con mucha frecuencia también se plantean los diagnósticos epidemiológicos como justificación de las prácticas.

En otros casos el Estado encomienda en instituciones específicas procesos sociales,

los cuales se han llamado los nuevos escenarios de salud (es el caso de las escuelas saludables). Este tipo de prácticas se debe realizar por requisitos legales implementando modelos; sin embargo, estas algunas veces se toman como coyunturas para realizar prácticas innovadoras y sobrepasan los lineamientos legales.

Propósitos

El propósito debe responder al para qué se realiza la práctica, se explicita en 35% de los trabajos. Se aprecian claramente dos tendencias:

La primera es dar lo que no se tiene, entre otras están “crear condiciones, dar soluciones, generar respuesta efectiva, brindar información, propiciar cultura, mejorar las condiciones de salud”, se propone un hacer jerárquico, sin contar con quienes se realizará la práctica. Se desconocen la historia y los intereses presentes, como si al trabajar con personas se pudiera hacer a partir de ceros, fueran ahistóricos y no tuvieran capacidad de discernimiento, hay que guiar porque el saber popular no se considera científico ni cierto.

La segunda tendencia es generar procesos de organización y crecimiento personal y comunitario a partir de los propios interesados, esta tendencia se observó en tres de las prácticas.

Metodología.

Hay diferentes maneras de entender la metodología, como ejes pedagógicos, como líneas de acción o como estrategias. Los ejes pedagógicos son diversos: para realizar en diferentes ámbitos y se consideran sensibilizar, motivar, comunicar, organizar. En un caso específico se toman como ejes pedagógicos la lúdica y el arte, aunque no desarrollan el concepto los ejemplos (juegos, dibujos, hojas de trabajo) parecieran más estrategias de aprendizaje que ejes pedagógicos.

Otros trabajan la metodología desde lo conceptual, expresado en las líneas de acción que deben desarrollar y direccionar la propia práctica (formación del ser, comunicación, participación y proyección social), pero también el deber ser de la práctica es decir en que forma se debe realizar (vivencial, participativa, dinámica) y analizar que posibilitan estas. En otras prácticas simplemente se mencionan estrategias y pasos metodológicos para proyectos y programas.

Estrategias.

Se describen estrategias básicamente para ámbitos escolar, comunitario y según las exigencias legales.

En el ámbito escolar las definen como proyectos pedagógicos creativos, fortalecimiento de la convivencia y educación para la salud, toma fuerza lo lúdico y artístico para este ámbito.

En el ámbito comunitario hay un mayor énfasis en la organización y participación, involucra otras instituciones (de salud y educación), otra mirada para este ámbito es la educación para la salud que debe darse a través de campañas masivas y las jornadas de salud.

Desde lo legal la promoción de la salud es considerada a sí misma una estrategia

para lograr la salud; pero a su vez tiene unas estrategias intrínsecas dadas por la ley (participativa, comunicativa, educativa). Establece la norma pero no propicia los espacios, deja claro que debe haber un cambio básicamente liderado por el sector de la salud, pero no se dice como hacerlo, plantea enfoques administrativos no tradicionales pero no se desarrollan y capacitaciones para incorporar cambios principalmente en el personal de la salud.

Temas.

El mayor desarrollo se aprecia en las prácticas realizadas en el ámbito escolar, se aprecian tres tendencias:

Una primera tendencia es hacia los hábitos de vida saludable y manejo del cuerpo (lactancia, salud oral, sexualidad, higiene, deporte, uso del tiempo libre y sustancias nocivas). Otra tendencia es a la relación consigo mismo (respeto hacia uno mismo, tensiones, toma de decisiones, autoestima, liderazgo, autonomía). La tercera es hacia las relaciones interpersonales (comunicación, participación, trabajo en equipo).

Focalización.

Desde la ley es claro el trabajo dirigido a grupos etéreos, haciendo énfasis en los extremos de la vida, y los jóvenes, posiblemente como respuesta a los indicadores de los principales problemas de salud pública del país, expuestos en los perfiles epidemiológicos y el binomio madre hijo como problema de salud pública. Las personas entre 20 y 60 años de edad, es decir en edad productiva, parece que se desconocen en las acciones de promoción de la salud, y aunque las acciones algunas veces se dirigen al ámbito laboral, estas se realizan en empresas donde existe estabilidad para los trabajadores, y esto cada vez es más escaso.

Logros.

Solo una práctica es evaluativa y lo hace con relación a resultados o cumplimiento de objetivos. El resto de los trabajos hablan de logros a partir del deseo, de un futuro deseado lo cual es comprensible por la cantidad de proyectos revisados. Los logros se idealizan desde los conceptos, teorías y otros estudios, se esperan tendencias que posiblemente emerjan luego de las prácticas; hay una clara conducción de la práctica hacia el cumplimiento de la meta del investigador no de la práctica misma.

También se proyectan logros en coberturas de atención y caracterización de perfiles epidemiológicos de poblaciones y grupos específicos lo que denota una tendencia prevencionista y epidemiológica.

Dificultades.

Aparecen dos grupos de dificultades, en muchas de ellas se expresan y en otras se deducen por la forma como se presentan:

La primera es el diseño de la práctica misma: en el planteamiento se aprecia incoherencia, los objetivos son poco definidos, hay carencia de información sobre los grupos con los cuales se va a trabajar, los períodos de intervención son cortos y hacen frágil el proceso, la evaluación responde más a necesidades académicas, hay carencias de estudios previos y el trabajo generalmente es aislado de otros sectores o instituciones.

La segunda es por los estereotipos que se tienen del contexto: pareciera que muchas prácticas partieran de que no hay nada que hacer ni hay sujetos con quien hacerlo, como si se partiera del vacío, en este sentido se aprecia una separación entre saberes y poderes, los que tienen el conocimiento científico y académico saben que es lo que requiere el otro, pero estos carecen de consciencia y preparación para recibir la información; lo que lleva múltiples acciones, muy bien intencionadas pero no siempre pertinentes.

Referentes teóricos de la práctica o fondo.

Los referentes teóricos están muy poco desarrollados en los textos, excepto en dos en donde se hacen unos aportes interesantes y novedosos, es posible que esto se presente por tratarse de documentos acerca de prácticas y no se halla explicitado con mayor claridad, pero de todas maneras es un problema estructural que se evidencia aún en sistematizaciones. Los referentes teóricos se organizan en tres categorías: la teoría, la acción y el diseño metodológico

Teoría.

Sólo se documenta en cuatro de los documentos en los cuales hay un evidente interés por la construcción del sujeto y por cómo a partir de ese sujeto activo se desarrollan procesos de socialización, organización y participación que darán identidad individual y colectiva, eso hace que queden ubicados en las teorías humanistas. Otro marco de referencia es la dialéctica individuo-salud, en la que propone el construirse como sujetos y visualizarse como actores de sus propios procesos; este referente teórico se relaciona con el primero, pero no hay un desarrollo respecto a la dialéctica establecida.

La teoría general de la Atención Primaria en Salud modificada bajo una dimensión más humana, considera a las personas de los grupos sociales como sujetos activos que participan y toman decisiones, no como objetos de atención y aplicación de un modelo para el cumplimiento del programa.

Hay referencia al psicoanálisis social pero no se desarrolla.

Acción.

La acción se califica como preventiva o como promocional.

La preventiva no presenta la connotación epidemiológica de prevención que se refiere al control de los factores de riesgo, sino como un proceso de inserción económica, política y cultural, el intercambio de experiencias y contacto con otros sectores, instituciones, que permiten la concertación y el aprender haciendo vida.

La promocional hace alusión al referente conceptual significativo y simbólico, que aglutina mayores intereses de la población, y a partir de ella se estructura la práctica de promoción de la salud.

Las dos referencias anteriores se relacionan con acciones colectivas planteadas por diferentes experiencias, pero coinciden en ser presentadas por profesionales de las disciplinas de las ciencias sociales y humanas, ponen en el centro de la práctica la construcción colectiva en un contexto específico.

Desde las ciencias de la salud habla de acciones preventivas y promocionales, entendidas como preventivas aquellas que ofrecen alternativas de ocupación funcional y saludable del tiempo libre que lleva a mejorar la calidad de vida, y las acciones promocionales se refieren al autodiagnóstico y valoración de sí mismos, incluye como áreas de trabajo la recuperación y fortalecimiento de la autoestima, el autocuidado, los estilos de vida saludable y aspectos físicos o psíquicos del ser humano.

Diseño metodológico.

El diseño aparece como líneas de acción sin presentar soporte teórico y menos epistemológico.

Hay dos diseños metodológicos coherentes y articulados en enfoques y métodos, articulan la teoría y la práctica y permiten observar una secuencia lógica susceptible de replicar en espacios diferentes sin pretender resultados similares, son los denominados por los autores como educación preventiva y el nivel estratégico.

La educación preventiva ³¹ se entiende como formación ciudadana, es decir, el obrar por valores reconocidos como importantes por todos, lo que genera el desarrollo de valores propios o universales desde el punto de vista cultural y de interacción social; así se permite avanzar en la autonomía, entendida como el reconocimiento del otro con sus derechos y diferencias y la conciencia de la consecuencia de sus actos.

El nivel estratégico ³² se entiende como el conjunto de estrategias, técnicas e instrumentos que operacionalizan los principios filosóficos y las propuestas teóricas del modelo, y adquiere validez en la coherencia interna que tengan los componentes con los planteamientos teóricos y filosóficos.

6.3.3.2 APRENDIZAJES DE LAS PRÁCTICAS

La otra área básica son los aprendizajes que las prácticas hacen a la promoción de la salud, tanto en su conceptualización como en las categorías que emergen ampliando conceptos e interpretaciones de la promoción de la salud.

Conceptualización de promoción de la salud.

En este sentido los aprendizajes aportados por las prácticas son muy contundentes en entender la promoción de la salud como una práctica. Es decir, la promoción de la salud se materializa en el hacer (acciones, actividades, procedimientos, intervenciones), pero ese hacer tiene un carácter definido, es educativo. Este concepto se convierte para las prácticas en una categoría de análisis. A continuación se describe lo referido por las prácticas al respecto.

Promoción de la salud: una acción educativa.

³¹ CORPORACIÓN REGIÓN. Ambientes escolares preventivos y Fábrica de proyectos juveniles. Medellín: Corporación Región. 1998. 87 p.

³² GRUPO GUILLERMO FERGUSON. Modelo de promoción de la salud para la localidad de Kennedy. En: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000. p. 245—264.

Todos los trabajos realizados coinciden en considerar la promoción de la salud como acción, estas acciones son de intervención que tienen como fin permitir el desarrollo y consecuentemente mejorar las condiciones y opciones de vida.

Se parte desde diferentes referentes para la acción educativa en promoción de la salud: unos para lograr el desarrollo del ser humano; otros a través de guías y programas que permitan mejorar la atención y reforzar estilos de vida saludable; y otros para la participación, organización, comunicación y construcción colectiva, pero en todos los casos la acción es educativa.

Al referirse a las estrategias de la promoción de la salud, el sector salud es quien más las menciona, primero desde la legislación y luego desde su quehacer asistencial. Para ampliar el panorama se habla de alianzas estratégicas con otros sectores, pero se denota un sentido de responsabilidad propio respecto a la promoción de la salud (se asume que las transformaciones deben ser lideradas por este sector). El sector de la salud no propicia el trabajo conjunto y coordinado con otros sectores y disciplinas a las que delega partes del problema y las limitan a los objetos de estudio propios de cada una de ellas.

Hay otro aspecto importante es que realizan prácticas eminentemente académicas y se confunden con prácticas sociales. El hecho de que un grupo de estudiantes realice prácticas educativas en grupos humanos con el objeto de que el estudiante adquiera unas destrezas y habilidades, sin el interés de incidir sobre el grupo de una manera dialógica. Desde el sector salud se piensan las prácticas para los sectores poblacionales de igual manera que para los estudiantes en formación (enfoque técnico) y aunque hay estrategias novedosas (teatro saludable, bazares, entre otros) se persiste en enseñar con modelos valorativos preestablecidos .

Es frecuente encontrar los términos “educación en salud” y “educación para la salud” que se utilizan con regularidad y se expresan con frecuencia en los materiales de referencia por personas con formación en áreas de la salud.

La educación para la salud es entendida como un proceso encaminado a crear espacios de reflexión y discusión para que las personas se apropien de “nuevas ideas” que se les transmiten y las utilicen en conocimientos positivos frente a su salud y asuman la responsabilidad de esta y de su propio bienestar. La estrategia es transmitir conceptos (informar), crear interés (motivar) y educar (modificar el comportamiento). Se utilizan además medios masivos de comunicación, jornadas de salud y se impulsa la autogestión que se puede replicar con un modelo, lo que propicia baja inversión y multiplicación de beneficios.

La educación en salud es referida básicamente a los currículos de las disciplinas de la salud, con la misma idea de la anterior de que el conocimiento es transmitido de docente a estudiante. Así el proceso educativo se replica de la propia experiencia a otros. Insiste en reforzar los estilos de vida saludables, desarrollar nuevos estilos y actuar sobre los factores de riesgo y de protección.

Hay otra concepción desde la legislación que plantea que la promoción de la salud es en sí misma una estrategia para lograr la salud, porque incluye la

participación, la comunicación, la educación, aspectos que garantizan la transformación del sector y el acceso a los servicios de salud.

Desde otros sectores aparecen prácticas sociales que en su mayoría no se consideran a sí mismas promoción de la salud, pero pretenden crear opciones en las personas y en las comunidades para que construyan sus propios procesos para el bienestar y la convivencia, de manera que se busque el desarrollo de nuevos contextos a partir de la reflexión y acciones propuestas por los propios implicados.

Aparecen, además, los nuevos escenarios de la promoción de la salud. En la documentación revisada se encontró que se acude con mucha frecuencia a las comunidades cerradas como las escuelas. Al pensar en esos “nuevos escenarios” para la promoción de la salud, hay un avance: la salud se piensa desde la vida cotidiana y sale de la institución hospitalaria (donde lo cotidiano es la enfermedad y el enfermo), trasciende a un concepto de salud más integral donde hacen parte el ser humano y las relaciones que establece en los diferentes espacios. En el material revisado se encontró una tendencia para trabajar con grupos conformados (juveniles, tercera edad, etc.) en los cuales hay una organización de base y la motivación e interés están presentes en la mayoría de la gente.

Categorías emergentes

Respecto a las categorías emergentes, se entienden como aquellas áreas donde confluyen los esfuerzos y donde las prácticas dejan entender cuáles son sus puntos claves para elaborar procesos de transformación social, y son el norte hacia donde se dirige o por donde se puede afianzar la promoción de la salud para concretarla en la práctica. En esta revisión emergen las categorías: participación, desarrollo y productividad, cultura y características del contexto.

Respecto a la cultura encontramos dos miradas diferentes. En la primera se entiende como algo que se puede cambiar al transmitir otra, que de manera valorativa se considera mejor y de mayor beneficio. Hay persistencia en entenderla cultura como hábitos y costumbres que constituyen los estilos de vida y modifican el estado de salud de las personas y los colectivos, se denomina “la nueva cultura de la salud”.

En la segunda mirada encontramos una idea de propiciar transformaciones que nutran la cultura, crear opciones que permitan la construcción colectiva teniendo en cuenta los imaginarios y los símbolos de cada grupo y ser humano. En esta concepción, se nutre la cultura a través del conocimiento y reconocimiento de sus propias condiciones, deseos, saberes y aspiraciones, propiciando expresiones propias y a su vez se generan transformaciones culturales.

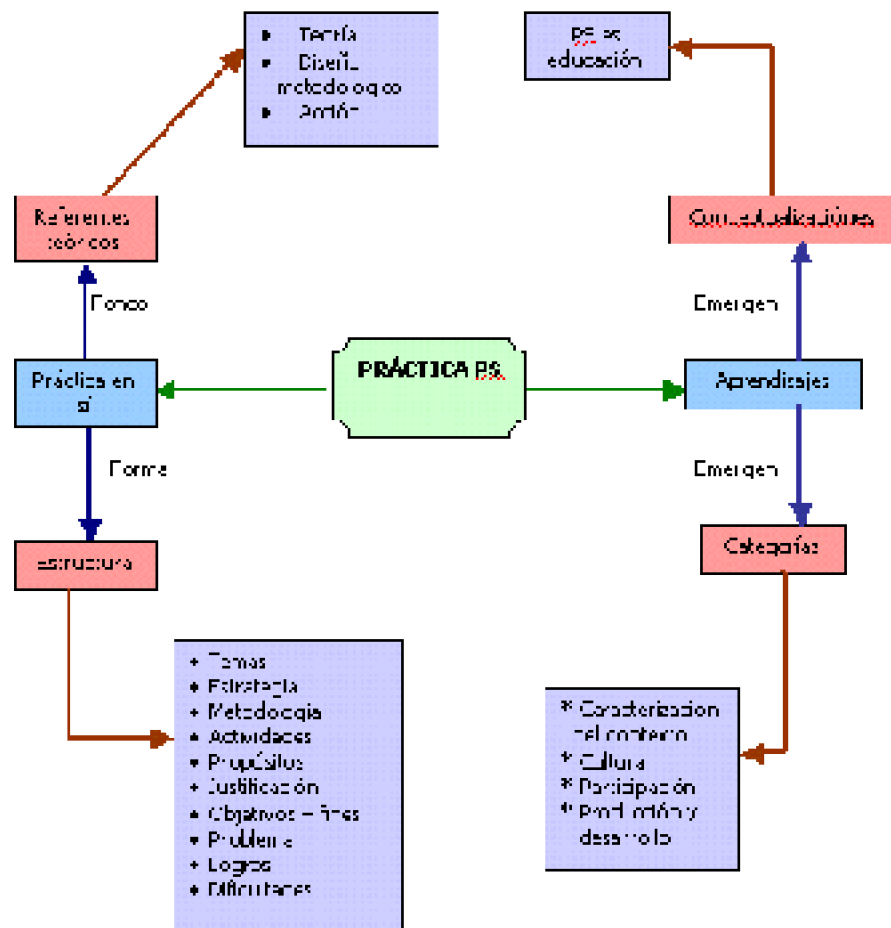
La participación se entiende como un derecho del ser humano, como un pilar de la promoción de la salud establecido por las directrices internacionales (Carta de Ottawa) o como un componente de un programa de salud. Una mirada la concibe como algo dado pero lejano, se menciona sin un mayor sentido de apropiación, sin sentir su valor, se siente que está presente pero no se desarrolla su concepto.

Otra forma de mirar la participación es entendiéndola en su relación con los procesos formativos, en la medida que permite ver las particularidades de cada grupo, reconoce el saber del otro y legitima la experiencia formativa; de esta manera se transforma en una actividad que permite la construcción de un espacio social al apoyar las propuestas de trabajo comunitario que direccionan la práctica y generan metodologías comprensivas y de apropiación a partir de las cuales se posibilita el ejercicio de la ciudadanía plena.

La productividad es un concepto que permite desarrollar la acción en promoción de la salud (promocional), posibilita otras formas de organización, discusión y cambios colectivos, incorporándose en la comunidad, pero a partir de una construcción colectiva, entendida como construcción e identificación con el entorno, el reconocimiento de capacidades y condiciones que permitan construir formas de relación colectiva, sobrepasa la producción de bienes materiales y los desborda porque el origen no es material, no separa lo material de lo espiritual y lo social, así se construye tejido social y humano en todas sus dimensiones involucrando el sistema de la vida.

De la misma manera el desarrollo se basa en fundamentos o principios como el respeto a la vida y a la diferencia, lo que proporciona identidad, permite la construcción de acuerdos igualitarios que propician condiciones y libertades equitativas para cimentar sistemas económicos y políticos acordes con los imaginarios de la comunidad, generando así entornos sociales con alternativas y opciones para todos con el fin de cambiar su propia historia.

Gráfico 4. Mapa conceptual prácticas en promoción de la salud



En el gráfico 4 se presenta el mapa conceptual de las prácticas.

6.4 ENTREVISTAS

6.4.1 CONCEPTO

Admiten los entrevistados que la promoción de la salud ha carecido de un marco conceptual suficientemente unificado. Para ellos, el concepto ha sido muy “etéreo”, se ha movido en la “nebulosa”, ha estado orientado por la enfermedad y, perciben en el concepto contenido en la Carta de Ottawa, un fondo paternalista, señalan además que ha existido mucha retórica en su abordaje teórico y varios enfoques en el concepto. Lo anterior ha generado, entre otras cosas, diferentes orientaciones en los proyectos de

promoción de la salud, imposibilidad de articulación entre ellos y dispersión de los recursos destinados a ella, sin embargo, reconocen que se ha desarrollado conceptualmente desde la promulgación de la Carta de Ottawa, se está dotando de un marco conceptual que incluye el bienestar, la calidad y las condiciones de vida y, el desarrollo de las potencialidades humanas, superando así la perspectiva esencialmente educativa que la ha caracterizado y, “aterrizando” en las necesidades y especificidades de los países y comunidades.

6.4.2 OBJETIVOS

Es posible clasificar los objetivos de la promoción de la salud expuestos por los entrevistados así:

Objetivos generales:

Son las metas que se propone la promoción de la salud para la población mundial general, es decir; son las metas para el hombre y su entorno, mejorar las condiciones de vida y de bienestar y, garantizar la calidad de vida y el desarrollo de las potencialidades. Reconocen los entrevistados que la promoción de la salud debe apuntar a cualificar la participación de tal forma que los sujetos sociales transiten de una conciencia ingenua a una conciencia crítica que les permita discernir entre lo que es bueno y lo que es malo para su salud. Así mismo, debe: por un lado, desestimular y cambiar las actitudes y los hábitos de vida nocivos y, por otro lado; generar, estimular y alcanzar, actitudes y conductas positivas y saludables; tiene por objetivo último transformar la realidad

Objetivos específicos:

Son las metas que se propone la promoción de la salud con cada grupo poblacional específico, así cada grupo debe tener sus propios objetivos de acuerdo con sus problemas y necesidades particulares. Advierten los entrevistados que en Colombia los objetivos específicos prioritarios son la defensa de la vida, la construcción de la paz y la lucha contra las iniquidades.

6.4.3 CAMPO

Los entrevistados reconocen la necesidad de definir claramente el campo de la promoción de la salud y establecer los elementos que le dan especificidad. Igualmente, señalan que el campo de la promoción de la salud es demasiado amplio ya que en él se incluyen elementos como el bienestar, la calidad y las condiciones de vida que tienen relaciones directas entre sí y que a la vez están insertos en otros campos del saber y del hacer. La amplitud que perciben, surge, según ellos, de la conceptualización de la misma y a su juicio, este aspecto es el que mayores críticas le ha generado.

Varios entrevistados están de acuerdo en que el diseño y desarrollo de las prácticas de promoción obliga a cerrar el campo y a focalizar las acciones de acuerdo con las necesidades de las poblaciones. De esta manera, identificar los puntos de encuentro, mostrar las relaciones de la promoción y el desarrollo de las prácticas ayuda a establecer

el campo, otros manifiestan que la promoción es la práctica de la salud pública lo que hace que la primera sea una parte central y nuclear de la segunda; estiman que el campo de la promoción de la salud debe ser definido por y entre quienes trabajan en él, son estas personas quienes pueden precisar qué de lo teórico y de las prácticas sociales son promoción de la salud.

Relación promoción y prevención

Reconocen los entrevistados que existe una confusión grande entre en lo que es promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que se evidencia en la Ley 100 y en sus decretos reglamentarios ya que allí se aluden simultáneamente sin fijar diferencias entre ellas. Algunos establecen una relación de continente – contenido, en el sentido de que la prevención es un componente, un capítulo de la promoción. Así mismo, anotan que muchas discusiones académicas han intentado aclarar la relación, los límites y las diferencias entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en lo cual reconocen una gran dificultad y señalan que en las prácticas comunitarias, esta preocupación no aparece.

Advierten la necesidad de precisar la relación promoción - prevención, dado que la falta de claridad ha hecho que muchos recursos orientados a la promoción se queden en acciones preventivas y asistencialistas como el suministro de vacunas y medicamentos a las comunidades, la promoción y la prevención tienen intencionalidades y racionalidades diferentes a pesar de que en muchas ocasiones ambas son desarrolladas por las mismas personas.

La promoción de la salud.

La promoción de la salud es un campo amplio que engloba elementos que están, tanto en el campo de la salud como en otros “sectores” diferentes de la salud.

La promoción de la salud implica una mirada en positivo a la salud, a la vida y el bienestar. Es vitacéntrica y saludcéntrica.

Es un espacio de trabajo para los trabajadores del sector sanitario. Un entrevistado dice: “ ... la promoción de la salud no es algo en contra de la atención, la promoción de la salud no es algo en contra de la prevención, no es el fin de nada de esto, sino que es un tercer espacio en donde todos los que pensamos, trabajamos en salud tenemos una cantidad de cosas para hacer”. (Entre 18: 91 - 99)

La prevención de la enfermedad:

La prevención de la enfermedad constituye en campo específico de la salud.

Su tarea se centra en evitar el riesgo de enfermar, el eje lo constituye la enfermedad. La prevención de la enfermedad es morbicéntrica y/o patocéntrica.

La prevención de la enfermedad ha sido una de las mayores preocupaciones de la salud pública, tanto en sus prácticas como en lo académico, se mantiene como elemento importante de la seguridad social en salud.

Prácticas

En salud, dicen los entrevistados, las acciones y las prácticas de promoción están orientadas por las normas emanadas de organismos oficiales como el Ministerio de

Salud. Anotan que bajo el marco ofrecido por la Ley 100, sus decretos reglamentarios y el Plan de Atención Básica en salud – PAB – se adelantan acciones de promoción de la salud con un “enfoque educativo”, orientadas a grupos poblacionales específicamente enfermos o en riesgo de enfermar (hipertensos, diabéticos, embarazadas, tuberculosos, portadores de enfermedades de transmisión sexual, entre otros), dichas acciones están constituidas por charlas, talleres, seminarios y cursos en los cuales se “vacían” conocimientos acerca de sus enfermedades. Uno de los entrevistados dice: “...Vi en estos días en una EPS que la gente que estaba en la sala de espera, les puso una enfermera un vídeo, había unos fumando, otros charlando, algunos miraban en momentos, a los 15 minutos se acabo el vídeo y llegó la enfermera les dice gracias por su atención y paso una hoja para que firmaran la planilla de promoción y prevención”. (Entre 1: 405 - 415).

En opinión de los entrevistados, el objetivo oculto de la promoción de la salud en el campo sanitario lo constituye el afán de contener costos en lo médico – asistencial, ya que con ella se espera disminuir la demanda de atención hospitalaria, agregan que estas acciones poco aportan al logro de mejores niveles de bienestar y de calidad de vida.

En el ámbito académico, se reconoce que las acciones han sido muy puntuales y orientadas, por un lado, a sensibilizar e informar sobre aspectos del riesgo de enfermar y por otro a realizar diagnósticos de necesidades en las poblaciones seleccionadas, en muy escasas ocasiones las acciones y prácticas de promoción de la salud han estado orientadas por propuestas de las comunidades y priorizadas por ellas mismas.

Por otro lado, reconocen que los contenidos de las prácticas y acciones son asimilados de manera diferente entre los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); en el régimen subsidiado la “participación” de los beneficiarios es más activa, lo que no sucede con los afiliados al régimen contributivo en quienes se identifican mayores dificultades para su participación en las acciones y prácticas. Las acciones y prácticas de promoción de la salud no están sistematizadas lo que ha generado dificultades para la evaluación de las mismas, y muchas acciones desarrollados por actores ajenos al campo sanitario mantienen un enfoque promocional.

Actores

Población

Es posible identificar una clasificación de las personas con las cuales se desarrollan las prácticas de promoción de la salud, se clasifican en dos grupos; los pobres y los no pobres. Los primeros, han sido la preocupación de la promoción de la salud lo que hace pensar que esta sea para ellos, justifican esta apreciación en que son los pobres quienes tiene más necesidades y menos oportunidades para satisfacerlas, bajo en nuevo SGSSS, las poblaciones se han reagrupado con base en la forma como los individuos se vinculan al sistema, un entrevistado dice: “ ... ahora con la visión [...] no hay poblaciones como tal, sino que personas afiliadas a unos regímenes, no hay una población dada. Realmente el concepto de comunidad se lesiona tremendamente...”. (Entre 16: 114 – 120)

Profesionales de la salud

La academia ha mostrado poco interés y compromiso con la promoción de la salud, aunque su presencia ha sido permanente en la discusión y en las prácticas, reconocen

que la formación de los profesionales de la salud ha estado orientada a lo clínico – patológico, por lo que se percibe en ellos una profunda admiración por este aspecto. Así mismo, consideran que la formación no ha aportado herramientas que permitan a los profesionales asumir un compromiso político en el campo sanitario y que algunos han asumido un compromiso más desde el discurso, la mayoría de los profesionales de la salud perciben una pérdida de estatus al dedicarse a tareas relacionadas con lo comunitario, sin embargo, algunos que se han dedicado a esta tarea, han encontrado dificultades ya que no obstante reconocer la importancia y necesidad de su trabajo, carecen de las herramientas necesarias para desarrollarlo.

A partir de lo anterior, sugieren los entrevistados que la formación de los profesionales de la salud debe tener una perspectiva más humana, que les permita articular su saber con su cotidianidad, dicha formación debe aportar los elementos necesarios y suficientes para que ellos se conviertan en actores políticos, individuales y colectivos y, a la vez puedan desarrollar su trabajo en el ámbito comunitario.

Reconocen que en los últimos diez años es notoria la preocupación y participación de la academia en la discusión teórica y en las prácticas de la promoción de la salud, la academia por un lado, aporta a la promoción de la salud rigurosidad metodológica y profundidad en la discusión, mientras que por otro lado genera discusiones innecesarias e improductivas.

POLÍTICAS PÚBLICAS

La salud de las comunidades es una realidad política; sin embargo, el “sector salud” no lo ha querido reconocer así, dice un entrevistado: “... el sector salud ha sido muy miope en el trabajo político porque considera que la política es una cosa de otro nivel que no lo toca a él y además, por todas las contaminaciones que hay en nuestros países y mucho más en el caso nuestro en el caso de Colombia”.

Reconocen lo político como un gran campo en cual se identifican tres subcampos:

Las políticas públicas.

Las políticas públicas en salud: Se generan e implementan en el sector de la salud, en Colombia estas políticas mantienen un enfoque patocéntrico, por lo que se orientan más por la prestación de los servicios de salud esencialmente curativos, tienen una base amplia de beneficiarios ya que buscan cubrir grandes grupos poblacionales. En este campo, las políticas de salud pública constituyen un área específica.

Las políticas públicas saludables: Buscan generar condiciones saludables para las poblaciones y no necesariamente están dentro del sector sanitario. Sobre la base de las políticas públicas saludables se viene consolidando la estrategia de los espacios saludables, en ellos se incluyen: Municipio Escuela Saludable, Universidad, Clase, Hospital y barrio Saludable, entre otros.

Identifican un nexo muy fuerte entre el modelo económico y el diseño de las políticas públicas en salud, el modelo privatizador, globalizante y mercantilista segmenta lo social e impide la articulación entre los diferentes sectores, el modelo lesiona la participación social y comunitaria ya que las acciones y prácticas sociales se colocan en el plano individual. Un entrevistado opina: “...pero yo diría que la gente está tan entusiasmada con

la atención del enfermo, con la tecnología de punta y sobretodo con la hotelería. Podríamos decir, en el campo de la salud, que a toda hora se esta pensando en como facturar, cómo hacer las cosas para derivar mayores recursos económicos; la mayoría de los trabajadores de la salud están con el signo pesos en la frente... a ver que van a facturar y a ver que van a recuperar, olvidándose en buena parte de promoción y prevención". (Entre 8: 1188 – 1200)

Legislación

La Ley 100 y sus decretos reglamentarios sirven de marco legal a la promoción de la salud en Colombia y el PAB es el componente del SGSSS que específicamente orienta las acciones de promoción. Con la Ley 100 se intento dar un vuelco en el campo de la salud en Colombia, se buscó descentrar este campo de lo patocéntrico – asistencial para colocarlo en un plano saludcéntrico – preventivo de la enfermedad y promovedor de la salud, sin embargo, este vuelco aun no se ha logrado dar y afirman que aunque la ley realiza lo preventivo, promocional y participativo por encima de lo asistencial, su reglamentación y aplicación se mantiene centrada en lo económico, asistencial y curativo.

La implementación de la Ley de Reforma al SGSSS ha producido un cambio significativo en este campo, la inclusión de intermediarios financieros en la prestación de los servicios de salud ha hecho que las ganancias económicas se compartan con los nuevos actores, reconocen que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad bajo el marco de la Ley 100, están ligados a determinantes de costo – beneficio. Así, la promoción de la salud se ha asimilado, por algunos, como la oportunidad de ofrecer servicios de salud baratos y con amplias coberturas.

Con la Ley 100 se disponen recursos para la promoción de la salud, sin embargo, la asignación resulta inequitativa entre la asistencia y, la prevención y promoción, esta ofrece oportunidades para el desarrollo de la promoción, lo que exige a los promotores de la salud ser creativos en la utilización de los recursos y en el aprovechamiento de las oportunidades; no ha hecho grandes aportes a los procesos participativos sociales y comunitarios, sin embargo, ella si ha puesto en escena la problemática de la salud y ha generado el interés de muchos actores por la salud, quienes vienen participando en este campo aunque, muchos, motivados más por intereses económicos.

Participación

Lo que hay en la participación

La preocupación por la participación comunitaria precedió en mucho tiempo la década de los años noventa y en la práctica, la comunidad interviene efectivamente en los procesos sociales. Sin embargo, en muchos de los procesos participativos se desconocen las necesidades, los sentires y los pensares de la comunidad por lo que en esos casos la participación comunitaria se ha quedado en el plano organizativo de las actividades y acciones.

La participación de las comunidades se ha centrado en dos mecanismos; una, reclamar y exigir la garantía y la provisión de sus derechos en una actitud pasiva y receptora y dos, vigilar las acciones de los diferentes actores sociales, sin embargo, ellos hacen referencia a otros mecanismos de participación como concertación, negociación y

cogestión, y, advierten que la concertación hace más lento el logro de los objetivos de la promoción. Un entrevistado dice: "...muchas personas trabajan la promoción de la salud con este eslogan "la salud es un derecho", pero cuando lo piensan así, siempre esperan que alguien les garantice ese derecho, alguien les provea ese derecho, puesto que hay un merecimiento y alguien tiene que venir de afuera y entregarme lo que yo merezco, cuando la gente esta en ésta actitud usualmente se convierte en entes pasivos esperando que un agente externo le provea de salud...". Y agrega más adelante "[...] Esto conduce a la pasividad o a una actitud resentida que reclama y reclama incesantemente". (Entre 5: 673 – 696). Otro entrevistado señala: "[...] más de veeduría, pero no a construir realmente todos juntos que eso sería la participación comunitaria, según entiende la gente; [...] es lo que en la práctica uno ve, o sea reclamar, vigilar y nada más y a demandar, demandar". (Entre 10: 339 – 406)

Los espacios de participación, son ocupados generalmente por las mismas personas y se plantean preguntas como: ¿En qué participan?, ¿Cómo lo hacen?, ¿Cómo motivar la participación de otros?, ¿Cuáles son los objetivos y motivaciones de quienes participan?.

La participación comunitaria se ha quedado, por un lado en lo "retórico", y por otro en una falta de compromiso de los actores que se evidencia en la disociación que se da entre la teoría y la práctica de la participación. Reconoce uno de los entrevistados que la participación ha sido un estribillo que aparece cada vez que se presenta una propuesta de cambio social. (Entre 6: 498 – 503)

Existen ciertos desarrollos en la participación comunitaria, hay una mayor sensibilidad, existen nuevos y reconocidos espacios y, en algunos sitios, la comunidad tiene acceso a la toma de decisiones en los planes de desarrollo comunitario, muchas comunidades en respuesta a la situación que vive el país y a las condiciones en que ellas mismas viven, han generando nuevos espacios y mecanismos, ahora las comunidades orientan su participación a acciones y causas más concretas y específicas que en última instancia buscan solucionar sus problemas y satisfacer sus necesidades.

Señala uno de los entrevistados que la mirada sobre la participación se ha movido en dos posturas (Entre 6: 479 – 482). Por un lado se encuentra una posición *escéptica* en la que se reconoce que la participación no ha servido para nada, incluso, ella se castiga y en muchas ocasiones el precio con el que se paga el castigo es la vida. Por otro lado, se encuentra una posición *romántica* en quienes plantean que la participación es lo máximo y la única vía para alcanzar los verdaderos y profundos cambios que requieren las comunidades ya que es ella la que puede aportar las herramientas necesarias para desarrollar los procesos transformadores.

En salud la participación de las comunidades se ha quedado en hacer presencia en los diferentes espacios - COPACOS y ligas de usuarios de hospitales - para reclamar y vigilar la prestación de los servicios sanitarios. Perciben un gran miedo de los prestadores de los servicios para concertar con las comunidades las acciones sanitarias y reconocen dificultades en la comunicación entre los prestadores de los servicios y las comunidades beneficiarias de los mismos, manifiestan que en el campo de la salud, los diagnósticos, las necesidades y las prácticas y acciones han sido elaboradas, identificadas e implementadas por los profesionales de este campo quienes parten desde sus propios y

exclusivos conocimientos.

En los últimos años de la década de los noventa se ha producido un marchitamiento de los espacios de participación comunitaria en los hospitales. Opina un entrevistado: “[...] a mí me parece que se ha quedado mucho en la retórica, hay grupos de la comunidad que han hecho trabajo, se ha hecho presión; pero yo creo que de pronto se han muerto en un trabajo burocrático con los famosos COPACOS [...] que como la esperanza de que se iba hacer mucha cosa... se han quedado en las juntas de los hospitales, en las unidades de salud...”. (Entre 8: 802 – 812)

El modelo económico lesiona la participación dado que las acciones participativas las reduce al plano individual en un escenario en el que el mercado es el telón de fondo, la Ley 100, a pesar de reconocer la participación como eje importante en la implementación del SGSSS, rompió los procesos participativos que venían madurando desde antes de la puesta en vigencia la Ley, y aunque ésta sí propicia el ingreso nuevos actores al escenario de la Seguridad Social ellos tienen una clara perspectiva mercantilista y de negocio.

La participación comunitaria es el punto de partida y el prerrequisito para la promoción de la salud, sin embargo en el diagnóstico de las necesidades, el diseño y la implementación de las acciones y las prácticas de promoción de la salud poco se tiene en cuenta las comunidades, consideran que las normas que regulan la promoción de la salud desde la Ley 100 no tienen en cuenta la participación comunitaria y por el contrario, la dificultan.

Lo que debe haber en la participación

La participación comunitaria debe incorporar a las comunidades en el diagnóstico de sus propias necesidades, en la elaboración de los proyectos, en el diseño de las políticas que mejoran sus condiciones de vida y en la orientación de los recursos, las acciones y prácticas deben ser el fruto de la negociación y la concertación entre los diferentes actores sociales, esta perspectiva permite un flujo de ideas que se mueven desde el diagnóstico de las necesidades hasta los espacios en los cuales se toman las decisiones. Señalan, que la anterior perspectiva exige a las comunidades por un lado, una actitud propositiva y por otro, reconocerse como verdaderos sujetos (individuales y colectivos) con potencialidades y capacidades y, convertirse en actores políticos y sociales que lideran las prácticas de promoción de la salud, presionan la satisfacción de sus necesidades y transforman su propia realidad.

La participación depende de la efectividad y la promoción de la salud, de la fuerza de las acciones. La participación debe ser el eje de la promoción de la salud desde el cual es posible empezar a suplir algunas carencias identificadas, como la intersectorialidad, la desarticulación y la falta de integralidad de las acciones y prácticas, el fortalecimiento de los procesos participativos debe potenciar el nivel de conciencia, el compromiso y la apropiación de los actores y beneficiarios con las tareas, acciones, objetivos y logros de la promoción; y las políticas saludables deben tener como punto de partida la participación comunitaria, a la vez que será ella la que llene de contenido estrategias como los espacios saludables.

Articulación e integralidad

La total desarticulación en la promoción de la salud, evidenciada en las acciones y prácticas desarrolladas por sus diferentes actores, ha llevado a que las acciones de promoción de la salud sean calificadas como muy puntuales y asistencialistas, con poco impacto en el bienestar y en el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades. Perciben una ruptura entre lo que plantean las normas y la teoría de promoción de la salud y, lo que efectivamente se desarrolla en las prácticas; por un lado están las necesidades planteadas por las comunidades y por otro los ofrecimientos y las acciones de los promotores de la salud. Las acciones orientadas desde lo académico evidencian problemas de articulación entre y dentro de las disciplinas, el trabajo que ellas desarrollan es fragmentario y carente de puntos sólidos de articulación, sin embargo, actualmente se percibe una gran preocupación por articular las diferentes prácticas de promoción de la salud.

Plantean los entrevistados la necesidad de articular tanto el trabajo de los actores de la promoción de la salud, como las normas que orientan la promoción en Colombia, es necesario articular los regímenes del SGSSS, las acciones de los diferentes planes de atención, así como los actores del sistema (EPS, ESE, IPS); dicha articulación potencia los logros, da mayor cohesión a los programas, planes y proyectos en promoción y, disminuye el riesgo de duplicar los esfuerzos. La conformación de redes de promoción de la salud surge de las entrevistas como una propuesta para salvar el obstáculo de la desarticulación.

El bienestar como categoría central de la promoción de la salud, exige una mirada que de cuenta, simultáneamente, de los múltiples elementos que la componen, la integralidad de la promoción de la salud es una perspectiva que debe caracterizar tanto lo conceptual como las prácticas, y es en las prácticas en donde es posible resolver la articulación y la integralidad.

Intersectorialidad

No se evidencia unanimidad entorno al concepto de “sector”, es así como al referirse a lo sectorial algunos aluden a la salud, la educación, la vivienda, el empleo, la recreación y el medio ambiente, entre otros; otros aluden a lo público, lo privado y lo no gubernamental (la sociedad civil); otros mencionan las disciplinas.

El planteamiento teórico de la intersectorialidad en la promoción de la salud es muy fácil y comprensible; sin embargo, en la práctica su operacionalización ha sido difícil y los avances en las relaciones entre los sectores son pobres; cada uno de los “sectores” (educación, salud, vivienda, empleo, entre otros); caminan independientemente, lo que dificulta el trabajo intersectorial y ha hecho que muchos procesos de promoción de la salud se hayan abortado. El sector sanitario carece de la experiencia y de las herramientas necesarias para adelantar acciones verdaderamente intersectoriales y la promoción de la salud ofrece al sector sanitario la oportunidad de aprender a trabajar con otros sectores.

En el desarrollo de las acciones y las prácticas de la promoción de la salud, el problema de lo intersectorial se resuelve fácilmente, el punto de partida para la solución lo constituye el acordar los objetivos que se persiguen. En el nivel básico comunitario lo intersectorial se resuelve casi espontáneamente; en él, las comunidades identifican y

priorizan sus problemas y necesidades, elaboran sus planes, trazan los objetivos, y distribuyen y ejecutan sus tareas, permitiendo, durante todo el proceso, la intervención de los diferentes sectores.

En niveles más altos de complejidad burocrática y administrativa, la intersectorialidad es muy difícil dada la dificultad de concertar objetivos comunes, la forma como se han diseñado las políticas públicas, endosándole a cada sector un pedacito de la responsabilidad sobre el bienestar comunitario, ha entorpecido y dificultado la intersectorialidad, el manejo clientelista de los intereses sociales, económicos y políticos en cada uno de los sectores se suma a esta dificultad.

Reconocer el bienestar, la calidad y las condiciones de vida y, las necesidades humanas como categorías centrales de la promoción de la salud directamente relacionadas con la vivienda, el empleo, la recreación, etc., obliga a considerar lo intersectorial como una condición para la promoción de la salud, dichas categorías no pueden considerarse preocupación exclusiva de uno de los sectores.

No obstante, hay una mayor preocupación por este aspecto de la promoción de la salud y se vienen dando mayores y mejores acercamientos entre los sectores de salud y educación, además, en la estrategia del municipio saludable el trabajo intersectorial parece hacerse más fácil, incluso, este trabajo constituye una condición para el logro de los objetivos de éste. Ha que ha faltado un líder en la intersectorialidad de la promoción de la salud que oriente y haga cumplir lo que se plantea en este tema, sin embargo, al momento de proponerlo las opiniones aparecen divididas; mientras unos estiman que el liderazgo debe ser asumido por el "sector" de la salud y que en la práctica así ha sido, otros opinan lo contrario, es decir; que no debe ser este sector quien lo asuma ya que muchos procesos liderados por el "se han enfriado".

Interdisciplinariedad

Lo interdisciplinario, teóricamente es fácil de plantear, sin embargo, en la práctica es muy difícil de implementar, dado que las diferentes áreas del saber se mantienen encerrados en sus propios campos. La salud no es campo exclusivo de una disciplina; en él intervienen y de él se nutren varias disciplinas que comparten problemas comunes, la identificación de dichos problemas es el punto de partida para el desarrollo de las acciones y prácticas interdisciplinarias. La solución de los problemas comunitarios exige, por un lado la conformación de grupos interdisciplinarios y por otro, la utilización de sus diferentes técnicas y métodos de trabajo. Lo interdisciplinario en la promoción de la salud, no es un territorio exclusivo de médicos y enfermeras y el reconocer el bienestar como categoría central de la promoción obliga, por un lado a la interacción de las disciplinas y por otro a trascender el campo disciplinar.

Hay una mayor sensibilidad hacia el trabajo interdisciplinario, especialmente en lo relacionado con la solución de problemas comunitarios, en varias experiencias se han utilizado técnicas y métodos de unas disciplinas, en otras, específicamente de las ciencias sociales y la salud, lo que es calificado como un avance en lo interdisciplinario, sin embargo, consideran que falta mucho en el trabajo interdisciplinario dado que aun se tiene una mirada muy feudal y parcelaria desde las disciplinas, incluso en el campo de la salud, las disciplinas trabajan separadamente.

Transdisciplinariedad

Es evidente un vacío con respecto al tema, sin embargo, uno de los entrevistados reconoce el carácter epistémico de las prácticas sociales y la importancia de la búsqueda del sentido de lo cotidiano en las investigaciones que tienen por objeto la enfermedad y la salud, plantean que dada la complejidad de los problemas de los cuales se ocupa la promoción de la salud, la transdisciplinariedad es una necesidad. Un entrevistado manifiesta que la promoción de la salud, entendida como una práctica, no es un campo científico por lo que resulta imposible generar conocimiento o plantear discusiones epistemológicas en su interior, dice el entrevistado: "... yo no sería capaz de hablar de un campo científico tan transdisciplinario en promoción de la salud, para mí, la promoción de la salud es una práctica y ahí no avanzaría mucho". (Entre 6: 678 – 683)

6.4.4 PERSPECTIVAS

Municipios saludables

Existe un reconocimiento de que la estrategia de municipios saludables es buena, esta bien formulada, conceptualmente sustenta la fusión entre lo local y lo saludable, hace posible introducir la promoción de la salud en los planes y proyectos de desarrollo municipal y así colocarla como prioridad en las altas esferas del gobierno municipal. El municipio es un buen espacio para resolver problemas como la participación comunitaria, ciudadana y la intersectorialidad, los cuales son a su vez condiciones para la implementación y logro de los objetivos del municipio saludable. En Colombia, las condiciones sociales, económicas, políticas y militares han obligado, según uno de los entrevistados a adjetivar la estrategia de municipios saludables por la paz.

La estrategia tiene algunos riesgos, entre ellos: contaminarse con prácticas clientelistas, desaparecer por cambios en las políticas públicas y convertirse en una catapulta para la implementación del modelo económico; considera un entrevistado es más un discurso de organismos internacionales, pero a su vez sostiene que es posible llenar de contenido este discurso si los municipios saludables son el resultado de las acciones de los sujetos sociales y de los actores políticos orientadas al logro del bienestar de los ciudadanos y a la satisfacción de sus necesidades. (Entre 4: 453 - 470)

Consideran los entrevistados que la estrategia ha sido muy bien recibida porque:

Se articula fácil y claramente con la política de descentralización al favorecerla, sostenerla y fortalecerla.

Se concreta en el espacio específico de las acciones y las prácticas de la promoción de la salud, a la vez que la saca de la exclusividad del sector de la salud.

Conjuga las acciones de las distintas áreas del ambiente municipal, en ella concurren acciones de los diferentes sectores, instituciones, y profesionales, intenta resolver en el espacio municipal, lo intersectorial, lo interinstitucional y lo interdisciplinario.

Autocuidado

El autocuidado es uno de los enfoques de promoción de la salud que viene ganando bastante fuerza, tiene una perspectiva muy individualista y un nexo muy con el enfoque

de los estilos de vida saludable, estos dos enfoques retrasan la promoción de la salud y la reducen. La promoción de la salud es mucho más que el autocuidado no puede quedarse en este enfoque, un entrevistado afirma: "... Al hablar de autocuidado hay que hablar de elecciones, vos elegís cual es el grado de cuidado, a vos hay que presentarte las opciones" (Entre 7: 1248 – 1252), otro agrega: "... pero digamos ese concepto clásico de autocuidado de que enseñarles a los diabéticos que hay que comer esto y lo otro... muy restringido, muy individual; a mí me parece que es volver atrás dentro de la promoción" (Entre 19: 1206 – 1208).

El trabajo en la promoción de la salud con este enfoque tiene dificultades como:

Los hábitos de vida y las actitudes frente a la salud están muy arraigados en las personas, lo que implica desplegar grandes esfuerzos para alcanzar cambios, dado que son procesos característicamente lentos y complejos.

La estrategia de informar sobre los hábitos de vida sana, muy poco impacta en los cambios requeridos.

Las actividades orientadas al autocuidado y sus logros son muy difíciles de evaluar dado el carácter individual del enfoque.

Se reconocen algunos prerrequisitos para el trabajo en autocuidado, clasificados en dos aspectos:

El contexto de las acciones : señala la necesidad de mejorar las condiciones de vida y de trabajo, para lo cual es prioritario, ofrecer acceso a las oportunidades y satisfacer las necesidades, se advierte la necesidad de tener en cuenta aspectos importantes como lo cultural y las condiciones sociales y económicas. Un entrevistado afirma: "... a usted le vamos a recomendar que haga deporte porque es un hábito saludable, pero resulta que tengo que trabajar jornadas de doce horas diarias y tengo que hacer jornadas grandísimas en el trabajo, entonces yo le pregunto a la persona ¿Usted a que horas va a trotar o a salir a caminar?, ¿A que horas va hacer técnicas de relajación cuando a duras penas le queda tiempo para ir a su casa a comer y a descansar?"(Entre 3: 580 – 594).

Del individuo o sujeto: señala que el primer nivel de aplicación del autocuidado es el individual, de allí que la toma de conciencia, el compromiso y la responsabilidad individual frente a un estilo de vida sana, es requisito importante para el logro de los objetivos del autocuidado, además, es necesario tener en cuenta aspectos como lo psíquico y lo biológico.

Se plantea también el "doble filo" del autocuidado, dice un entrevistado: "A mí el autocuidado lo veo como un arma de doble filo, a mí me parece muy interesante lo de los estilos de vida saludables y ahí enmarcado lo del autocuidado. Me parece muy importante como una responsabilidad con uno mismo, de la persona en ir construyendo su propia salud, mantener su propia salud; pero también es peligroso desde el punto de vista político y administrativo que el Estado se desentienda de las obligaciones que tiene en el campo de la salud y le vaya endosando todas las responsabilidades al ciudadano. En ese sentido yo lo veo peligroso, muchos de nuestros administradores, muy hábilmente con esto del autocuidado, le van endosando responsabilidades al ciudadano... y eso no". (Entre 8: 822 – 842)

Desarrollo humano

El desarrollo humano constituye un aporte conceptual que enriquece la promoción de la salud y abre nuevas posibilidades para su desarrollo teórico y práctico, esta categoría es un buen punto de partida para resolver la intersectorialidad y la interdisciplinariedad, siempre que los sectores y las disciplinas lo acojan como el centro de sus acciones y prácticas. Se advierte en las entrevistas dos perspectivas que no se oponen frente al desarrollo humano, por un lado, se reconoce como un enfoque de la promoción de la salud y por otro, como el objetivo último de ella.

En el enfoque de desarrollo humano se toman, el bienestar, la calidad, las condiciones de vida, la satisfacción de necesidades y, el desarrollo de las potencialidades humanas en dos perspectivas: como categorías centrales de la promoción de la salud y como condiciones para el desarrollo del ser humano. De esta manera, el desarrollo humano es, una consecuencia directa de la satisfacción de las necesidades y del desarrollo de las potencialidades.

La medicalización

La salud ha sido vista como una condición cercana y opuesta a la enfermedad y que esta mirada remite necesariamente a lo médico–asistencial, tanto las comunidades como los trabajadores de la salud han mantenido esta perspectiva patocéntrica y asistencialista de la salud; las comunidades frente a la enfermedad y al riesgo de enfermar demandan más y mejores centros de atención sanitaria y los trabajadores de la salud, formados en centros hospitalarios, muestran mayor simpatía y entusiasmo por las acciones asistenciales.

Con la Ley 100, se quiso superar el modelo patocéntrico, curativo y asistencialista que le precedió, sin embargo, en la práctica el modelo no ha cambiado, la reglamentación de la Ley continua centrada en lo médico – asistencial, y es esta la lógica con la que los intermediarios de la salud diseñan e implementan los planes, proyectos y programas de promoción de la salud y, los dirigen a grupos etéreos específicamente enfermos, con quienes adelantan tareas preventivas y asistencialistas; dice un entrevistado: "... el objetivo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad era lograr un cambio de modelo de curativo - asistencial a la promoción y prevención y no se ha logrado, [...] una vez más estamos fallando y vamos a ver que resulta de esto, pero yo tengo mis dudas y es que realmente no estamos cambiando el modelo al hacer vacunación, al hacer citologías, al hacer examen de mama, todas esas cosas que son tamizajes, que además son importantes... qué vamos a lograr?, detectar tempranamente la enfermedad, van a bajar las complicaciones, los costos, porque el sistema también quiere rebajar costos, pero realmente no estamos cambiando de modelo, el modelo curativo - asistencial o en otras palabras el modelo patocéntrico". (Entre 10: 735 – 751)

La perspectiva médico – asistencialista de la promoción de la salud se explica por el hecho de que esta surge dentro del campo médico – sanitario el cual, movido en la lógica morbicéntrica, finalmente la contamina, esta perspectiva ha limitado los alcances y las prácticas de promoción de la salud, sin embargo debe trascender la lógica médica, asistencialista, curativa y bionatural, es necesario desmedicalizarla, que no sea una labor exclusiva de los trabajadores del campo sanitario supere la lógica morbicéntrica y se

coloque en un plano salud - vitacéntrico.

Educación

Existe una relación muy estrecha entre la educación y la promoción de la salud. La educación es el soporte de la promoción y una herramienta o un instrumento de la misma, se ha confundido y reducido a la educación en salud o para la salud y su contenido de esta educación se ha centrado en informar sobre los hábitos de vida sana, esta confusión se ha mantenido por lo fácil y lo menos costoso que resultan estas acciones educativas si se compara con el costo y la dificultad que tienen las acciones y prácticas orientadas a cambiar las condiciones de vida y a mejorar niveles de bienestar. Esto explica porqué las acciones en educación se limitan a sensibilizar e informar sobre riesgos sanitarios y hábitos de vida saludable y porqué las acciones se observan tan cerca de la prevención de la enfermedad; esta relación muestra la utilización de diferentes términos como: educación y promoción de la salud, educación para la promoción de la salud, educación para la salud y educación en salud.

Se identifican los cuatro momentos del proceso pedagógico:

Sensibilización: como el punto de partida, tanto para la promoción de la salud y como para el proceso educativo en salud, permite relacionar las prácticas y acciones con las necesidades de los grupos poblacionales; a este momento se dedican grandes esfuerzos y, sin embargo, las respuestas y los resultados alcanzados son muy bajos, dice un entrevistado: “la sensibilización que hacíamos con la gente era muy alta, pero la respuesta era muy baja. Había un gran desgaste en sensibilizar”.(Entre1: 679 – 685)

Información: se imparten conocimientos sobre factores de riesgo y hábitos de vida sana, se da a conocer “lo que es bueno y lo que es malo para la salud”.

Capacitación: Reconocen los entrevistados que la promoción de la salud es poco lo que ha hecho en capacitación.

Formación: es el fin último al que debe apuntar la promoción de la salud, formando ciudadanos participantes en los procesos sociales.

Es posible identificar dos áreas en la relación: la educación formal, en ella que incluyen opiniones, conceptos y percepciones acerca de la formación de recursos humanos para la promoción de la salud y la discusión sobre la participación de la academia en ella; la educación no formal, que incluye aportes en materia de los procesos educativos para y en las comunidades. La educación debe aportar las herramientas y los caminos para que las personas logren resolver sus problemas y necesidades, esta educación debe soportarse en un proceso que incluya la planeación, la ejecución y la evaluación, en el cual se adelanten acciones tanto individuales como colectivas.

6.4.5 EVALUACIÓN

La evaluación es una necesidad y una responsabilidad de los actores con los accionarios, es decir, es necesario rendir cuentas de los logros de la promoción de la salud a quienes aportan los recursos; la evaluación de las prácticas se ha quedado en presentar el número de acciones y del dinero facturado, la calidad, los logros, los cambios y el impacto

no se evalúan; existe la necesidad de construir indicadores cualitativos para la promoción de la salud. La falta de sistematización y de articulación entre las prácticas y acciones de promoción hace difícil medir el impacto de las mismas.

Indicadores

Se cuenta con indicadores cuantitativos para las acciones y prácticas, por ejemplo: número de charlas, número de asistentes, número de vacunados etc., lo que muestra, una preocupación por la cobertura de las acciones pero no por el impacto de las mismas; no se tienen indicadores cualitativos que evalúen el bienestar y la calidad de vida. La construcción de indicadores para la promoción de la salud parece no ser académicamente importante pero sí lo es para la práctica que debe mostrar los resultados alcanzados: qué está pensando y sintiendo la gente, cómo ellos solucionan sus problemas, etc.

Debilidades

No ha existido una preocupación por sistematizar las acciones y prácticas, falta motivación y capacitación para la participación comunitaria, no se ha logrado desarrollar el trabajo intersectorial ni interdisciplinario, la desarticulación de las acciones y prácticas son en una gran debilidad, no se ha medido el impacto de las acciones y prácticas, no existen redes sólidas de promoción de la salud en Colombia, el desarrollo de acciones y prácticas iguales para todos los grupos poblacionales no se tienen en cuenta las diferencias sociales, económicas y culturales. Opina un entrevistado: "... porque yo no puedo poner al bulto, o no a todo mundo le puedo poner el rótulo en la frente usted es diabético, es hipertenso o tiene ETS o no le puedo tirar a todo de lo mismo haber a cual le pego. Pienso que ahí está la otra debilidad, pegarle al bulto a las cosas, no hay especificidad, programas iguales para todo mundo". (Entre 1: 422 – 431).

Dificultades

La existencia de diferentes enfoques, las prácticas y acciones no se ajustan a realidad de las comunidades, la falta de evaluaciones cualitativas que reorienten las acciones y prácticas, grupos poblacionales conformados en el marco del SGSSS con los cuales el trabajo es mucho más difícil, grupos poblacionales conformados casi siempre por las mismas personas, los permanentes cambios políticos que impiden madurar las propuestas y estrategias, recursos económicos que no se utilizan adecuadamente, falta de habilidad para diseñar proyectos, planes, programas y políticas con la participación de las comunidades.

Limitaciones

La Ley 100 y sus decretos reglamentarios limitan la promoción al establecer el contenido y el método con el cual se pueden desarrollar las prácticas y acciones. La perspectiva patocéntrica que mantiene el modelo de salud se ha convertido en factor limitante de gran peso.

La presencia de intermediarios en el SGSSS ha volcado la preocupación a la rentabilidad económica, el mecanismo de la contratación se convierte en otra limitación cuando los contratantes imponen condiciones para las acciones de promoción de la salud. La situación económica, social y política del país y de las comunidades

caracterizada por inequidad, violencia y desempleo es considerada como limitante para el desarrollo de las diferentes acciones de promoción de la salud.

Oportunidades

Existen mejores condiciones para desarrollar las acciones y prácticas de promoción de la salud: espacios, recursos humanos y económicos orientados por la Ley 100 y personas que quieren trabajar en ella, el PAB ofrece la oportunidad de ajustarlo a las necesidades y a las realidades específicas de las comunidades. La promoción de la salud es un reto ante las actuales condiciones de Colombia.

Logros

Más que logros, reconocen avances y desarrollos. Se cuenta con normas, recursos económicos, humanos, políticas, se ha entendido la necesaria participación de los diferentes actores sociales, se reconoce una mayor intención de las comunidades en participar en las actividades y prácticas, mayor conocimiento de los mecanismos y espacios de participación, el dialogo entre las disciplinas, especialmente las campo de la salud que están preocupadas por problemas comunitarios y por el uso de metodologías de otras disciplinas, mayor posicionamiento de la promoción de la salud en los diferentes ámbitos y sectores de la vida nacional y un aumento del interés por la promoción de la salud en el campo académico.

Se aprecia una mayor preocupación por recoger los planteamientos hechos en las reuniones y conferencias internacionales intentando perfilar mejores prácticas en países y comunidades particulares, existe mayor conciencia frente a lo que se hace y se definen ámbitos fuertes de trabajo como el escolar, el familiar, el laboral y el urbano, entre otros; se reconoce como un avance colocar el bienestar, la calidad, las condiciones de vida y el desarrollo humano como categorías centrales, lo anterior intenta superar la connotación médico – asistencial y delimitar teóricamente, los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Tareas

Superar la perspectiva morbicéntrica y asistencialista, es necesario que se formen más personas dedicadas a la promoción de la salud, que impacten la situación de guerra y conflicto que vive el país, que las acciones y prácticas de promoción de la salud se ajusten a las realidades y características propias de las comunidades además, que se articulen en los proyectos, programas, planes, y políticas de tal forma que se garantice un mayor impacto de estas, iniciar un proceso de evaluación y sistematización de las acciones y prácticas, hacer operativo lo teórico - conceptual.

Es necesario que los planteamientos hechos en las normas y leyes sobre promoción de la salud se pongan en práctica, que se ofrezcan oportunidades y condiciones para que las comunidades adopten las propuestas de la promoción de la salud, es necesario orientar y capacitar para la participación y así puedan alcanzar mejores niveles de bienestar y de calidad de vida.

6.4.6 ANÁLISIS

Los datos obtenidos en las entrevistas recogen las posturas actuales de los entrevistados frente a la promoción de la salud y en ningún momento dan cuenta de momentos históricos en la misma. A partir de las opiniones expresadas se identifican dos grandes tendencias frente a lo teórico y las prácticas de la promoción de la salud. En este sentido, es necesario precisar que las personas entrevistadas no se agrupan en una de las tendencias, ellas no conforman grupos característicamente definidos y sus discursos no son homogéneos, es decir, que el discurso de un entrevistado, frente a una temática específica, evidencia posturas que se ubican en una de las tendencias, y frente a otra temática su discurso puede inscribirse en la otra tendencia, frente a algunas temáticas, se resalta que las opiniones expresadas muestran cierta unanimidad.

6.4.7 LAS TENDENCIAS

6.4.7.1 PRIMERA TENDENCIA

Ubican los discursos que reconocen el proceso salud - enfermedad como la categoría central de la promoción de la salud, lo que constituye una gran dificultad frente a la extensión del campo de la promoción al incluir demasiados aspectos, impidiendo una definición clara y precisa de este concepto. Esta preocupación toma mayor fuerza cuando se intenta establecer, desde lo conceptual, la relación entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En un intento por resolver el problema del campo se propone la estrategia de identificar las especificidades de la promoción de la salud, reconocer las similitudes con otros campos del saber y del hacer en salud y hacer las exclusiones pertinentes, lo que finalmente marca esta preocupación es el afán por señalar los límites y fronteras de una parcela del conocimiento y de la práctica en salud que denota una perspectiva unidisciplinaria de la tendencia.

En las prácticas y acciones de promoción de la salud adelantadas desde esta tendencia es posible señalar algunas características que la marcan. El soporte normativo sobre y desde el cual dichas prácticas se adelantan lo constituye la Ley 100 de 1993, la cual se implementa desde un modelo económico individualizante y privatizador, en el que el mercado constituye el factor regulador de las relaciones entre los diferentes actores sociales. En este contexto, las acciones y prácticas de promoción de la salud contemplan la participación comunitaria como un requisito formal en el que las organizaciones sociales ocupan espacios establecidos por las normas y sus mecanismos de acción participativa se orientan a exigir, reclamar, demandar y vigilar.

De igual forma, las acciones y prácticas de promoción de la salud adquieren un carácter fundamentalmente asistencialista, su principal orientación es ofrecer e implementar soluciones a problemas diagnosticados y priorizados por los profesionales de la salud, sin contar con la intervención efectiva de los beneficiarios en la construcción e implementación de las posibles soluciones. Bajo esta característica, las prácticas de promoción de la salud aparecen desarticuladas de la realidad que se quiere intervenir. Por otro lado, dichas prácticas se desarrollan dentro del mismo campo sanitario y los beneficiarios son grupos de personas enfermas o expuestas a riesgos específicos; en consecuencia, resultan característicamente medicalizadas.

La intersectorialidad aparece como una de las tareas a desarrollar en la promoción de la salud y sus avances, hasta el momento, se caracterizan por la conquista de los diferentes sectores sociales por el sector sanitario, lo interdisciplinario está en la utilización de metodologías de las ciencias sociales en el campo de la salud, y lo interinstitucional se resuelve a partir de unir diferentes instituciones para desarrollar conjuntamente las acciones.

Al admitir una gran solidez en esta tendencia, se reconocen en ella dos líneas diferentes. La primera muestra conceptos, opiniones, prácticas y acciones orientadas desde la enfermedad en las cuales la preocupación capital la constituye el riesgo de enfermar; sus estrategias se enfocan a sensibilizar e informar sobre la enfermedad y a estimular la adopción de hábitos y estilos de vida protectores, se caracteriza por ser esencialmente morbicéntrica.

La segunda coloca el foco de la promoción de la salud en la salud, sus preocupaciones se orientan a promover, entendida esta como la ejecución de acciones que pretenden mejorar la calidad y las condiciones de vida y alcanzar mayores niveles de bienestar. Esta línea intenta superar la reducción de la promoción de la salud a simples acciones educativas y la participación se reconoce como un prerrequisito para la promoción. Además, en ella se admiten las bondades del autocuidado al potenciar la formación de sujetos autoresponsables, pero al mismo tiempo se plantea el peligro que representa el hecho que el Estado le endose a los ciudadanos las responsabilidades que le son inherentes. De igual manera, la promoción de la salud es considerada como una estrategia que posibilita, ampliar las coberturas en salud y ofrecer servicios de salud baratos. Esta línea se identifica como saludcéntrica.

6.4.7.2 SEGUNDA TENDENCIA

Muestra en el discurso de los entrevistados el reconocimiento de la vida como la categoría central y la principal preocupación de la promoción de la salud; desde esta perspectiva, la vida es también la preocupación de varios sectores y disciplinas, lo que en consecuencia, convierte la promoción en una práctica que supera el marco unidisciplinar y, como práctica social, genera procesos transformadores en las realidades de las que se ocupa, además, a partir de la evaluación y sistematización de dichas prácticas, resulta posible construir nuevos conocimientos, la perspectiva transdisciplinaria se convierte en una condición de la promoción de la salud como práctica social con características epistémicas.

La preocupación está en avanzar en la fundamentación de un concepto dinámico de promoción de la salud, por el reconocimiento de que la intencionalidad y la racionalidad de las prácticas sociales son las que finalmente marcan el carácter promocional de las mismas, los actores de la promoción son aquellos quienes, desde una intencionalidad transformadora de las realidades, adelantan prácticas promocionales.

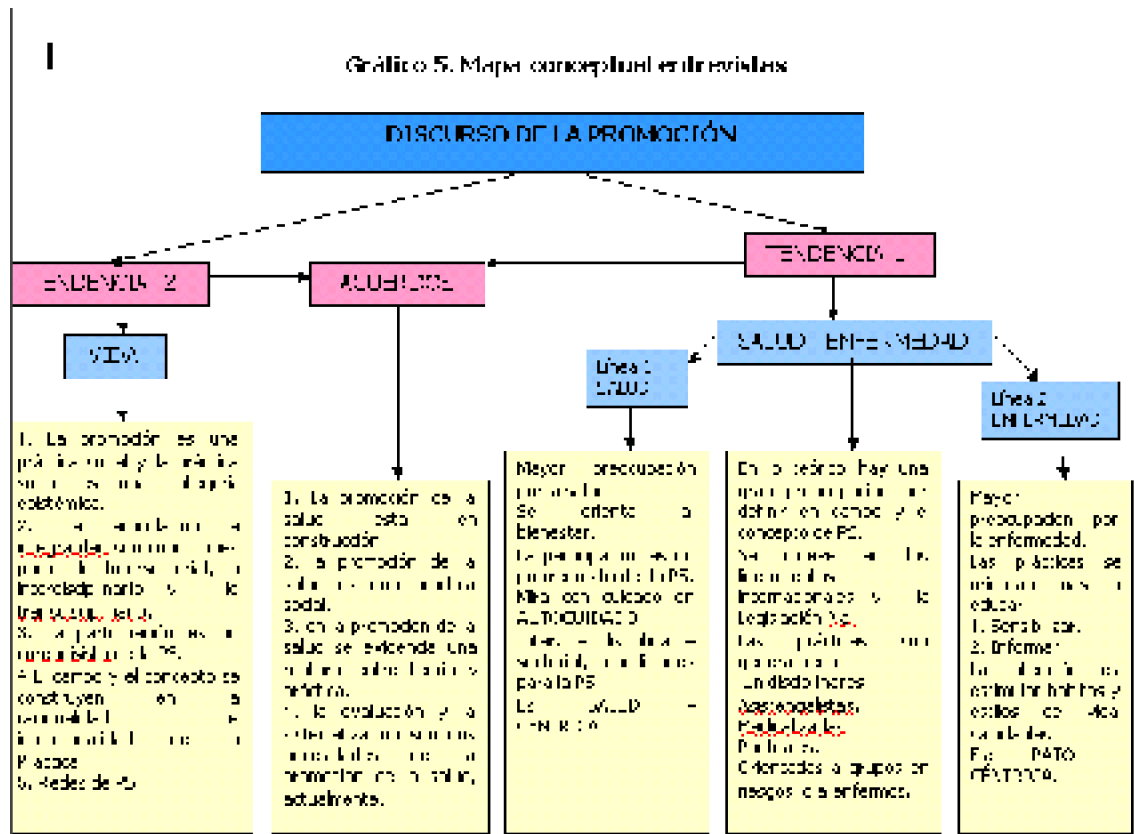
La participación comunitaria, se reconoce como un correquisito de la promoción, el diseño y la implementación de las políticas públicas deben estar fundamentadas en una participación orientada desde la concertación y la cogestión de los proyectos, planes y programas sociales, esta condición permite alcanzar el carácter de verdaderas políticas

públicas saludables.

Se reconoce que el punto de partida para resolver lo intersectorial y lo interdisciplinario lo constituye el identificar los problemas comunes a los sectores y disciplinas y trazar objetivos comunes para las prácticas, es la práctica social la posibilidad de articular las prácticas y dotarlas de una perspectiva integral. Se propone la conformación y consolidación de redes de promoción de la salud.

6.4.8 LOS ENCUENTROS

Los puntos de encuentro, los constituyen: el admitir que la promoción de la salud es un campo teórico y práctico que está en construcción, es una práctica social al reconocer las acciones de promoción de la salud necesariamente articuladas, intencionadas y orientadas a transformar las realidades objetivas subjetivas e intersubjetivas de los sujetos sociales, señalar una ruptura existente entre lo teórico – conceptual y las prácticas de promoción de la salud, falta de procesos de evaluación y de sistematización.



En el gráfico 5 se presenta el mapa conceptual de las entrevistas.

7. CONTEXTO: EL TEJIDO

"Yo pienso confundir las cosas, unir las y recién hacerlas, entreverarlas, desvestirlas, hasta que la luz del mundo tenga la unidad del océano, una integridad generosa, una fragancia crepitante". Pablo Neruda.

Para este trabajo es importante resaltar que el contexto, más que una categoría de análisis, es un referente interpretativo que permite comprender los procesos históricos, sociales y culturales como un sistema de inclusión de múltiples categorías analíticas.

Etimológicamente la palabra contexto tiene su origen en la raíz latina "Contextus" con- juntamente y "Textus", texto o tejido. Desde esta perspectiva, el contexto se entiende como el tejido, entrelazado y enmarañado de relaciones construidas entre las categorías que componen la realidad de la cual se quiere dar cuenta, y no sólo como el escenario de los fenómenos y acontecimientos sociales; las categorías son los puntos de amarre y de soporte del tejido. De esta manera, los fenómenos y acontecimientos que suceden por fuera del campo de donde se ha puesto el foco para el estudio también son elementos que condicionan y determinan tanto los fenómenos como los resultados de su estudio. El contexto, a su vez, ayuda a comprender las lógicas internas y externas de las categorías y la racionalidad e intencionalidad de los fenómenos sociales. Desde lo anterior, es posible ver que las categorías están en diferentes campos del conocimiento y mantienen relaciones con categorías de otros campos, lo que permite construir elementos como lo interdisciplinario y lo transdisciplinario.

En el desarrollo de la investigación el foco está puesto en las categorías que dan cuenta del estado de la discusión de la teoría y la práctica de la promoción de la salud, y

estas aparecen condicionadas por la normatividad vigente en Colombia, enmarcada en el desarrollo de la reforma de los servicios de salud enfatizando en la legislación en promoción de la salud y participación.

7.1 LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA

En el período que siguió a la segunda Guerra Mundial se estructuró y consolidó un modelo de Estado con el que se pretendió superar la crisis generalizada de los años 30. Bajo este modelo, el Estado asumió la responsabilidad de brindar a los ciudadanos los bienes y servicios que el mercado no estaba en condiciones de garantizar. Sin embargo, el modelo no logró sus objetivos y entró en crisis debido a razones sobre las cuales no hay consenso. Los diferentes países trataron de superar la crisis con la implementación de medidas de ajuste estatal que se orientaron a liberar el mercado, disminuir el tamaño y la función del Estado, flexibilizar las relaciones laborales, recortar el gasto público, privatizar la seguridad social, la educación y los servicios públicos y a desarrollar actividades comunitarias enfocadas al autocontrol. Dichas medidas se implementaron a través de reformas sectoriales impuestas desde organismos internacionales.

Colombia, desde la década de los años setenta, contaba para la prestación de servicios de salud, con el Sistema Nacional de Salud en el cual la atención se repartía en tres sectores: el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales y el sector privado. Desde el final de la década de los años ochenta se reestructuró el Sistema Nacional de Salud con la Ley 10 de 1990, y posteriormente, se reordenó jurídica, institucional y socialmente el país con la Constitución Política de 1991. Ésta, colocó las bases para la reforma en el sector salud y estableció la Seguridad Social como un servicio público basado en la eficiencia, la universalidad y la solidaridad, dirigido, coordinado y controlado por el Estado. Además, se propuso garantizar el acceso de todos los colombianos a la promoción, protección y recuperación de la salud y abrió el espacio al sector privado para participar en la prestación de la Seguridad Social. Finalmente, con la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, se puso en marcha un nuevo Sistema General de Seguridad Social Integral, que tiene como uno de sus componentes el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este componente reorienta la atención en salud y condiciona el acceso a los servicios de salud al aseguramiento individual de los ciudadanos. La promoción de la salud fue incluida dentro de la legislación como una estrategia ligada a la prevención de la enfermedad, y en este sentido se normatiza para su aplicación en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

7.1.1 LEGISLACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

En 1991, se reunió en Colombia la Asamblea Nacional Constituyente con el fin de dar un cambio político y administrativo acorde con las demandas del siglo XX, para garantizar la

unidad de nación y asegurar a la población los mínimos derechos, dentro de un marco jurídico democrático y participativo, de esta forma planteó las bases para las relaciones sociales que se deben dar entre los colombianos y estableció las pautas para la normatización en los diferentes sectores estatales a través de la Constitución Política Colombiana de 1991.

En el Título II, Capítulo 2, de los derechos sociales, económicos y culturales, plantea en sus artículos 43 al 46 de manera explícita la protección a los diferentes grupos étnicos (mujeres, niños, adolescentes, personas de la tercera edad respectivamente) y en el artículo 47 la protección a disminuidos físicos, sensoriales o psíquicos.

En el artículo 48 define la seguridad social como un servicio público, de carácter obligatorio a cargo del Estado y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

En el artículo 49 normatizó: "La atención en salud y el saneamiento básico son servicios públicos a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, establecer políticas para la prestación de los servicios de salud de entidades privadas y ejercer su vigilancia y control, y establecer competencias a la nación, entes territoriales y particulares y determinar los aportes. Le corresponde también la organización de los servicios de salud de forma descentralizada, por niveles de atención, con participación de la comunidad, y atención básica gratuita para todos y teniendo en cuenta que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad"³³.

Es claro que la Constitución de 1991 define la seguridad social como un servicio público, así como la atención en salud y el saneamiento básico, y la misma Constitución define los servicios públicos como inherentes a la finalidad social del Estado y es deber de este la prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional (Título XII, capítulo 5, artículo 365).

En el artículo 366 de este mismo capítulo, expresa que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida son también finalidades sociales del Estado, con el objetivo fundamental de solucionar las necesidades insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental y de agua potable. El gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

Un aspecto para analizar es el concepto de salud entendida como atención, lo que restringe este concepto a la atención de la enfermedad o reparación del daño al organismo, además de que se percibe esta atención de manera muy individual, compatible con el modelo biomédico tradicional, permitiendo ver la carencia de participación en el debate constitucional del gremio médico en general y de la salud pública en particular.

Otro aspecto es que ésta atención se define como un servicio público, no como un derecho fundamental de los ciudadanos, lo que garantiza el acceso a éstos pero no el

³³ COLOMBIA. CONGRESO. Constitución Política de Colombia de 1991. Medellín: Universidad de Antioquia, 1991

derecho fundamental de la salud. Este es un punto contradictorio porque al ofrecer un servicio este se realiza con un cliente, usuario, afiliado o beneficiario que debe cumplir unos requisitos mínimos establecidos por un contrato, lo cual no garantiza el acceso de todos los habitantes.

Consecuente con el mandato constitucional, se redactó la Ley 100 de 1993, que reglamentó el Sistema General de Seguridad Social que lo define como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen, para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud, la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”³⁴.

En este preámbulo se aprecian dos conceptos importantes: la seguridad social es de la persona y de la comunidad lo cual introduce el concepto de lo comunitario en los servicios públicos y la calidad de vida esbozada como las contingencias económicas y de la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, uno de los libros del Sistema General, tiene entre sus características ser un servicio público esencial, todos los habitantes deben estar afiliados mediante el pago de cotizaciones. Otros principios que enuncia son los de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Tiene además cobertura familiar y cada afiliado y sus beneficiarios recibirán un plan integral de protección a la salud con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

También se han definidos unos planes de beneficio para la atención en salud. Para este trabajo son importantes el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención Básica (PAB), porque tienen en sus contenidos la obligatoriedad de las acciones en promoción de la salud.

En el POS, se considera la salud como un servicio individual que requiere un pago anual por afiliado (cotización) ya sea aportado por él mismo o por el Estado, y garantiza un plan de acciones específicas que permite cumplir con los objetivos del sistema; este plan comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de la población cotizante y sus beneficiarios. Para cumplir con el plan de acciones se han reglamentado otra serie de decretos y resoluciones que establecen los programas que por ley deben aplicarse entre los afiliados al sistema.

Es así como la Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996 tenía por objeto determinar las actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad del POS. Esta resolución define la promoción de la salud en el Sistema Integral de Seguridad Social como “la integración de acciones que realizan la población, servicios de salud, autoridades sanitarias y sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar más

³⁴ COLOMBIA. CONGRESO. Ley 100 de 1993. 2 ed. Bogotá: El Congreso, 1995.

allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades”.

Estableció 11 programas de prevención de la enfermedad y en cada uno de ellos estableció actividades de promoción, entendida como fomento de la salud, educación, información, consejería y fortalecimiento de vínculos, que se deberían adaptar al perfil epidemiológico de la población afiliada orientada a producir un impacto medible de la situación de salud. Estos servicios se ofrecerían de forma directa o contratada a los sectores académicos, asociaciones científicas, ONG, COPACOS, comunidad y alianzas estratégicas.

Esta resolución también establece que la atención preventiva a la enfermedad a riesgos específicos debe ser periódica e indicada por los profesionales de la salud para que brinden orientación e información a los afiliados, grupos familiares y sociedad general.

Las estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están dirigidas al individuo y la familia (controles periódicos, consejería, reuniones grupales, visitas domiciliarias), a la colectividad (seminarios, talleres, conferencias, foros, sociodramas) y a los afiliados (material didáctico sobre estilos de vida, trabajo, hábitos saludables y prevención de riesgos específicos). Estas actividades deben ser evaluadas trimestralmente por el Ministerio de Salud en términos de asistentes por grupo, número de actividades, tipo de programa por grupo poblacional, gasto total por programa y actividad.

En esta resolución se encuentra la promoción de la salud como responsabilidad de diferentes sectores y no solo del sector salud (como si ocurre en la prevención de la enfermedad), pero no se aprecia de forma explícita la participación de las colectividades. La promoción de la salud se concibe como una estrategia de la prevención de la enfermedad en la medida que se considera como las actividades educativas que apoyan a los programas de prevención; esto coincide con una forma de conceptualizar la promoción de la salud desde las áreas de la salud.

Se establecen además las estrategias pedagógicas para las actividades y la evaluación de estas. Las estrategias reglamentadas ofrecen una amplia gama de posibilidades y se aprecian más como sugerencias que no limitan a otras posibilidades, pero la forma de evaluar solo llega a indicadores de recurso, sin tener en cuenta como se realizan y que impacto dejan en los participantes.

El Acuerdo 117 de 1999 delega al Ministerio de Salud establecer las pautas y las normas técnicas para los problemas de salud pública de acuerdo al perfil de la población afiliada, por tanto el 25 de febrero del año 2000 entró en vigencia la Resolución 412 donde se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos, intervenciones de demanda inducida para desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y guías de interés en salud pública.

La protección específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar en los afiliados protección frente a un riesgo específico con el fin de evitar la presencia de enfermedad. Se cuentan en este grupo las

vacunas y la atención preventiva de salud bucal, del parto, del recién nacido y del plan familiar a mujeres y hombres.

La detección temprana es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitar el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, disminución de la duración y daño, evitando secuelas, incapacidades y muerte. Se cuentan en este grupo el crecimiento y desarrollo en menores de diez años, alteraciones del joven de diez a 29 años, del embarazo, del adulto mayor de 45 años, cáncer de cuello uterino y de seno y trastornos de la agudeza visual.

Las guías de atención a enfermedades de interés en salud pública que estableció la Resolución 412 son 21, entre otras están: bajo peso al nacer, menor y mujer maltratados, enfermedades degenerativas, infecciosas, alérgicas, síndrome convulsivo, estrabismo y cataratas.

Con la vigencia de esta resolución originada en el Ministerio de Salud (Departamento de promoción y prevención) se diluyó la promoción de la salud y se limitaron las actividades a prevención de la enfermedad. De esta forma la promoción de la salud es referida como una estrategia de la prevención y se limita a educación a la población objeto de las acciones.

En la misma Ley 100, Libro II, Título I, Capítulo III, Artículo 165, se define la atención básica como “complemento del POS y las acciones de saneamiento ambiental, constituido por intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o a individuos con altas externalidades. Tiene a su cargo la información pública, educación y fomento de la salud, control del tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, complementación nutricional, planificación familiar, desparasitación escolar, control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz, y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, TBC, lepra y enfermedades tropicales como la malaria. La prestación es gratuita y obligatoria, la financiación está garantizada por los recursos fiscales del gobierno nacional, complementada con los recursos de los entes territoriales”.

El PAB es responsabilidad de los entes territoriales para servicios de salud colectivos, cuyos contenidos corresponden a acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Su objetivo es garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y brindar conocimiento sobre el uso oportuno y adecuado de los servicios de salud, para el cumplimiento de las metas de salud pública territoriales, enfermedades de alto riesgo para la colectividad y focalizadas hacia la población más vulnerable. Tiene tres componentes: fomento y promoción de la salud, acciones de prevención y vigilancia de la salud pública y control de los factores de riesgo.

El fomento y promoción de la salud tiene tres subcomponentes: Información y educación en salud, protección específica de las enfermedades y problemas con altas externalidades (alto impacto social, costosas y generalmente afectan a los grupos más vulnerables) y control de factores de riesgo ambientales.

Entre las actividades de promoción de la salud (o primer subcomponente) en el PAB se encuentran:

Implementación del sistema de vigilancia epidemiológica para la salud y el desarrollo humano.

Información y educación para el desarrollo humano y factores protectores de la salud como: vida saludable, autocuidado, alimentación, sexualidad y reproducción saludables, salud de la familia gestante, identidad, autodesarrollo y salud mental.

Información y educación para el control de factores deteriorantes o de riesgo presentes en el medio o derivados de la conducta.

Educación para la detección precoz de riesgos y afecciones previsibles de la etapa reproductiva como: cáncer de cuello uterino, mama, próstata, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Educación e información sobre el proceso de trabajo y salud como parte del desarrollo humano y los riesgos ocupacionales.

Educación para la conservación del ambiente saludable y para la prevención y atención de los desastres.

Con esta revisión de la legislación relacionada con la promoción de la salud, encontramos que no hay una filosofía clara y unificadora aún desde la nueva Constitución Política pues se evidencian tensiones y contradicciones básicas, como es la relación público-privado, donde se habla de un Estado Social de Derecho pero se enfatiza en el derecho individual, haciendo reconocimiento a la Constitución de 1991 donde se realizó un gran esfuerzo y se establecieron pautas que de otra forma no se habrían podido introducir en la legislación Colombiana.

El Decreto 1938 del 5 de agosto de 1994, en su Artículo 4º presenta un glosario donde se adopta la definición de promoción y fomento de la salud como aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo e informativo, individual o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en salud, como también promover, estimular, incentivar y concretar la participación social en el manejo y la solución de sus problemas.

Define además la prevención de la enfermedad como aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención, cuya finalidad es actuar sobre los factores de riesgo o condiciones específicas presentes en el individuo, la comunidad o el medio ambiente, que determinan la aparición de la enfermedad.

El Decreto 1891 del 3 de agosto de 1994 el cual reglamenta parcialmente algunos artículos de la Ley 60 de 1993 y el Decreto Ley 1298 de 1994, Capítulo I, ámbito de aplicación, Artículo 2 define la promoción de la salud como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y psíquicas de los individuos y las colectividades.

La promoción de la salud de acuerdo con su objeto, tiene acciones de fomento de la

salud y la prevención de la enfermedad. De acuerdo con sus modalidades y población objetivo hacen parte de la promoción de la salud las acciones de salud pública y de servicios básicos.

En el artículo 3: define por fomento de la salud el conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas y entiende por prevención de la enfermedad el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.

En el Artículo 4: define las acciones de salud pública y de servicios básicos que forman parte de la promoción de la salud y constituyen el objeto del PAB de que trata el artículo 47 del Decreto Ley 1298 de 1994.

Los programas o proyectos de salud pública son aquellos dirigidos directamente a grupos o subgrupos de la población, tales como:

La información y educación en salud.

El control de los riesgos del ambiente entre los que se cuentan: los vectores, los riesgos ocupacionales, los riesgos del consumo, el saneamiento básico –como la calidad del agua y del aire, las basuras y las excretas- así como la vigilancia y control sanitarios de establecimientos.

El control de riesgos del comportamiento que representan riesgo para la salud como los hábitos de higiene y alimentación, educación sexual, la salud pública mental y el control del consumo de cigarrillo, licores y otras sustancias psicoactivas.

Los programas y proyectos de servicios básicos son aquellos que, aunque provistos directamente a los individuos, que tienen altas externalidades y efectos secundarios sobre el conjunto de la población. Se incluyen entre otros, programas y proyectos de vacunaciones, desparasitaciones y fluorización, planificación familiar y suplementos nutricionales a la mujer embarazada y al niño menor de un año, así como prevención primaria y detección precoz de enfermedades transmisibles tales como tuberculosis, lepra, malaria, leishmaniasis y SIDA.

7.1 .2 LEGISLACIÓN EN PARTICIPACIÓN.

La participación es un elemento importante para la promoción de la salud y en este sentido el marco legal ha normatizado y abierto espacios para ella, sobre este tema sobre la que se ha reglamentado desde antes de la Constitución Política de 1991 y la reforma en salud, sin embargo con estas, se redimensiona en el marco de la descentralización administrativa.

El Decreto 1757, basado en la Constitución Política, en el artículo 103 se legisla sobre las formas de participación democrática, señala además que el Estado contribuirá a la organización, promoción, capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, juveniles, comunitarias, benéficas o de utilidad común no gubernamental, sin detrimento de su autonomía con el objeto que constituyan mecanismos democráticos de

representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan; en el artículo 340 donde dispone que en los entes territoriales habrá Consejo de Planeación con carácter consultivo y servirá de foro para el Plan de Desarrollo.

El Decreto Ley 1298 de 1994 otorga el derecho de participar en la planeación, gestión evaluación y control de los servicios de salud.

La Ley 60 de 1993 en su artículo 13 dispone el desarrollo de los planes sectoriales y en el artículo 23 garantiza la difusión de los planes y la participación de la comunidad en el control social de los mismos.

La Ley 100 de 1993 tiene entre sus principios la participación social y la concertación, y prevé el derecho a la participación en diferentes formas, además que establece que se debe estimular la promoción de los métodos de participación, promover actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.

La anterior legislación establece los fundamentos para decretar la participación en salud, consta de cinco capítulos donde establecen: formas de participación, participación ciudadana, participación comunitaria, participación en las instituciones de seguridad social, y participación social. A continuación se hará un compendio de cada uno de ellos.

Respecto a las formas de participación establece que las personas naturales y jurídicas tienen la oportunidad de participación: ciudadana, comunitaria, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

Este decreto establece diferentes formas de participación en salud (Artículo 2º):

La participación social, es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basadas en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en búsqueda del bienestar humano y de desarrollo social.

La participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria así:

La participación ciudadana es el ejercicio de deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de su salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación, y veeduría de los servicios en salud.

La participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

La participación de las Instituciones del Sistema general de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento de la prestación en el servicio público de salud".

Respecto a la participación ciudadana, las entidades responsables deberán establecer un servicio de atención a los usuarios que canalicen inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en cumplimiento de sus derechos y deberes, además conformar veedurías ciudadanas y comunitarias.

Respecto a la participación comunitaria establece los comités de participación

comunitaria en salud (COPACOS) como un espacio de concertación entre los diferentes sectores sociales y el Estado.

Respecto a la participación en las Instituciones del SGSSS, que garantizarán la participación ciudadana, comunitaria y social en todos los ámbitos para que corresponda conforme a las disposiciones legales aplicables. Corresponden a este tipo de participación las alianzas de usuarios que los representarán en las IPS y EPS.

Sobre la participación social, dice "...se expresará en la confluencia de las formas de participación social de que trata el presente decreto, en procesos cogestionarios de planeación, y veeduría en salud. La veeduría en salud es el mecanismo para el control social que deberá ser ejercida a nivel ciudadano, institucional y comunitario, a fin de vigilar la gestión pública, los resultados de la misma. La prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades que hacen parte del SGSSS, así:

En lo ciudadano, a través del servicio de atención a la comunidad que canalizará las veedurías de los ciudadanos ante las instancias competentes para el ejercicio de sus derechos constitucionales y legales, en lo comunitario mediante el ejercicio de los COPACOS, en lo institucional mediante el ejercicio de las asociaciones o ligas de usuarios, comités de ética médica u hospitalaria y la representación ante juntas directivas de las IPS y EPS, en lo social mediante la vigilancia de la gestión de los consejos territoriales de seguridad social y de planeación. El régimen subsidiado será objeto de control por parte de veedurías comunitarias elegidas popularmente.

Como puede apreciarse, la legislación ofrece oportunidades pero a su vez abarca demasiadas temáticas que no son tratadas en profundidad, lo que lleva a grandes confusiones como logra observarse en el análisis de las unidades de trabajo; al concebir la salud como un servicio público, no como un derecho, las acciones se dirigen más al control de la enfermedad hecho que se refuerza por la racionalidad económica de costo beneficio. La promoción de la salud entonces, se entiende como una estrategia de la prevención de la enfermedad, lo que parece impedir que se hallan dado avances importantes en lo teórico y lo práctico.

8. SEGUNDO NIVEL DE ANÁLISIS: CLARIDADES Y NUEVOS SENDEROS

"Armonía: unión y combinación de voces simultáneas y diferentes. Bien concertada variedad de instrumentos, medidas, voces y pausas, que resulta por la feliz combinación de tonos... con el lenguaje de la armonía se nutre el derecho más fundamental de todos los seres humanos: el derecho a una vida creativa, el derecho a la felicidad" Martha Senn.

El proyecto de investigación "Estado de la discusión y de la práctica de la promoción de la salud en Colombia 1991-1999", se formuló sobre un referente conceptual que propone tres núcleos problemáticos que orientaron la selección y organización de la información. Estos núcleos serán presentados como marco de análisis para lo que, en este trabajo, denominamos segundo nivel de análisis. El esquema seguido se visualiza en el cuadro 5.

8.1 NÚCLEO PROBLEMÁTICO EPISTEMOLÓGICO

8.1.1 PRIMER SUPUESTO: LA TRANSDISCIPLINARIEDAD

Al superar la posición morbicéntrica del discurso, e incorporar asuntos sobre la

equidad, la participación y la democracia, la promoción de la salud desarrolla posturas epistemológicas orientadas a la transdisciplinariedad. En este sentido el primer interés es identificar:

¿Cuáles son las áreas en las que se ubican los profesionales que desarrollan estudios y prácticas de promoción de la salud?

Con el supuesto, de si prevalece la participación de los profesionales de la salud o por el contrario de abren caminos a otras disciplinas configurándose un primer nivel interdisciplinario, se encuentra dificultad en identificar en el material revisado la disciplina a la que pertenecen, muy pocos lo especifican o ha sido necesario deducirlo por la temática trabajada; sin embargo en las que se explícita, prevalecen en el planteamiento y ejecución de las investigaciones y prácticas de

la promoción de la salud, profesionales de las áreas de la salud, y en este grupo aparecen dos tendencias:

Cuadro 6. Esquema General de Análisis

NÚCLEO PROBLEMÁTICO	SUPUESTOS	PREGUNTAS GUÍA
EPISTEMOLÓGICO	Transdisciplinariedad	¿Cuáles son las áreas en las que se ubican los profesionales que desarrollan estudios y prácticas de PS?
		¿Desde dónde se construyen los discursos que sustentan la PS?
		¿Cuál es la relación teoría-práctica en la PS?
	Campo	¿Qué se entiende por PS?
		¿Cuáles son los asuntos de los que se ocupa la PS?
		¿Cuáles son las especificidades y límites de la PS?
Enfoque	¿Qué propósitos orientan las prácticas e investigaciones de la PS? ¿Qué intencionalidad direcciona los ejercicios de construcción de conocimiento de PS? ¿De que realidades se ocupan las intervenciones y las investigaciones de la PS?	
TEÓRICO	Categorías Teóricas	¿Cuáles son las categorías principales de la PS?
	Relación Categorías	¿Existe relación entre las categorías principales de la PS?
	Nuevas Categorías	¿ Emergen nuevas categorías de PS?

8. SEGUNDO NIVEL DE ANÁLISIS: CLARIDADES Y NUEVOS SENDEROS

NÚCLEO PROBLEMÁTICO	SUPUESTOS	PREGUNTAS GUÍA
PRÁCTICO	Práctica Social	¿Hasta donde las prácticas de PS están contextualizadas social, histórica y culturalmente? ¿Las prácticas de PS son explícitamente procesos intencionados? ¿Es posible plantear abordajes colectivos en las prácticas de PS? ¿Cuáles son los avances en sistematización de las prácticas de PS?
	Cobertura Impacto	¿Cómo se miden las coberturas y el impacto en las prácticas de PS?
	Focalización	¿La focalización de los programas de PS se hace según actores y ámbitos?
	Intersectorialidad	¿Cuáles son los sectores comprometidos en la PS? ¿En que dimensiones se tramita la articulación de los sectores para la PS?

La primera, es la conformación de equipos unidisciplinarios para el desarrollo de las prácticas, esto se puede entender en la medida en que muchas de ellas son académicas; sin embargo, no es posible ignorar la evidencia que emerge en toda la investigación, en el sentido de identificar que los profesionales de la salud trabajan en grupos cerrados y con profesionales de las mismas áreas.

La segunda, es la de profesionales del área de la salud formados en áreas de las ciencias sociales, pedagógicas y administrativas, los aportes de estos profesionales son evidentes en las cuatro unidades de trabajo. En este sentido es necesario destacar la función de la Universidad Libre en el Valle del Cauca que forma médicos comunitarios; en Bogotá, Manizales y Medellín las maestrías del CINDE en desarrollo educativo, social y comunitario; en Medellín la Facultad Nacional de Salud Pública con las maestrías en Salud pública con sus diversos énfasis; y en Manizales, la Universidad de Caldas con la especialización en Promoción de la Salud.

¿Desde donde se construyen los discursos que sustentan la promoción de la salud?

Con el supuesto de que la diversidad de discursos evidenciaría una disposición a la interdisciplinariedad y a la transdisciplinariedad, es posible afirmar que los estos se estructuran desde las ciencias de la salud, sociales y pedagógicas. Las disciplinas y temáticas que se encuentran fueron esquematizadas en el cuadro 3.

Las relaciones que se construyen entre estas temáticas dan cuenta de la conceptualización sobre la promoción de la salud, por esa razón en los siguientes párrafos se hace referencia a esas relaciones.

Las relaciones se evidencian en categorías teóricas que estructuran el discurso como educación en salud, o para la salud, cultura de la salud, lo biopsicosocial, lo psicosocial, entre otros, lo que muestra avances y caminos para resolver la vieja preocupación por la

relación entre ciencias sociales y de salud, esta articulación, que se da a partir de la identificación de problemas comunes a las disciplinas en los diferentes ámbitos, permite avances en el abordaje interdisciplinario desde el discurso, pero presenta problemas al momento de llevarse a la práctica.

Otra evidencia de esta fuerte relación, se aprecia en los eventos, investigaciones y entrevistas, es la preocupación que desde el área académica se tiene por la formación integral del recurso humano en salud, ésta tiene como marco la reforma educativa en América Latina orientada por los organismos internacionales.

Como se planteó en el análisis de las investigaciones, la tendencia en los discursos que sustentan lo teórico, proviene principalmente de participación de teorías de las ciencias sociales y pedagógicas, lo que implica una lectura desde esas perspectivas disciplinares de los asuntos de salud, que tradicionalmente se han mirado solo desde las ciencias de la salud; éstos no son mayoría pero sus aportes sí son fundamentales.

La integración de conocimientos se refiere principalmente a identificar entre las disciplinas puntos de encuentro y articulación desde el discurso, en nuestro análisis las posibilidades de explicación y comprensión en este sentido no son tan simples fundamentalmente por dos razones:

La primera porque el objeto de la promoción de la salud desborda cualquier posición disciplinar.

La segunda porque el objeto de la promoción de la salud es la vida, y todas las disciplinas de las ciencias sociales, de la salud y pedagógicas tienen que ver con ella. Por esa razón el discurso de la promoción de la salud parece estar y pudiera pertenecer a todas las disciplinas. Este reconocimiento permite afirmar que el discurso de la promoción de la salud empieza a configurarse como un discurso transdisciplinario.

Desafortunadamente, también se encontró que con dificultad se ven saltos conceptuales que permitan hablar de discursos transdisciplinares por que la racionalidad que acompaña a los profesionales de las diferentes disciplinas es una racionalidad feudal, que todavía pretende defender los límites, la exclusividad, la propiedad privada de cada disciplina.

¿Cuál es la relación teoría - práctica en promoción de la salud?

Como prevalecen los actores de las disciplinas de las ciencias de la salud en la ejecución de las prácticas, que insisten en entender la promoción de la salud como una realidad objetiva, provocan fracturas de la interdependencia teoría-práctica; esta afirmación se hace principalmente desde las prácticas y las investigaciones, en donde es claro que los proyectos exponen intenciones de transformación de realidades sociales y no arrojan resultados positivos, al intervenirlas con una intencionalidad objetiva, impidiendo dar cuenta de las transformaciones, así se tenga la intención.

Se encontraron también prácticas con enfoques muy novedosos que por sus aportes teóricos y metodológicos superan la tendencia hegemónica y morbicéntrica del sector salud, y que incluso sus propios protagonistas por estar formados en las áreas sociales y humanas, no las consideraban como de promoción de la salud y que están catalogados como tal según los criterios establecidos por los investigadores.

Con lo anterior es posible decir que los actores de la promoción de la salud han empezado a entender que las realidades sobre las que interviene la promoción de la salud son realidades también subjetivas e intersubjetivas.

De acuerdo con Agnes Heller ³⁵, una de las características de la transdisciplinariedad es la consideración de la práctica como categoría epistémica, es decir; la práctica es objeto de conocimiento y su intervención eficiente implica la integración de conocimientos.

En este sentido, la investigación arrojó que para intervenir la práctica se integran más metodologías y estrategias que conocimientos, lo que nos acerca a una perspectiva interdisciplinaria más que a una transdisciplinaria, esto reafirma la ruptura entre teoría y práctica.

Como se ve, la preocupación explícita o no por la interdisciplinariedad o la transdisciplinariedad es de los niveles técnicos de la promoción de la salud, es decir de los académicos o de los que diseñan y ejecutan las prácticas, es importante decir que para los beneficiarios de las acciones en promoción de la salud ésta no es una preocupación.

8.1.2 SEGUNDO SUPUESTO: EL CAMPO

A partir de la práctica y las discusiones conceptuales, sería posible identificar “un campo de la promoción de la salud”

Tres preguntas orientaron la exploración de este supuesto, lo que se encontró en la investigación no nos permitió dar respuesta a ellas una por una, así que se presentan las tres preguntas y luego los hallazgos integradamente.

Las preguntas fueron: *¿Qué se entiende por promoción de la salud? ¿Cuáles son los asuntos sobre los que la promoción de la salud debe ocuparse? ¿Cuáles son las especificidades y límites de la promoción de la salud?*

El proceso de investigación permite identificar tres movilizaciones teóricas en relación con el concepto de promoción de la salud:

La primera movilización con una orientación preventiva, coloca como objetivo de la promoción prevenir las enfermedades, se evidencia en los discursos y prácticas con acciones específicas que muestran resultados también específicos. Estos resultados son fácilmente medibles y su impacto es evidente en términos de salud pública. Es en este escenario en el que con mayor facilidad se pierde el límite entre la prevención y la promoción y donde se puede ubicar al Sistema Nacional de Salud.

La segunda movilización, caracterizada por una evolución del concepto de salud pensado en positivo se centra más en el desarrollo de habilidades y potencialidades, pone el centro en el autocuidado de los individuos, definiendo conductas y hábitos que “son saludables”. Se propone un modelo de individuo que alcance niveles cada vez más altos de salud, sí y sólo sí los individuos son capaces de adecuar su modo de vida a un único patrón de conducta. Entonces, es posible identificar un primer cambio de lo

³⁵ LEÓN V, Emma. La experiencia en la construcción del conocimiento social. Fotocopia. p. 53-93. (Sin más datos)

colectivo a lo individual, de la salud pública al autocuidado. Sobre esta movilización es posible poner en discusión los siguientes puntos:

El primero es que al centrar la preocupación en factores de riesgo colectivo la discusión se ubica en el terreno de lo público, en cambio, la preocupación por el autocuidado limita la discusión al terreno de lo privado, lo que políticamente señala un cambio de foco de lo público a lo privado.

El segundo es su carácter ontológico, es decir, la "promoción de la salud" se adjudica la autoridad de señalar la manera íntima como deben pensar, sentir y actuar los seres humanos, que está centrada exclusivamente en lo físico: "hacer ejercicio, comer fruta, tomar mucha agua, no consumir licor, no trasnochar...". Este carácter se evidencia en la investigación desde la postura crítica de algunos entrevistados y de algunas ponencias y en la manera como están planteadas la mayoría de las prácticas. Los primeros señalan cómo el discurso de la salud es cada vez más un discurso religioso y normativo, en tanto determina lo que los hombres y mujeres pueden pensar, sentir y hacer. Las prácticas en su mayoría corroboran este carácter en la medida en que se forman los grupos o individuos para hacer o pensar de una determinada forma que les permitirá acceder a mejores niveles de vida.

El mayor riesgo de este enfoque es la discriminación de los sujetos que piensen para su vida otras alternativas que no están propuestas por estos preceptos de promoción de la salud, incluso se han propuesto los mandamientos de la promoción de la salud.

Estas dos movilizaciones están inscritas en la perspectiva epidemiológica.

La tercera movilización, coloca en el centro la vida como un concepto amplio, plural, subjetivo y múltiple, no propone un único norte o punto de llegada, no es normativo, ni homogenizador, es el reconocimiento de la diferencia, de la identidad y en este contexto la posibilidad de construir realidades conjuntas.

De manera articulada con el primer supuesto, la falta de claridad sobre un campo específico de la promoción de la salud que le define especificidades y límites no tiene cabida porque su objeto de estudio es la vida y a ésta no se le puede delimitar, lo que corrobora su carácter transdisciplinario.

8.1.3 TERCER SUPUESTO: EL ENFOQUE

La hegemonía de las ciencias de la salud en la promoción de la salud, que tradicionalmente ha centrado su discurso desde el enfoque empírico analítico, permitía suponer que este aparecía como el más relevante; se suponía también que la inserción cada vez mayor del discurso social y humano, mostraría nuevas alternativas de conceptualización e intervenciones más cualitativas.

Igual que en el supuesto anterior se relacionan las preguntas que orientaron la búsqueda pero las respuestas se trabajan de manera articulada.

Las preguntas fueron: *¿Qué propósitos orientan las prácticas y las investigaciones? ¿Qué intencionalidad direcciona los ejercicios de construcción de conocimiento? ¿De qué realidades se ocupan las intervenciones y las investigaciones?*

El enfoque de las prácticas muestra una tendencia a centrarse en lo empírico-analítico, porque las realidades a las que se acercan están por fuera de las personas a quien se dirige, hay una clara intención de dotar a los beneficiarios de conocimientos y habilidades necesarias. La intencionalidad está centrada en el promotor, que es quien decide qué se hace.

La manera como están expresadas algunas de las preguntas de investigación, permiten ubicar claramente a estas en uno u otro enfoque, sin embargo, al tratar de constatar el enfoque en el trabajo de recolección y análisis o en la propuesta de intervención que resulta de la investigación, resultan estrategias que no corresponden al enfoque propuesto inicialmente. Lo anterior indica que: o no hay coherencia entre los instrumentos y los supuestos, o no es posible pensar en enfoques puros, la realidad es compleja y hay que acercarse de manera compleja a ella si se pretende ser efectivos.

Considerando las aclaraciones anteriores es posible decir que, en las prácticas predomina lo empírico analítico, pero que hay claros aunque escasos procesos de investigación acción participativa e histórico hermenéuticas, que son significativas en tanto proponen una intencionalidad comprensiva, y presentan coherencia en la formulación del proyecto, su desarrollo metodológico y la intervención.

La tendencia de las investigaciones es a formular intencionalidades más comprensivas, dialógicas e intersubjetivas, pero no se operacionalizan en el desarrollo de las prácticas propuestas en estas. Sin embargo es importante señalar que se evidencian nuevas relaciones entre teoría y práctica propuestas desde investigaciones académicas, en la medida que se desarrollan en un solo proyecto momentos de intervención, investigación, y formulación de propuestas, lo que permite reflexionar sobre la práctica y aportar a la misma desde la teoría.

Las pocas evaluaciones que se hacen sobre las prácticas señalan como dificultades las que los propios realizadores ubican como externas, es decir centradas en los beneficiarios, lo que se pone en discusión con lo presentado en este punto de la investigación, es que la causa central de la poca efectividad de los proyectos de intervención es la falta de coherencia entre las herramientas que se utilizan y las intencionalidades que se proponen.

Finalmente, con relación a este supuesto es necesario decir que no hay claridad sobre la importancia de los procesos de evaluación y sistematización, afirmación que corroboran los entrevistados.

8.2 NÚCLEO PROBLEMÁTICO TEÓRICO.

8.2.1 PRIMER SUPUESTO: CATEGORÍAS TEÓRICAS

Al realizar el mapa mental sobre promoción de la salud, aparecen unas categorías relevantes según la literatura revisada, el supuesto era conocer el desarrollo teórico de

estas categorías, y su utilidad como herramientas de análisis, que permitieran agrupar la discusión teórica sobre la promoción de la salud.

En este sentido la pregunta orientadora fue: *¿Cuáles son las categorías principales de la promoción de la salud?*

Al realizar la socialización y análisis de las diferentes unidades de trabajo, surgieron múltiples categorías que permitieron analizar la promoción de la salud desde diferentes referentes. Se decidió entonces enfocar la mirada en las categorías más frecuentes y con mayor desarrollo en cada una de las unidades, en este sentido emergieron con mucha fuerza educación, cultura y participación.

8.2.1.1 EDUCACIÓN

La década de los 90 ha sido la de los cambios curriculares en los diferentes niveles de educación básica, superior y no formal, con la meta de modernizar la enseñanza de acuerdo a los cambios del contexto y la expansión de conocimientos.

Hay diferentes elementos conceptuales a los cuales hacen referencia los documentos revisados en cada una de las unidades de trabajo, son ellos: La educación, el modelo pedagógico, la didáctica y el currículo, para claridad en el análisis el grupo investigador entiende estos conceptos de la siguiente manera:

Educación, entendida como la organización de un sistema, para que el conocimiento pueda ser adquirido, quiénes se forman, para qué se forman, de qué forma y en qué nivel.

Modelo pedagógico, entendido como los procesos internos para que la educación se de, comprende los que enseñan, los que aprenden, los medios para trabajar, el contexto y el conocimiento.

Didáctica, son los instrumentos con los cuales se establecen o se operativizan esas relaciones.

Currículo es la integración de estos tres elementos.

En tres de las unidades de análisis se encuentra preocupación por lo educativo en cuanto a la formación de profesionales en salud o educación formal en áreas de la salud, y la formación de grupos específicos, población en general o educación no formal.

Hay una estrecha relación entre significado y educación; donde se origina significado, ahí hay educación y esta puede ocurrir en cualquier esfera de la vida de una persona. Los significados y sentidos de una experiencia no pueden ser transmitidos ni dados, la educación pretende posibilitar los medios para que las personas encuentren sentidos por sí mismas ³⁶. Partiendo de la concepción anterior encontramos dos tendencias educativas claras: una es hacia una educación tradicional y conductista y la otra es la construcción de conocimientos de una manera reflexiva.

En la educación tradicional, el conocimiento es independiente del pensamiento que lo

³⁶ GONZALEZ, América, D'ANGELO. Ovidio. Fundamentos y estrategias de aprendizaje crítico, reflexivo. Tomado de Proyecto PRYCREA, Cuba. Documento docente Universidad de Antioquia. Medellín, 1997.

genera, organiza y aplica, los enunciados se transmiten sin mayor exploración y así se hacen significativos, sin transformar ni valorar lo que se aprende, este enfoque asume el saber a explicar; entonces bastan las definiciones, contestar preguntas y aplicar fórmulas, de esta manera el aprendizaje es íntimo y se aprende bajo la autoridad de un experto, se entiende como la pedagogía de la respuesta, de la certeza, referido al deber ser.

Esta es la concepción de educación que ha prevalecido desde hace varios siglos, con una visión transmisionista, acrítica e irreflexiva donde lo real son los conceptos universales; desde esta perspectiva las ciencias puras han interpretado y caracterizado la naturaleza, los conocimientos se adicionan y se desarrollan habilidades para recordar detalles y seguir instrucciones. Las áreas de la salud se han centrado en este enfoque, es así como para ellas lo real es la enfermedad y sus procesos en el ser humano, no el enfermo particular que tiene la enfermedad.

La educación que se imparte es conductista, se llega a los educandos con la autoridad de la verdad y se homogeniza ésta a todos los seres humanos, independiente del nivel formal o informal de la educación. Esto se aprecia en lo manifestado por los entrevistados en el sentido que para los grupos a educar, estas acciones son repetitivas y para los que educan es desgastante y no arroja los resultados esperados; en las prácticas se aprecia este tipo de educación en relación con la teoría que las fundamenta y la metodología que las concreta.

Aunado a lo anterior la formación pedagógica de los profesionales de la salud es precaria, por lo tanto hay una tendencia a dar continuidad a este tipo de procesos educativos tradicionales al momento de realizar acciones educativas. Se debe tener en cuenta en la formación tradicional la elaboración de discursos lógicos y coherentes se desarrollan poco, así al momento de elaborar un marco conceptual se compila la revisión de múltiples autores sin elaborar un discurso propio a partir de la reflexión, o a documentar una práctica solo con la descripción de lo realizado sin una sustentación teórica ni una metodología acorde con los objetivos y propósitos. No obstante hay una tendencia en los actores de las áreas de la salud a formarse en otro tipo de disciplinas que implementan procesos educativos más reflexivos.

La educación constructivista es otra posibilidad de construir conocimiento permite entender el aprendizaje como la experiencia percibida a través de los sentidos y elaborada por el pensamiento, que se inserta en los esquemas conceptuales construidos durante la vida del sujeto y produce reorganización de estos esquemas, no adición de ellos, el aprendizaje construido de esta manera es significativo; se entiende como la pedagogía de la pregunta, de la incertidumbre; esta forma de entender la educación se aprecia en escasas investigaciones y algunas prácticas que si bien son pocas aportan elementos importantes para la acción educativa de la promoción de la salud, se resalta una práctica que desarrolla en sus estrategias metodológicas la acción promocional, que es el referente conceptual significativo y simbólico que permite elaborar estructuras más complejas a partir de la práctica realizada ³⁷.

Desde esta óptica el educado es depositario de estrategias, principios y conceptos

³⁷ GRUPO GUILLERMO FERGUSON. Op cit, p. 249.

que analizan y organizan las nuevas experiencias, aprehendiéndolas en un contexto social y cultural históricamente determinados. Esto solo se puede hacer en un proceso dialógico, es decir el instrumento es el lenguaje, lo que permite afirmar que el aprendizaje es un proceso público. Desde esta mirada algunas prácticas y escasas investigaciones logran propiciar estos procesos educativos dialógicamente contruidos, pero desafortunadamente no hay documentación evaluativa que permita dimensionar el impacto de estas acciones.

Como se puede apreciar la promoción de la salud se considera una acción educativa pero presenta diferentes enfoques y visiones lo cual se percibe desde las diferentes unidades de trabajo estudiadas. Se aprecian en estas acciones unas fisuras epistemológicas, metodológicas y pedagógicas.

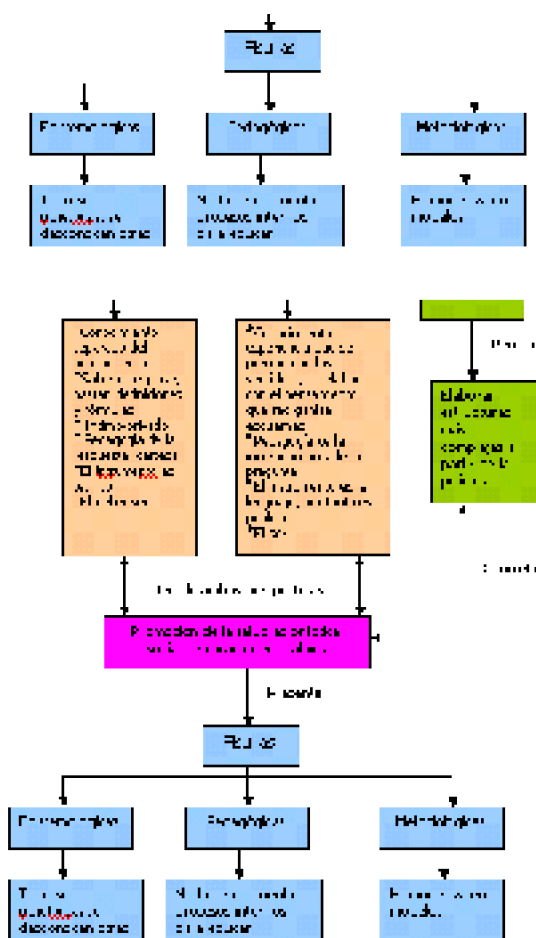
La fisura epistemológica se aprecia al desconocer la realidad subjetiva e intersubjetiva del mundo de la vida, las cuales precisan de otros enfoques diferentes al cuantitativo utilizado para realidades objetivas. En este sentido todo se objetiviza y de esta manera se transmite.

Consecuente con lo anterior, se homogenizan modelos para diferentes grupos humanos con diferentes culturas, historia y modos de relacionarse, lo que en la mayoría de los casos no propicia aprendizajes significativos, porque no hay esquemas previos que engranen los conocimientos nuevos, entonces carecen de sentido.

Esta es una fisura metodológica porque se utilizan herramientas para otro tipo de problemas y lógicas que al no ser pertinentes crean decepción de una y otra parte y los procesos se convierten en acciones puntuales y prioritarias para quien educa pero no para quien es educado. Es así como las comunidades se agotan y pierden confianza en las instituciones y los profesionales, y estos también se agotan y se frustran con la convicción de que hay negligencia y desinterés en la solución de los problemas.

Aparece entonces la fisura pedagógica, al no tener en cuenta los procesos internos que se deben dar para la educación: qué se enseña, quienes enseñan y quienes aprenden, para qué se enseña y de que manera. Es importante un diseño pedagógico que articule y de coherencia la relación teoría práctica al definir una intención, un enfoque y unas metodologías, pero además que el conocimiento que se desea discutir se ubique en el contexto histórico social y cultural de los educandos a los cuales se dirigen las acciones.

Aparece entonces la promoción de la salud como una preocupación histórica de las áreas de la salud, entendida como una práctica social de carácter educativo. Esto es comprensible, el problema es que se carece de enfoques, teorías e instrumentos que hagan coherente la práctica social de promoción de la salud desde las áreas de la salud. Algunas áreas sociales tienen esta coherencia porque tienen como su campo de trabajo la intervención social, pero en la mayoría de los casos no lo conciben como promoción de la salud.



En el gráfico 6 se esquematiza el mapa conceptual de la categoría educación.

8. 2.1.2 CULTURA

La cultura es una categoría emergente, pero hay diferentes conceptos acerca de ella de acuerdo con las formas de entenderse que están asociadas a corrientes académicas, como la ecología cultural, el particularismo histórico, el funcionalismo, el estructuralismo, la lingüística, y otras. En los documentos analizados se aprecian claramente dos tendencias:

La primera se contextualiza a finales del siglo XIX con Edward Tylor, cuya definición de cultura se centra en las creencias y comportamientos que la gente adquiere por desarrollarse en una sociedad concreta donde se halla expuesta a una tradición cultural específica. Esta definición enfatiza la herencia social “tradición”, para contraponerla a la herencia biológica. La ecología cultural y otras corrientes teóricas acogen las dos en una sola definición, la “adaptación biológica y cultural”, entonces se entenderá por cultura los

elementos que son heredados y adquiridos en un proceso de aprendizaje.

Más tarde se entendió como un elemento mediador de las relaciones del hombre con su medio ambiente, todo lo que el hombre hace, la cultura como sinónimo de civilización, el arte, los modales, la moral, los objetos materiales, las instituciones y las formas de pensamiento; se amplía el concepto de cultura.

La primera mitad del siglo XX está marcada con estas definiciones, traducidas en hábitos, costumbres, patrones o pautas de comportamiento, “estilos de vida” en el ámbito individual o “modos de vida” en el ámbito social. Es la corriente más fuerte en la relación cultura y salud, planteada como un paradigma conductual en donde lo que el individuo hace está controlado por condiciones externas, o por la presencia o ausencia de estímulos ambientales que se traducen en respuestas individuales como el comportamiento.

El Estado colombiano asume la atención primaria en salud en sus políticas sanitarias a finales de la década de los 70, y los 80 fue la década de los programas en zonas campesinas e indígenas con el objetivo de llevar desarrollo. Fue también la época de las enfermeras comunitarias, los promotores rurales de salud, la capacitación a parteras, los vigías de la salud, todos ellos miembros de la comunidad trabajando por el bien de la salud de las comunidades. La premisa principal de este tipo de acciones es que las causas de las enfermedades recurrentes estaban relacionadas con el comportamiento, por lo cual, al implementar programas con el objetivo principal del autocuidado, se podría incidir directamente sobre el comportamiento de los individuos y familias para lograr la disminución y posible surgimiento de enfermedades; un ejemplo importante de este planteamiento fue la campaña Supervivir, y en la actualidad los programas de promoción y prevención, que aplican un modelo de Medicina Familiar Integral.

Esta visión de cultura se fortalece y las prácticas en promoción de la salud que tengan como lineamiento las políticas de salud a nivel nacional e internacional se apoyan en esta definición que podría considerarse normativa. Cultura como pauta o regla de conducta, es decir, el modo de vida, pero además hace relación a la conducta como ideal y valor orientador que canaliza el comportamiento social e individual, la salud en positivo, “el deber ser”. Es de carácter autoritario, no estimula a la comunidad a razonar sobre su realidad, los mensajes se convierten en imposiciones que buscan homogenizar a la población, se refuerza un sistema de valores que la mayoría de las veces no responde a los verdaderos intereses de la población, ni se compenetra con los aspectos de la cultura al abordarla fragmentada.

La otra tendencia está marcada por la corriente iniciada en 1973 por Clifford Geertz, que influenciado por Max Weber propone entender la cultura como un tejido que el hombre construye, encarnado en símbolos o sistemas de concepciones heredadas, que se expresan simbólicamente y son transmitidas históricamente, y por las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan sus conocimientos sobre y sus actitudes hacia la vida y en esas tramas de significación el análisis de la cultura ha de ser una ciencia interpretativa en busca de significaciones ó representaciones sociales, en las que la cultura se redefine en ideas, en símbolos y significados que existen en el pensamiento de las gentes como dimensión cognoscitiva Este párrafo está en punta. Están usando 2

maneras de hacer referencia bibliográfica. Escogen una u otra. Además, si es textual, hay que entrecomillar.³⁸

El análisis de la cultura orientado por esta definición, no puede ser abordado sólo por la ciencia experimental que es propia de la realidad objetiva, porque la cultura está inscrita en todas las realidades, objetivas, subjetivas e intersubjetivas, en ese tejido o entramado de significaciones individuales y sociales que requieren de interpretación y comprensión.

En las dos últimas décadas y con los enfoques cualitativos de investigación, especialmente de la Etnografía, algunos estudios en sus análisis se han apartado del modelo biomédico hegemónico y se han centrado en los diversos discursos de salud-enfermedad de la población, los signos diría Geertz, pero los avances en la interpretación de estos está aún en sus comienzos. Se podría decir que sólo en la mitad de la década de los 90 se encuentran trabajos de interpretación de sentido o significaciones que los grupos o individuos han elaborado históricamente sobre la salud.

Esta corriente de pensamiento aparece con una muy baja frecuencia en los documentos analizados, aunque se está incluyendo en los discursos que estructuran los marcos teóricos y referenciales, no se compadece con los datos arrojados en las prácticas, que retornan a la descripción de factores que potencian o generan riesgo.

Es necesario anotar que son importantes, pero no suficientes, los acercamientos a los modos y estilos de vida de la familia, la escuela, el grupo, porque estos están en directa relación con contextos más amplios como son la política, la religión, la organización social, los sistemas de normas y valores, que entran a ser parte del entramado que constituye la experiencia de la vida, y ello incluye la acción, la construcción social y cultural de procesos colectivos.

En Colombia la relación cultura y salud está aún en la primera tendencia y así se traduce en las políticas de salud desde comienzos de la década de los 90, en donde el Estado reconoce la importancia de la cultura de la salud en el desarrollo y en la solución de la problemática actual de salud, y enmarca toda la política de descentralización en esta dirección, redimensionando lo local para las acciones, sin embargo, con las normas las unifica, porque obedecen a postulados de órdenes económicos internacionales que orientadas al mercado propenden por una sola cultura homogenizada y regida por el consumo.

La cultura emerge en el discurso de la promoción de la salud, pero lo hace de forma conflictiva, porque antepone la transformación a la comprensión, evidenciada en prácticas diseñadas como estrategia política que sirve de instrumento para transformar los "estilos de vida". "La promoción de la salud contribuye a estructurar la cultura de la salud, induciendo cambios en los diferentes componentes y saberes de la cultura, el saber popular, la tradición oral, el folclor, el arte, la ciencia y la tecnología, los mitos y costumbres, la política, etc" Mismo problema que en la cita anterior.³⁹

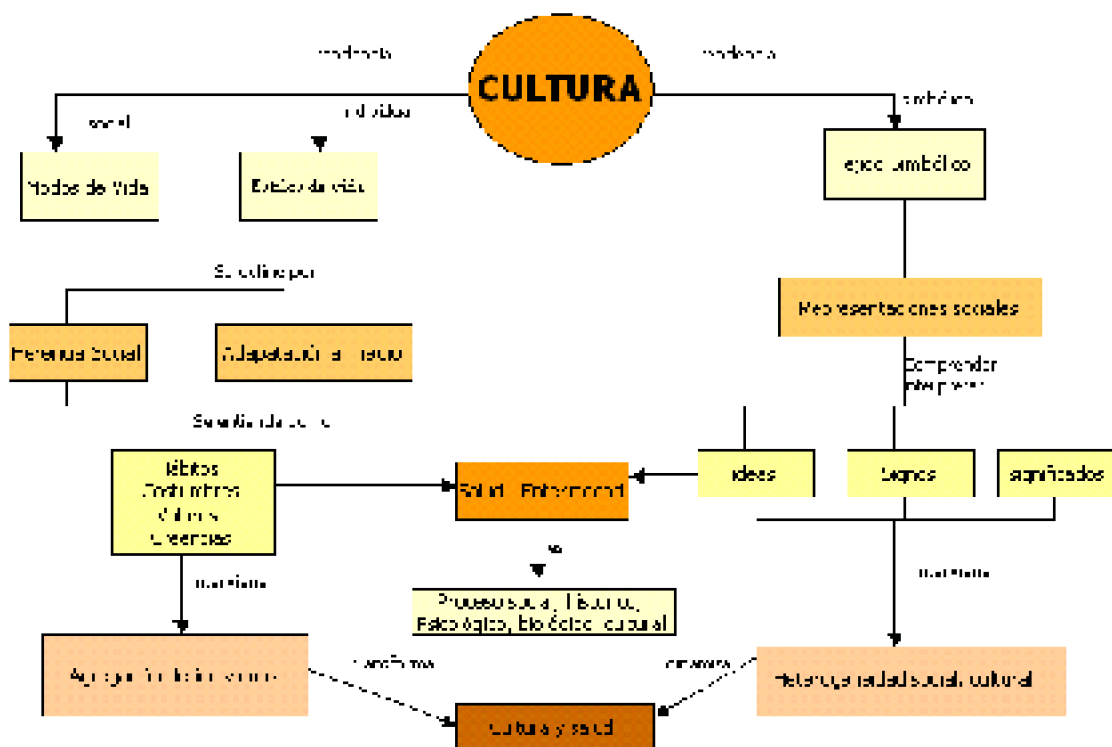
³⁸ PEDERSEN, Duncan. La construcción cultural de la salud y la enfermedad en la América Latina En: Cultura y salud en la construcción de las Américas. Pinzón, C. Suarez, R. Garay, G. (Editores compiladores). COLCULTURA- ICAN-CIPLSP. Bogotá.1993.P.142-152.

Este reduccionismo de la cultura a “estilos de vida” simplifica los problemas socioculturales al aislarlos en decisiones individuales de cambio de comportamientos, generando tensiones en una sociedad que se debate en el intento de mantener unas condiciones mínimas de vida, frente a la influencia creciente de nuevos valores, ideas y formas de comportamiento que difunde el sistema dominante especialmente por los medios masivos de comunicación.

La relación de conceptos como cultura y salud exige abordajes integrales por parte de las ciencias sociales, de la salud y de la pedagogía, esta relación nos remite a la vida y a esta es imposible fragmentarla, las ciencias no pueden seguir parceladas en sus discursos y prácticas, abriendo la fisura que se da entre teoría y práctica. Por el contrario, conceptos como cultura redimensionan la promoción de la salud y exige de diseños metodológicos coherentes para abordar las diferentes realidades en donde diversos discursos puedan construir conocimiento transformador. Si se logra poner en marcha procesos que validen el conocimiento y las experiencias colectivas y que los conocimientos se pongan realmente al servicio de propósitos sociales, se estará generando una mayor dinámica social que permita a las comunidades e individuos desarrollos más sanos.

³⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. ¡Para que Viva la Vida!. "Municipios Saludables" Santa Fe de Bogotá: El Ministerio. 1991. P. 11.

Gráfico 7. Mapa conceptual de cultura



En el gráfico 7 se presenta el mapa conceptual de la categoría cultura.

8.2.1.3 PARTICIPACIÓN

Esta se convierte en una categoría conceptual central en todas las unidades de trabajo de la investigación, es reconocida como una de las estrategias necesarias para la promoción de la salud.

La primera consideración es que la categoría se define históricamente por lo que se entiende como capacidades culturales, lógicas de acción y tensiones políticas.

Las capacidades culturales están definidas en los años 70 por la predominancia de movimientos sociales, se evidencia la preocupación sobre la relación Estado, la sociedad y sus múltiples manifestaciones; mientras que en la década de los 90 existe una predominancia de lo individual sobre lo colectivo con una mayor determinación de lo económico sobre lo social y lo político.

Con relación a la reflexión anterior, se presentan tres lógicas de acción que desde los

años 70 orientan las prácticas sociales en la participación.

La primera orientada por una racionalidad desarrollista pensada frente a la satisfacción de necesidades básicas, lo que finalmente desembocó en que la participación se tradujo en mano de obra barata.

En esa misma década aparecen los discursos de Freire y Fals Borda (los precursores en América Latina de la Investigación Acción Participativa -IAP-), que orientan una participación militante fundamentalmente de carácter político.

Al final de la década de los 90 emerge con mucha fuerza la visibilidad de la llamada sociedad civil que pone de nuevo el acento en viejos discursos y metodologías.

En este contexto se diferencian dos conceptos de participación, en los que se producen tensiones políticas:

La participación ciudadana que se expresa en prácticas de cogestión, concertación y negociación en una perspectiva clara de construcción de lo público en la relación sociedad civil y el Estado.

En este punto es necesario aclarar que la participación de la sociedad civil supera en mucho el ejercicio individual de derechos y deberes, esto porque se reduce el sujeto social a consumidor. Parece haber acuerdo entre los autores en la necesidad de reconocer la dimensión política de la participación, no sólo como metodología para resolver los conflictos, sino principalmente para acceder al recurso del poder y de esta manera acceder cada vez más a un mundo más equitativo.

Esta perspectiva política apunta a la construcción de un sujeto colectivo interesado en derechos y deberes colectivos y capaz de ejercer una práctica política que en teoría aporta el “cambio social saludable”. Esta definición implica para su desarrollo, de procesos de formación orientados a empoderar individuos y colectivos.

La participación social se entiende como una serie de estrategias organizacionales que van desde un fortalecimiento individual, pasando por grupos de autoayuda, hasta organizaciones comunitarias.

En los análisis aparece con mucha claridad cómo la participación ha sido utilizada por los actores del poder justamente como control y no como potenciación. Dos estrategias se han utilizado tradicionalmente: la primera es el permitir y promocionar la participación en escenarios que no son trascendentales en la toma de decisiones, y la segunda es aquella participación que se utiliza para legitimar decisiones que ya están tomadas con anterioridad; esta última estrategia es usada incluso por las personas que con “ingenuidad” proponen diagnósticos participativos para formular proyectos de promoción de la salud aun cuando ya han definido la intervención.

Pero también se reconoce la participación que fortalece las “propias voces políticas de quienes participan”, posibilitando mayores niveles de autonomía y empoderamiento. Muchas propuestas realizadas en este campo y formuladas y desarrolladas en ámbitos reducidos, proponen como hipótesis central del modelo pedagógico que la participación es un aprendizaje que después de instalado en los sujetos puede ser utilizado en cualquier ámbito de mayor nivel o importancia.

Los análisis también arrojan dos tendencias en la evaluación de estos procesos participativos:

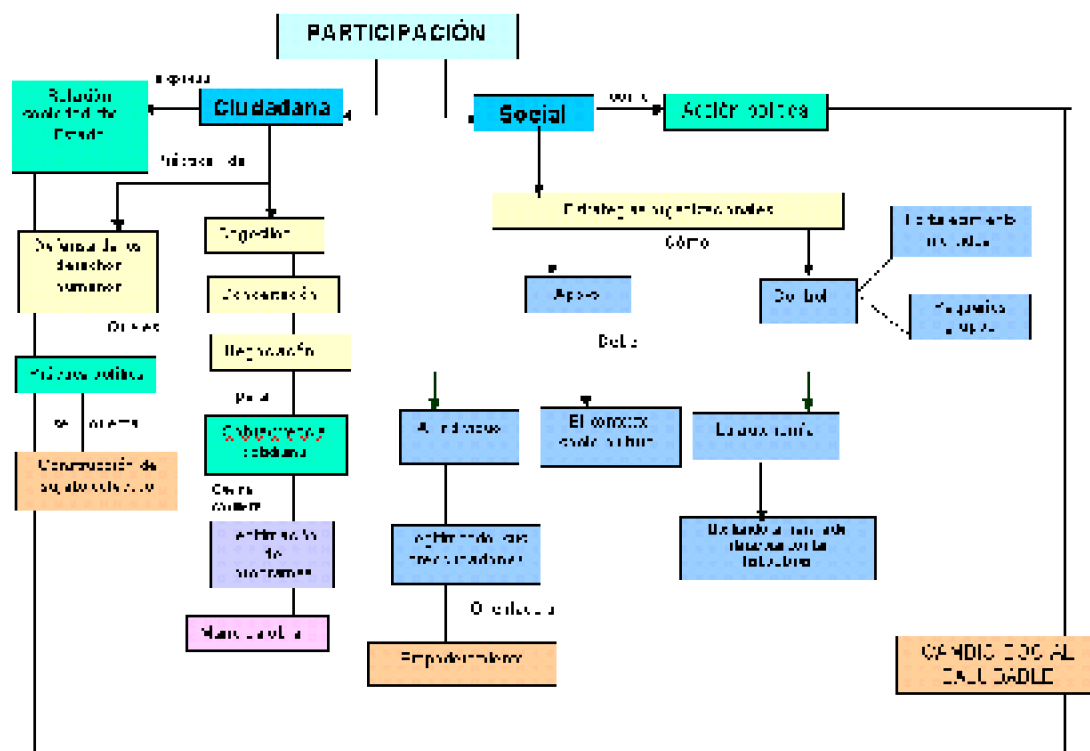
La primera es la de experiencias exitosas, de baja escala y poco impacto social, en este sentido uno de los autores señala que “lo pequeño puede ser muy lindo pero también insignificante”.

La segunda tendencia es aquella que a mayor escala y a mayor impacto representa mayor posibilidad de conflicto, en este sentido se relievaa la necesidad de entender el conflicto como connatural a la democracia.

Al revisar la legislación colombiana sobre participación, aparece otra categoría, “participación comunitaria”, que permite mostrar cómo la participación se convierte en condición para la modernización y la descentralización del Estado, en esta se ubican los COPACOS; la participación de la sociedad civil se considera en cambio, como veedurías al cuidado de los derechos ciudadanos.

Esta última visión individualista se ajusta perfectamente a la perspectiva mercantil que define la Ley 100. Si la participación debe consolidar lo público como acción política extraordinaria y cotidiana, entendiendo la participación como estrategia central de la promoción de la salud, entonces se entiende por qué en las prácticas este postulado no tiene desarrollos, ya que la Ley 100 cierra las posibilidades de cumplir con este propósito al colocar las reglas del juego en la perspectiva del aseguramiento individual, reduciendo al ciudadano a la acción individual del uso del derecho y dejando sin sentido el proceso de construcción del sujeto colectivo.

Gráfico 8. Mapa conceptual participación



En la gráfica 8 se presenta el mapa conceptual de la categoría participación.

8.2.2 SEGUNDO SUPUESTO: RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS

La pregunta *¿Existe relación entre categorías principales de la promoción de la salud?*, nos muestra más que relaciones, tensiones, en las que se debaten las categorías, por ejemplo: individual-colectivo, privado-público, general-particular, certeza-incertidumbre, centralización-descentralización, autonomía-abandono, entre otras.

Al analizar estas tensiones se aprecia que la promoción de la salud se extrema en uno u otro lado de ellas, en lugar de complementarse, y no como un tejido entrelazado como se menciona en el capítulo del contexto. Estas relaciones entre categorías y las tensiones que se producen en ellas sobrepasan los objetivos de esta investigación.

8.2.3 TERCER SUPUESTO: NUEVAS CATEGORÍAS

¿Emergen nuevas categorías de promoción de la salud?

Respecto a esta pregunta no se encuentran categorías nuevas, incluso algunas planteadas en el mapa mental inicial pierden la fuerza que se les da desde los referentes conceptuales; lo que se encuentra son las categorías principales redimensionadas y relacionadas de otra manera, que permite introducir el análisis de las tensiones.

Al analizar los polos de las categorías encontramos que hay tendencia a situarse en uno u otro extremo, y desde la racionalidad que tiene este polo se pretende dar respuesta a otros problemas que requieren de otra racionalidad, de esta manera las prácticas y las investigaciones no son coherentes en las herramientas que utilizan y las intencionalidades que se proponen.

8.3 NÚCLEO PROBLEMÁTICO: PRÁCTICAS

8.3.1 PRIMER SUPUESTO: PRÁCTICA SOCIAL

El principal acuerdo de los protagonistas de la promoción de la salud es que ésta es, fundamentalmente, una práctica social. Desde este supuesto se formularon cuatro preguntas:

¿Hasta dónde las prácticas de promoción de la salud están contextualizadas histórica, social, y culturalmente?

La consideración histórica, social y cultural de las unidades de análisis permiten mostrar dos tendencias:

La primera tiene que ver con los discursos que aparecen como marcos conceptuales de las investigaciones y como conocimiento socializado en los eventos. Estos discursos teóricos son extensos en el análisis histórico de la relación salud enfermedad, de los procesos de participación en América Latina en las últimas tres décadas, de la estrategia de municipios saludables y de la legislación.

En la segunda se aprecia desde las prácticas, donde la tendencia no es a considerar el contexto histórico y cultural de las comunidades que se intervienen lo cual se evidencia en: de las 26 prácticas analizadas, solamente una es explícita en caracterizar la población; las acciones de promoción de la salud son las mismas para poblaciones diferentes, esto demuestra que no existe un proceso de reconceptualización de las prácticas de acuerdo con sus contextos históricos y culturales.

Existe una categoría metodológica central en esta discusión, se trata de los diagnósticos, que por su carácter, podría pensarse que estuvieran mostrando una tendencia a la consideración de lo histórico y cultural, sin embargo, solo una de las 26 prácticas registra haberlo abordado como parte del proceso de intervención.

Diferente situación muestran las investigaciones que proponen como resultado un proyecto de intervención, en donde regularmente se acude al diagnóstico, en esta

encontramos que éstos son fundamentalmente epidemiológicos y tienen la característica de formular los asuntos sociales y culturales como factores de riesgo o factores protectores; esta reducción de lo sociocultural a este tipo de factores corre el riesgo de objetivar una realidad que es subjetiva.

En el mismo sentido, aparecen varios trabajos de investigación que recogen el diagnóstico más como un asunto instrumental en la medida en que se formulan y ejecutan como requisito técnico, pero que no se utilizan en la formulación de la intervención, que muchas veces está definida de antemano.

¿Las prácticas en promoción de la salud son explícitamente procesos intencionados?

Teniendo en cuenta que definir si el proceso es o no intencionado se puede apreciar en la propuesta metodológica de las prácticas (entendida como la lógica y el método a partir del cual es posible operacionalizar en la práctica lo propuesto en lo epistemológico y lo teórico); al respecto fue necesario preguntarse por la coherencia, claridad y avances de estas, y lo que se encontró es que en la mayoría de ellas no se explicitan y lo presentado en las prácticas difícilmente permite deducirlas.

La tradición en instituciones que hacen prácticas de promoción de la salud es no incorporar la construcción de un discurso teórico y epistemológico que soporte y dé cuenta de la práctica que se quiere realizar, por lo que difícilmente se puede hablar de una propuesta metodológica. En este sentido sólo se encontraron tres prácticas que dieron cuenta del proceso completo, desde la conceptualización hasta la operacionalización.

Otro asunto es el que se ve en las investigaciones que por su carácter académico cuentan con una propuesta metodológica, y en el caso de las investigaciones consultadas, todas establecen de una u otra manera una relación muy clara con experiencias en promoción de la salud, así las investigaciones se acercan más a la comprensión como un proceso social intencionado ya que su lógica interna les exige pensar, diseñar y acompañar la práctica. En el mismo sentido estos ejercicios investigativos exigen mayores elementos epistemológicos y teóricos que ofrecen elementos para direccionar la práctica, como orientadora y transformadora de la realidad.

A pesar de lo anterior se encontró que la construcción teórica en las investigaciones se aleja de la construcción de un sistema de categorías que dé cuenta del objeto de investigación e intervención, y se acerca más a una sobreposición de conceptos inconexos perdiendo el sentido orientador y convirtiéndose en mero requisito académico.

Al preguntarse por la práctica de la promoción de la salud como "proceso" es necesario pensar en el tiempo que se invierte para su construcción y análisis, en este sentido lo que se encuentra en las prácticas es lo que los entrevistados denominan "acciones puntuales de promoción de la salud", esto es, que el trabajo se reduce a la aplicación de técnicas, charlas, talleres, procesos lúdicos puntuales. Lo puntual habla de acciones que no hacen parte de un proceso, que no están articuladas a conceptualizaciones o implementaciones más amplias e integrales.

La mayoría de los eventos se realizan con la ilusión (razón) de dar cuenta de procesos sociales o impulsarlos. Se abordan, entonces temas como la participación en

salud, el origen y los desarrollos de los municipios saludables, la relación promoción de la salud y epidemiología, entre otros. Sin embargo, al hacer un seguimiento en la década sobre lo formulado y discutido desde los eventos, nos encontramos con silencios prolongados que no mantienen viva la discusión y finalmente se convierten en esfuerzos temporales.

Si la promoción de la salud es un proceso social, ¿cuáles son los abordajes colectivos que evidencian esta realidad?

En las investigaciones se aprecia, desde el enfoque intersubjetivo y dialógico, al investigador al mismo nivel del investigado y reconociendo al otro en un diálogo de saberes para construir conocimiento y alternativas de transformación de la realidad. Desafortunadamente es necesario señalar que de la formulación de la intencionalidad dialógica a la operacionalización de la misma, hay todavía un camino que recorrer, lo cual no quiere decir que no se haya avanzado. En muchos casos este desencuentro es producto de falta de instrumentos metodológicos y no de conceptualización.

Quizás donde es más claro el abordaje colectivo, es en la estrategia de municipios saludables que, como política pública, exige un abordaje colectivo desde su promulgación hasta la participación comunitaria en su implementación. Sin embargo aquí también es necesario señalar que en los informes evaluativos de estas experiencias, justamente se propone como punto a mejorar la falta de articulación a todos los niveles.

En los eventos se señala como una debilidad la construcción del sujeto colectivo habilitado para participar políticamente, lo que evidencia problemas en el abordaje colectivo al momento de plantear las prácticas, y aquí se refieren no sólo a las llamadas comunidades de base, sino principalmente a los actores de salud. En relación con este punto, los entrevistados afirman que existe una tradición asistencial que no permite avanzar en propuestas más políticas.

Las prácticas trabajan sobre la hipótesis de que fortaleciendo los individuos se fortalece la acción colectiva, la falta de evaluación de estos procesos no permite negar o afirmar esta hipótesis.

¿Cuáles son los avances en el ejercicio de la sistematización y evaluación de las prácticas, entendidas como un proceso de construcción de conocimiento?

Los resultados de las cuatro unidades de trabajo permiten afirmar que en Colombia no hay una tradición de sistematización, a lo que se suma la escasa circulación de las que existen. A pesar de esto, también se evidencia que en la década estudiada hace incursión la investigación cualitativa en el área de la salud de manera constante y progresiva, lo que permitiría prever avances significativos en este punto para principios del nuevo siglo.

Con relación a la circulación del conocimiento producido en la sistematización lo que se encontró es que los pocos productos que hay tienen muy baja circulación o por que los editados no se difunden o por que son cuidados celosamente. Esta falta de socialización no permite que la comprensión sobre las prácticas se disemine y dimensione, esto de alguna manera explica la falta de claridad política al momento de apoyar experiencias o articularlas con otros proyectos o programas

Los aportes de las sistematizaciones encontradas en lo metodológico consisten, fundamentalmente en: reconstruir las prácticas con participación de los propios autores en un proceso reflexivo y sistemático; la concreción de la práctica en documentos que facilitan la circulación de las experiencias en el medio; la conceptualización o construcción de nuevos sistemas categoriales comprensivos desde la práctica misma.

Los aportes de las sistematizaciones revisadas desde lo teórico son: reconocer el contexto histórico como un dispositivo comprensivo; presentar categorías analíticas para comprender el proceso social que ha significado la implementación de la estrategia de municipios saludables en el país; el planteamiento de categorías metodológicas como principios, ejes, estrategias, que pueden orientar de manera coherente y sólida un proyecto de intervención.

Respecto a la evaluación, sólo una práctica se presenta como evaluativa, todas las demás, ni presentan cómo se van a evaluar ni cómo han sido evaluadas. Tampoco en las prácticas existen señalamientos en relación con el sistema de evaluación más pertinente y consistente (como diferencias de impacto, resultado, proceso).

Las acciones de promoción de la salud propuestas desde la "Ley 100" se evalúan solo cuantitativamente, esto lo expresan los entrevistados como interés en contar (número de charlas, asistentes, vacunas) o en facturar, y además evidencia una racionalidad técnica en los elementos esenciales de la evaluación. Existen prácticas de promoción de la salud fuera de la legislación que están más centradas en acciones de ONG y de la producción científica de las universidades, en estas se evidencian mayores avances al observar estudios retrospectivos o prácticas explícitas de evaluación de procesos.

8.3.2 SEGUNDO SUPUESTO: COBERTURA - IMPACTO

La relación cobertura e impacto es inversamente proporcional. De acuerdo a este supuesto surge la pregunta *¿Cómo se miden las coberturas y el impacto?*

En realidad ninguna de las investigaciones, ponencias o prácticas reportan una evaluación de impacto, así que para este análisis se trabaja sobre impacto previsto.

La mayoría de las prácticas están orientadas a grupos pequeños, sobretodo aquellas que están pensadas en transformación a mediano y largo plazo. Las prácticas más puntuales e inmediatas señalan una tendencia a mayor cobertura, en este sentido los entrevistados señalan que la razón de ser de las acciones en promoción de la salud propuesta desde la Ley 100 es la contención de costos.

El análisis hasta ahora realizado pone en discusión la validez de esas prácticas puntuales en promoción de la salud que son las que caracterizan a las prácticas de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El concepto de contención de costos se basa en que a más acciones en promoción de la salud, menor enfermedad, lo que bajaría el costo de la atención. El asunto en discusión es que si estas prácticas tienen problemas de validez, es natural que el esquema en que está soportada la hipótesis de la contención de costos la convierta en ingenua e inoperante. Esto señala que las acciones previstas por las EPS tienen debilidades técnicas, por esta razón también señalan los entrevistados

que la promoción de la salud se convierte en una oportunidad para ofrecer servicios baratos y de amplia cobertura.

Es necesario agregar en este análisis lo que aparece en las unidades de trabajo en términos de la mercantilización de la salud dentro del marco de la Ley 100, caracterizado por una amplia cobertura pero de bajo costo, baja calidad y bajo impacto social.

8.3.3 TERCER SUPUESTO: FOCALIZACIÓN

La focalización de las acciones en promoción de la salud caracterizan su desarrollo e impacto, el interés está en conocer *¿La focalización de los programas de promoción de la salud se efectúa según actores y ámbitos?*

La promoción de la salud está orientada a los pobres y a los grupos de riesgo o focalizan su acción a la población que habita un territorio específico. La focalización en grupos de riesgo se propone desde la perspectiva epidemiológica propuesta por la Ley 100.

Es evidente la tendencia a proponer las prácticas en los ámbitos comunitario y escolar, llama la atención que a pesar de que los ámbitos en que se desarrollan son colectivos, haya una tendencia a asumir el enfoque de la práctica desde lo individual, donde aparece con claridad la orientación sobre el autocuidado, en el concepto de los entrevistados este enfoque reduce y retrasa la promoción de la salud. En este mismo sentido señalan que una de las dificultades que presenta el trabajar estilos de vida saludable es que estos procesos son característicamente lentos y complejos y que se abordan con estrategias y fundamentaciones conceptuales muy simples.

8.3.4. CUARTO SUPUESTO: INTERSECTORIALIDAD

La promoción de la salud requiere de un abordaje intersectorial. En este sentido el interés es conocer *¿Cuáles son los sectores comprometidos con la promoción de la salud?*

Al abordar el supuesto nos aparecen diferentes maneras de entender la intersectorialidad.

La primera y más fuerte tendencia es a entender los sectores como las divisiones que el Estado hace para atender lo social, por ejemplo, salud, bienestar social, educación, ambiente, trabajo, entre otros, en esta tendencia aparece una posición que polariza lo estatal y lo comunitario, y en el mismo sentido, lo público y lo privado.

Independiente del escenario conceptual, la investigación señala que en la actualidad no existe relación entre los diferentes sectores, pero la intersectorialidad aparece como una urgencia en la medida en que se reclama su operacionalización desde el discurso.

Un primer nivel de intersectorialidad se aprecia al utilizar ámbitos que tradicionalmente son de un sector, que se abren para recibir actividades de otro sector, por ejemplo en las escuelas saludables, igual funciona para otros ámbitos como barrios y empresas saludables.

Un segundo nivel de intersectorialidad identificado es que en un mismo escenario y tiempo, distintos sectores propongan actividades orientadas al bienestar de una comunidad específica. Esta es la tendencia de municipios saludables que tienen un plan de desarrollo donde se integran las actividades. La tendencia en la actualidad no es a que diferentes sectores piensen, diseñen y ejecuten proyectos comunes.

Un tercer nivel que se supone desde los documentos revisados, es que un proyecto debe ser financiado por diferentes sectores para que lo ejecute un solo sector.

La segunda tendencia, menos frecuente pero con mayor sustento teórico, es la que entiende los sectores como lo público, lo privado y lo no gubernamental o sociedad civil. Esta tendencia se centra en los actores y no en los asuntos sobre los cuales se trabaja. En este concepto aparece de nuevo el Estado pero ya no como protagonista exclusivo de lo público; lo privado aparece polarizado con la sociedad civil en los diferentes tipos de poder e intereses.

La sociedad civil o el denominado "tercer sector" constituye, de manera general, un sector de la sociedad que se diferencia de los otros dos sectores que son el Estado, el cual representa un "interés político", y las empresas que representan el "interés mercantil o con finalidad de lucro". Entonces la sociedad civil comprende un conjunto de organizaciones de origen no gubernamental y sin ánimo de lucro, que no responden exclusivamente a ninguno de los intereses anteriores.

En esta tendencia está un poco más desarrollado el concepto de intersectorialidad. Permite desde la teoría entender que existen nuevas alternativas de construcción de lo público en la interrelación de estos tres sectores, e incluso es posible percibir cómo lo público se consolida en la relación sector productivo-sociedad civil con la regulación del Estado, lo que permite observar que en términos de los procesos de promoción de la salud el Estado es más regulador y menos protagonista.

Se encontró una tercera tendencia que denomina los sectores como lo académico, lo social, la salud, este uso se evidencia en este proceso de investigación por tanto se lanza la siguiente hipótesis: "estas expresiones corresponden a un lenguaje cotidiano que lo que significa justamente es la parcelación de los procesos y conceptos".

En general se evidencia una dificultad cultural en términos de hacer relaciones con otros, por la tradición del trabajo aislado. No se evidencia intersectorialidad en el nivel ideal que aparece en el deseo de los entrevistados, donde problemas específicos sean abordados por diferentes sectores simultáneamente, planes conjuntos de acercamiento a la realidad y propuestas de intervención también conjuntos. En este sentido lo que más se acerca en las evidencias de la investigación son los comités intersectoriales relatados por los entrevistados.

¿En qué dimensiones se tramita la articulación de los sectores?

Se identifican tres niveles:

Los decisores: que diseñan políticas y planes, en general lo que se encuentra es que estos no tienen están alejados de la realidad social y diseñan políticas y planes iguales para toda la población, sin tener en cuenta diferencias de tipo histórico, social y cultural.

Los ejecutores de las prácticas: identifican la mayor y más innovadoras estrategias

de articulación, especialmente cuando comparten escenarios que les permitan coordinar acciones, por ejemplo escuelas o municipios saludables.

Los beneficiarios: algunos entrevistados aseveran que la intersectorialidad se tramita en la comunidad, suponen que la comunidad recoge las diferentes propuestas y termina resolviendo sus propios problemas. Lo que se aprecia en práctica e investigaciones es que la población en general no tiene participación en el diseño de proyectos o planes, lo que se evidencia es que en las comunidades confluyen muchos sectores.

Lo que se evidencia en la investigación es que no está resuelto el problema de la intersectorialidad, y que otra urgencia de la promoción de la salud es resolver los problemas técnicos y burocráticos.

8.4 MAPA CONCEPTUAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El desarrollo de la investigación tuvo como punto de partida y guía de análisis el mapa mental inicial (Gráfico 1), realizado con los referentes teóricos revisados y algunas intuiciones de los investigadores. Este permitió la organización de la información por áreas básicas del conocimiento, que más tarde se convirtieron en núcleos problemáticos, epistemológico, teórico y práctica social.

El proceso investigativo pudo dar cuenta que en el desarrollo de la promoción de la salud en Colombia en el período estudiado, se reafirmaron unas categorías y supuestos planteados por los investigadores, así como el escaso desarrollo en otros; a manera de producto final, este mapa permite concretar el estado de la discusión y de la práctica de la promoción de la salud en Colombia en la última década del milenio, en el que se expresan las categorías teóricas con mayores desarrollos que orientan la discusión en promoción de la salud y categorías metodológicas que ofrecen alternativas de acción, que permiten observar la pertinencia y la coherencia entre los planteamientos epistemológicos y las herramientas teóricas y metodológicas, así se repondrá la fisura que se encuentra entre ellos.

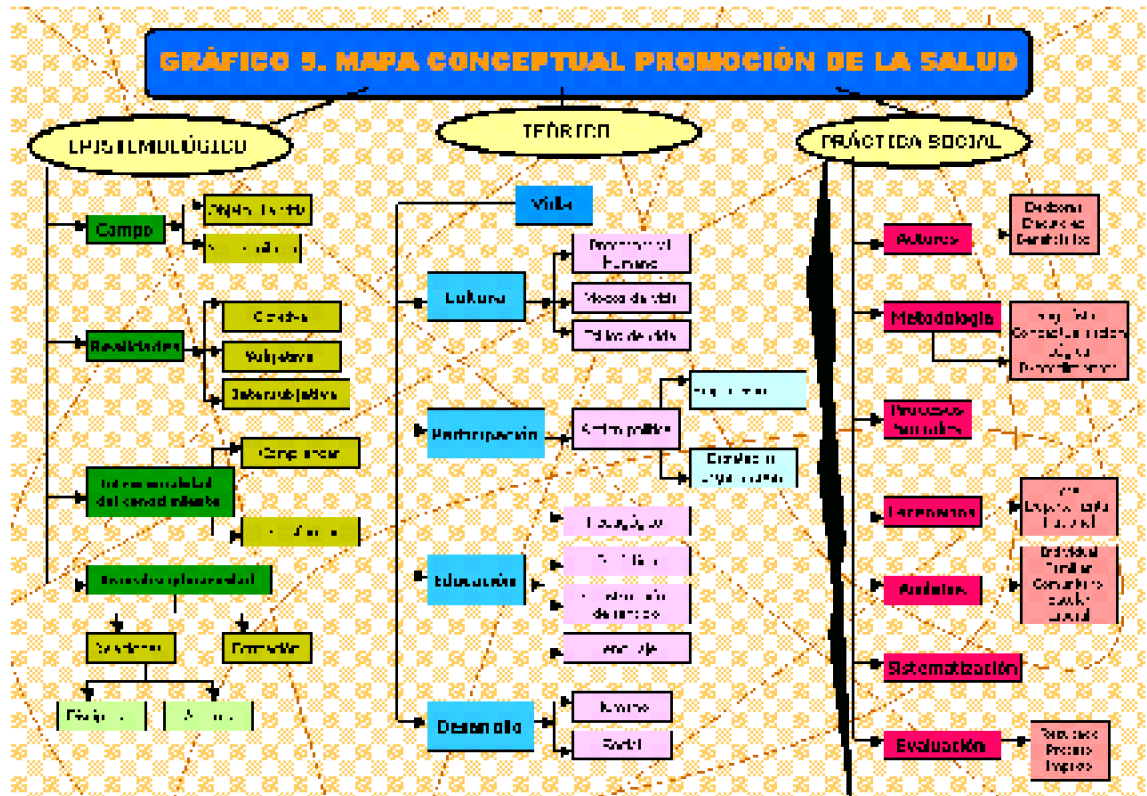
En el núcleo problemático epistemológico encontramos: el objeto de la promoción de la salud es la vida, por tanto no es delimitado; las realidades en las que se debe hacer énfasis son la subjetiva e intersubjetiva en las que la intencionalidad del conocimiento es comprender y transformar la realidad; en consecuencia la promoción de la salud es una transdisciplina, característica que se debe tener en cuenta para las relaciones entre los actores de las diferentes disciplinas y los procesos de formación.

En el núcleo problemático teórico encontramos: la vida como centro y eje de la promoción de la salud, la cual puede ser estudiada desde categorías teóricas como la cultura, la participación y la educación, con sus diferentes tendencias y formas de expresarse, que en la presente investigación presentan un mayor desarrollo y dan pistas para adelantar el estudio en este campo de conocimiento. Existen otras categorías con

escasos desarrollos en el material revisado pero no de menos importancia, como el caso del desarrollo humano y social, que si bien no presenta los avances esperados en esta investigación, por su consistencia y preocupaciones, el grupo investigador considera importante abrirle un espacio entre las categorías teóricas a desarrollar por la promoción de la salud.

En cuanto al núcleo problemático práctica social, el grupo investigador cataloga la promoción de la salud como una práctica social. En ella se ven implicados diferentes actores, escenarios y ámbitos que permiten delimitar personas, espacio y tiempo en el hacer de la promoción de la salud, es en este momento donde la promoción de la salud se concreta. Se requiere de metodologías que articulen los fundamentos epistemológicos, y las categorías teóricas para realizar procesos sociales transformadores. Las prácticas generan conocimiento y como tal debe ser sistematizado y evaluado.

Se resalta un avance en la conceptualización de la promoción de la salud, y es el soporte que el contexto hace a los diferentes núcleos problemáticos; estos fundamentos epistemológicos, teóricos y prácticos adquieren sentido y se concretan en un contexto determinado, en esa maraña de relaciones establecidas de diferentes maneras, así las tensiones de los hilos de este tejido social se cruzan y manifiestan en tendencias que permiten comprender los procesos sociales.



En el gráfico 9 se presenta el mapa conceptual de la promoción de la salud.

9. CONCLUSIONES

"Por supuesto, no tengo la fórmula para salvar a la humanidad, ni siquiera para salvarme yo, pero pienso que el mundo no es para dejarlo ser mundo de cualquier manera, sino para hacerlo nuestro mundo, a imagen de nuestros sueños, de nuestros deseos": Gonzalo Arango.

A pesar de que la figuración de la promoción de la salud en el país no es nueva, es un campo en construcción de la teoría y la práctica que está emergiendo, es el escenario por excelencia donde se relacionan las ciencias sociales, humanas y de la salud, es ante todo un asunto práctico que se construye desde la relación sinérgica de los conceptos, para lo cual se hace necesario renunciar a la hegemonía de los discursos disciplinares, consolidar las categorías que emergen y fortalecer la relación de un sistema categorial que dé cuenta técnica y académicamente de la construcción de la promoción de la salud.

La preocupación de considerar la promoción de la salud un campo en construcción eminentemente transdisciplinario, no aparece en la agenda de los académicos, por ello es importante que se abran espacios en maestrías del área de la salud de las áreas sociales, humanas y pedagógicas, que asuman estas discusiones, conformando además grupos o equipos por lo menos interdisciplinarios para que piensen la promoción de la salud desde la práctica, generando un discurso articulado, alrededor de núcleos problemáticos que en términos de un problema o necesidad de conocimiento permita que con un objetivo común se asocie la teoría y la práctica.

Es fundamental relevar el papel que puede cumplir y está cumpliendo la maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia que después

de su primera evaluación para la acreditación, abre un espacio al crear una línea de investigación en promoción de la salud que es precisamente de dónde resulta esta investigación.

Existen dos tensiones fuertes de enfoque y metodológicas: en las de enfoque las acciones apuntan al mismo fin pero las metodologías son diferentes para comprender la realidad, por ejemplo el tipo de educación tradicional y el tipo de educación constructivista que tienen diferente principio pero tienen un mismo fin. En las metodológicas tienen el mismo principio pero diferentes fines, por ejemplo la descentralización que genera tensión entre autonomía y abandono según la diferente forma en que se utilicen estos conceptos.

Es necesario reconocer la tensión entre lo individual y lo colectivo, pero es necesario abordar lo colectivo como fin y cómo principio, en este sentido la investigación muestra caminos metodológicos para lograrlo y confirma los supuestos sobre intersectorialidad. Desafortunadamente este es uno de los objetivos más lejanos frente a los desarrollos hasta ahora logrados, en primer lugar porque no existe claridad sobre los sectores que deben interactuar y no tenemos los aprendizajes básicos para trabajar articulada y mancomunadamente, no nos vemos como pares sino como rivales, quizá por la lógica mercantil que define la libre competencia como elemento regulador.

Es necesario entonces desarrollar una formación pedagógica para los ejecutores de las prácticas que les permita elaborar discursos lógicos, coherentes y desarrollar habilidades al momento de plantear los proyectos y ejecutarlos, fortaleciendo los currículos con las discusiones metodológicas, epistemológicas y políticas, de manera que sea posible intervenir las realidades de forma más eficiente, quizá así se garantice que los beneficiarios de la promoción de la salud sean formados desde una tendencia constructivista que es más pertinente y permite el empoderamiento, recomponiendo la fisura metodológica que se evidenció en todo el análisis de la investigación, librando a la promoción de la salud del activismo que es lo más frecuente y lo que la ha caracterizado las acciones.

Existe la tendencia a desmedicalizar la promoción de la salud y la necesidad de utilizar enfoques cualitativos que se acerquen de manera más comprensiva a la realidad que se quiere intervenir, lo que necesariamente pasa por el entendimiento de las realidades subjetivas e intersubjetivas para comprender y transformar.

Los procesos de análisis e información a decisores del ámbito académico, administrativo y político deben ser más sistemáticos y agresivos de manera que se pueda incidir sobre las políticas, programas y estrategias de la promoción de la salud que permita posicionarla en el medio y que en Colombia tiene que hacerse atada a nuevas alternativas de la construcción de lo público, en un ejercicio de empoderamiento de los sujetos sociales de construcción colectiva de otras realidades sociales y políticas donde los académicos y técnicos renuncien a mostrar un único camino.

La relación teoría – práctica es planteada por muchos autores como un falso dilema, pero la investigación muestra que no es así, la relación existe pero no se sabe de qué tipo es, puede ser fuerte, dinámica, sinérgica, coherente, o por el contrario débil y desarticulada, producto de una lógica no superada que se sustenta en la división del

trabajo, los que piensan, los que deciden y los que hacen.

En la unidad de trabajo prácticas, no se reporta la preocupación por la transdisciplinariedad y la sistematización, las prácticas hechas por las instituciones de salud y las ONG no tienen un ejercicio de reconstrucción de la práctica para generar conocimiento, y las universidades no hacen prácticas sociales, aquí se expresa el “hacer sin reflexionar, y el reflexionar sin hacer”, no hay una tradición de generar procesos de conocimiento simultáneamente con la práctica, se sistematiza cuando ésta se acaba, entonces no la direcciona.

Las prácticas de promoción de la salud no están contextualizadas social, cultural e históricamente, solo uno de los eventos se hizo para pensar la práctica, y los diagnósticos son fundamentalmente epidemiológicos en donde se plantean estos elementos contextuales como factores de riesgo o protectores sin darles la dimensión y el peso, objetivando realidades que son eminentemente subjetivas e intersubjetivas. Las acciones se focalizan según grupos etáreos o grupos de riesgo y no por problemáticas lo que no permite una visión y una intervención sistemática, aunque se abordan colectivos, la orientación está dirigida al individuo y su responsabilidad con el autocuidado, y no al empoderamiento de este como sujeto social, para que desarrolle su libertad y autonomía en la toma de decisiones.

La ausencia de procesos sistemáticos de evaluación de resultado, proceso e impacto ha permitido cometer errores por omisión o por exceso, se pasa por encima de procesos exitosos en construcción de redes sociales que intuitivamente podrían identificar resultados específicos de la gestión como por ejemplo las promotoras de salud; de la misma manera repetimos y desperdiciamos recursos en acciones de promoción de la salud no evaluados y que no han generado resultados, por ejemplo las charlas de sexualidad.

Los procesos de desarrollo social hoy, son claros al relacionar la evaluación y sistematización con la posibilidad de diseminar y replicar procesos, condiciones todas para poder impactar en políticas públicas, esta reflexión no ha sido incorporada de manera alguna a las prácticas de promoción de la salud, no se sistematiza, no se evalúa y no se afectan intencionadamente las políticas públicas.

No se reconstruyen históricamente los resultados que han arrojado los esfuerzos de pensar la relación salud y desarrollo por ejemplo, alrededor de atención primaria en salud se movilizaron conceptualizaciones, prácticas, actores, que no fueron considerados al momento de pasar a nuevas orientaciones políticas como las de promoción de la salud.

Para que la sistematización se convierta en un ejercicio científico para reorientar las prácticas a partir de la construcción de conocimiento y su puesta en discusión con la comunidad académica y los sectores implicados genere corrientes de pensamiento, es necesario fortalecer la articulación de las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

Esta investigación deja como producto final un mapa conceptual que se convierte en el abre bocas a futuras discusiones que permitan fortalecer y cualificar la promoción de la salud en los aspectos epistemológicos, teóricos y prácticos, necesarios para la construcción de nuevo conocimiento que permita las transformaciones sociales que muestren nuevos caminos para Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO C, Carlos A y ELJCH P., Julián. Municipios saludables, una oportunidad para las estrategias de bienestar. Medellín: Facultad de Medicina Universidad de Antioquia, reproducción del grupo de Promoción y Prevención. 23 p.
- AGUDELO C., Carlos A. Promoción de la salud en Colombia: ¿Por qué y para qué? En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 80 – 88.
- ALMEIDA Filho, Naomar; SILVA Paim, Jairnilson. “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”. En: Cuadernos Médico Sociales. Nº 75. (mayo 1999);. P. 5-30.
- ALVAREZ CASTAÑEDA, Rodrigo. El juego como estrategia para el desarrollo motor de los patrones básicos de caminar, correr, saltar y lanzar en el escolar en la edad de 7 a 9 años en un centro educativo de Manizales. Manizales: 1999. 90 p. Trabajo de grado. (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.
- AMAYA RIVEROS, Luz Marcela. Reflexiones en torno a una propuesta para un proyecto de promoción y prevención en salud oral. Bogotá: 1999. 50 p. Trabajo de grado. (Especialista en Salud Familiar y Comunitaria) Universidad El Bosque.
- ANTIOQUIA. ALCALDÍA DE MEDELLÍN. Participación ciudadana para el servidor público del municipio de Medellín: Por la Cultura de la Participación. Medellín: Dirección de Control Interno, 2000. 31 p.

- ANTIOQUIA. DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD. Municipios y comunidades saludables: Para una mejor vida. Medellín: La Dirección Seccional de Antioquia, 1996. 3 p.
- “Plan Sectorial de Salud de Antioquia 1998-2000”. Medellín, Ediciones Gráficas, 2000: 119 p.
- ANZOLA, Patricia y et al. Comunicación Social para la Promoción de la Salud. En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. (1992: Santafé de Bogotá). Memorias. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1992. p. 117– 123.
- ARBOLEDA, Walter de Jesús, et al. El régimen subsidiado en salud y su contribución a la seguridad social de la población de los estratos 1 y 2 que hacen uso de los servicios de salud del ESE París, Acevedo y Fontidueño. Medellín: 1999. 210 p. Trabajo de grado (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario), CINDE.
- AZUERO, María Angélica. PERDOMO ÁVILA, Consuelo. Estrategias educativas para la formación de hábitos saludables en el niño preescolar de la unidad básica Juan de Cabrera Neiva. Medellín: 1997. 141 p. Trabajo de grado (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.
- BAIGORI, Artemio. “Del urbanismo multidisciplinario de la urbanística transdisciplinaria”: Resumen de Ciudad y territorio/estudios territoriales N° 104 (1995); p. 315-328.
- BREILH, Jaime. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Ediciones Quito CEAS, 1997.
- BUSTAMANTE, Betty Cecilia. Diseño y ejecución de un currículo de formación del auxiliar social para las comunidades indígenas en el departamento del Cauca. Manizales, 1996. 132 p. Trabajo de Grado. (Magíster en Salud Comunitaria). CINDE.
- CAFESALUD (EPS). Prevención y promoción de la salud en la seguridad social. Manual de consulta: La salud depende mucho más de lo que usted haga o deje de hacer por ella, que lo que pueden hacer los mejores médicos y hospitales. Medellín: CAFESALUD, 1996. 175 p.
- CALI. SECRETARIA DE SALUD. “Boletín epidemiológico”. Vol. 7, N° 2 (1999); 57 p.
- CAMACHO, Lucy Deyanira. Propuesta educativa a padres de familia sobre la alimentación y nutrición saludable del preescolar grado B de la Concentración Escolar Aranjuez de Manizales. Manizales, 1999. 115 p. Trabajo de grado. (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.
- CATALAT, Francisco. Gestión de los Servicios de Salud con el Enfoque de Promoción de la Salud. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (1992: España). Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud República de Colombia, 1992.
- CATALAT, Francisco y otros. Promoción de la Salud. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Panel. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992.
- CHILE. OFICINA REGIONAL LATINOAMERICANA DE LA UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD. CARTA DE SANTIAGO. Declaración de la 11ª conferencia Latinoamericana de promoción de la

- salud y educación para la salud. Santiago de Chile: 1996. 7 p.
- CNAI, Corporación Nuevo Arco Iris. "Desarrollo y cooperación para la paz". En: Boletín informativo Arcanos. Nº 3. Santa Fe de Bogotá, (2000), 48 p.
- "La reinserción": Renuncias y reconstrucciones. En: Boletín informativo Arcanos. Nº 2. Santa Fe de Bogotá, (2000), 31 p.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Acuerdo 117 de 1997. Santafe de Bogotá: El Ministerio, 1997.
- Acuerdo 72 de 1997. Santafe de Bogotá: El Ministerio, 1997.
- Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá: El Ministerio, 1996. 17 p.
- Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: El Congreso, 1993.
- Modelo metodológico de la estrategia de intervención con la comunicación social. Factor de Riesgo: Agresión y Violencia. Santafé de Bogotá: Editado por el programa de educación en salud, 1998. 42 p.
- Municipios Saludables por la Paz, marco de referencia para su implementación en el país. Dirección de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Colombia: El Ministerio. 45 p.
- Programa: Salud del anciano. Santafé de Bogotá: El Ministerio, 1997. 78 p.
- Resolución número 00412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detención temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Santafe de Bogotá: El Ministerio, 2000.
- Resolución número 1078, Santafe de Bogotá: El Ministerio, 2000.
- Resolución número 1745, Santafe de Bogotá: El Ministerio, 2000.
- Resolución número 3997, Santafe de Bogotá: El Ministerio, 1996.
- Resolución número 4288, Santafe de Bogotá: El Ministerio, 1996.
- COLPATRIA SALUD. Crezcamos juntos: mis dos primeros años. Santafé de Bogotá: Colpatria, 1999.
- COMFAMA. Promoción y prevención: guía conceptual. Medellín: Comfama, 1996. 32 p.
- COMFENALCO: Guía de servicios. Medellín: Comfenalco, 1994.
- CONCHA, Eugenio y otros. La Estrategia de la promoción de la salud en grupos de población. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (1992: Santafé de Bogotá). Memorias. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 89 – 104.
- CORPORACIÓN CAMINOS. Políticas y estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y promoción de la salud mental en la industria manufacturera. Cali: Corporación Caminos, 1996. 81 p.
- Manual para el manejo de la metodología: Prevención del uso de sustancias psicoactivas. Cali: Instituto Juvenil, 1994. 156 p.

- CORPORACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANTROPOLÓGICOS Y DE APOYO A LAS COMUNIDADES –CEA-. Asesoría para la consolidación de grupos de padres de familia en el proyecto escuela saludable. Bogotá (sin más datos)
- CORPORACIÓN COLOMBIANA PARA LA PREVENCIÓN DE LA FARMACO DEPENDENCIA Y EL ALCOHOLISMO –SURGIR-. La aventura de la vida. Medellín: Surgir, 1997. 59 p.
- CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR, Grupo Guillermo Fergusson. “Modelo de promoción de la salud para la población de patios, localidades de Kennedy: Experiencia. Santa fe de Bogotá: Corporación para la salud popular, 1997-1998. 17 p.
- CORPORACIÓN VAMOS MUJER. Hacia la construcción de una ética para la vida: Guía metodológica para el trabajo con mujeres jóvenes. Medellín: Corporación Vamos Mujer, 1998. 43 p.
- CSD, Corporación Salud y Desarrollo. La salud en la agenda para la paz: Conversaciones de paz. Santa fe de Bogotá: CSD, 2000. 191 p.
- CUNDINAMARCA. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERÍA, ACOFAEN. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.. Santa Fe de Bogotá: ACOFAEN, 1999. Conversatorio.
- CUNDINAMARCA. ACCIÓN CULTURAL POPULAR, ACPO. “Bitácora”. Programa de formación de líderes juveniles para el sector rural. Bogotá: ACPO, 1999. 56 p.
- DAZA, Carlos Hernán. La Transición nutricional en América Latina: El problema epidemiológico de la obesidad. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992.
- DE KADT, Emanuel y TASCA, Renato. Promover la equidad, un nuevo enfoque desde el Sector Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993. 102 p.
- DE KEIJZER, Benno. Participación Social y Promoción de la Salud: Un Balance Crítico. En: IV CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA (1997: México). Memorias. México: 1997. 23 p.
- DE SALAZAR, Ligia. Escuelas promotoras de salud: Resultado de alianzas estratégicas entre la academia, el gobierno municipal y la comunidad. Cali: Toro Corredor Editores, 1999. 119 p.
- DÍAZ GARAVITO, María Victoria y COINO JARAMILLO, Gonzalo. La promoción de la salud en el ámbito escolar José Celestino Mutis. Medellín: 1998. 32 p. Trabajo de grado. (Magíster en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. “Héctor Abad Gómez”.
- DUQUE C., Sonia y ESTRADA G., Hilda M. Propuesta de promoción y prevención en salud para el plan alternativo zonal de desarrollo. Zona nororiental. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Medellín: 1998. 26 p.
- ELIZALDE, Antonio. Reflexiones sobre salud mental. En: Documento de Correo de psicoterapia y Salud Mental. N° 11 (1993); 2 p.
- Salud y medio ambiente, los talones de Aquiles del modelo neoliberal: Análisis crítico de las proyecciones exitistas de la racionalidad dominante. En: Revista Salud y Cambio de Santiago de Chile. Año 4, N° 14 (1994); 11 p.

- Salud, economía y lenguaje: De la crisis a la esperanza. En: Revista de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Vol. 3, Nº. 1, (1992); p. 25-32.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Gestao 1997-1999. Brasil: Luzia dos Santos. Maio, 1999. 58 p.
- ESCOBAR PÉREZ, Martha y VILLEGAS, Elsa María. Utilización y conocimiento de las acciones de promoción de la salud y programas de prevención de la enfermedad en el régimen subsidiado Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Médicas, 1999. 18 p.
- FAL, FUNDACIÓN AFABETIZADORA LAUBACH. Seminario Taller. Salud, alfabetización y educación popular. Rionegro (Ant.): Editorial Piloto, 1992. 94 p.
- FLORES, Magdalena y et al. Prevención de la enfermedad en las empresas solidarias de salud. En: TALLER NACIONAL PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE LA SALUD (1998: Santafé de Bogotá). Memorias. Santa Fe de Bogotá: Confederación Nacional de Empresas Solidarias de Salud, 1998. p. 1–29
- FLÓREZ MONTOYA, Luz Adriana, et al. Análisis descriptivo retrospectivo del proyecto Manizales ciudad saludable 1992 – 1996. Manizales, 1998. 74 p. Trabajo de grado, (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería
- FORERO BELTRÁN, Elsy. Propuesta para abordar el problema de la desnutrición infantil en la vereda de San José municipio de Inzá. Departamento del Cauca. Manizales, 1996. 126 p. Trabajo de Grado, (Magíster en Salud Comunitaria). CINDE.
- FRANCO A., Saúl. La violencia y la promoción de la salud. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud República de Colombia, 1992.
- Proceso Vital Humano-Proceso Salud-Enfermedad: Una Nueva Perspectiva. En: SEMINARIO MARCO CONCEPTUAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE SALUD ÉTICA (1993: Bogota). Memorias. Bogotã: Universidad Nacional de Colombia, 1993.
- FRANCO, Saúl y et al. La Promoción de la Salud y la Seguridad Social.. Santafé de Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo, 1995.
- Debates en Medicina Social. Ecuador: OPS-ALAMES, 1991.
- FRANCO G, Rita Elvira. Estado actual del equipo comunitario de Itagüi en las gestiones de salud y desarrollo comunitario. Medellín, 1997. 146 p. Trabajo de grado. (Magíster en Desarrollo Educativo y Social). CINDE.
- FUNDACIÓN PROAMÉRICAS. Teatro saludable...! Una alternativa para salidas pedagógicas de los niños. Medellín: Fundación Proaméricas, 1997. 5 p.
- GÁRATE, Julián y et al. Opiniones de las autoridades en Salud. Panel. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Panel. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992.
- GODUE, Charles y et al. Políticas de recursos humanos en la promoción de la salud. Panel. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Panel. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de

- Colombia, 1992. p. 124 – 139.
- GÓMEZ CHAQUEA, Esperanza. Atención integral al menor de cinco años en el Hospital Infantil Club Noel. Cali, 1997, 85 p. Investigación. Universidad del Valle. Facultad de Salud.
- GRANDA, Edmundo. Avances Conceptuales y Metodológicos sobre Condiciones de Vida y Salud. En: CONGRESO ALAMES (1991: Caracas). Ponencia. Caracas: 1991.
- GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL NIÑO EN ANTIOQUIA. Salud integral para el niño y la niña en edad escolar: Manual de Normas Técnicas y Administrativas. Medellín: SIPI, 1996. 135 p.
- GUERRA DE MACEDO, Carlyle. Salud y Equidad. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 8 – 28.
- HENAO MUÑOZ, Noralba, JACKSSON, Yarleyn Eddy y YEPES AGUIRRE, Gloria Inés. El aprendizaje de hábitos saludables a través de la estrategia de pares en escolares de 7 a 11 años de la escuela Mariela Quintero de Manizales. Manizales, 1999, 128 p. Trabajo de grado, (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.
- HYNDMAN Brian, et al. El uso de la teoría de las ciencias sociales para el desarrollo de los programas de promoción de la salud. Ontario: Ministerio de Salud, 1993. 85 p.
- INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. Documentos sobre Legislación en Promoción de la Salud. Medellín: CES, 1996. 48 p.
- LA PREVENCIÓN EN SALUD. Declaración de Medellín. Medellín, 1994. 7 p.
- LOAIZA, Yazalde Eder, ARANGO, Adriana Patricia y RINCÓN, Margarita Rosa. Estrategias educativas participativas para la promoción de la salud que generan estilos de vida saludables en adolescentes gestantes. Manizales, 1997, 133 p. Trabajo de grado, (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.
- LÓPEZ Gómez, María Antonieta. “Validación de la guía para la acción estratégica de participación social en salud”. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995. 23 p.
- MANIZALES. FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL MENOR Y LA FAMILIA –FESCO-. Proyecto rural familia niñez. Manizales: Fesco, 1998. 273 p.
- MAX-NEEF, Manfred, ELIZALDE, Antonio y otros. Desarrollo a Escala Humana. Una Opción para el Futuro. Santiago de Chile: Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld, 1986. 94 p.
- MEMORANDO CONSTITUTIVO. “Consortio Interamericano de universidades y centros de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud”. Brasil: 2000. p. 7-28.
- MOLINA OCHOA, Héctor. MONTOYA LOPERA, Nancy y ORTEGA MOLINA, Irma. Análisis de la demanda de los servicios de promoción y prevención en el municipio de Andes Antioquia 1999. Medellín: 1999. 126 p. Trabajo de grado. (Magíster en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. “Héctor Abad Gómez”.

- MORENO CÓRDOBA, Danny. Montaje de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para la IPS Servicios Médicos Asistenciales del Chocó. Medellín: 1999. 72 p. Trabajo de grado. (Magíster en Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. "Héctor Abad Gómez".
- OMS/OPS Promoción de la Salud y Equidad: Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá: OPS, 1996.
- OMS/OPS. Promoción de la Salud en las Américas. Washington: OPS, 1993. 21 p.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Ministerio de salud, Corporación salud y desarrollo. "El sector salud frente al desplazamiento por la violencia en Colombia. Santa Fe de Bogotá: OPS, 1998. 86 p.
- OTTERSTETTER, Horst. Salud ambiental. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (1992: Santafe de Bogotá) Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 105 – 111.
- PAGANINI, José María. La promoción de la salud desde los sistemas locales de salud. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (1992: Santafe de Bogotá) Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 29-44.
- PUERTA DE KLINKERT, María Piedad. Integración emocional y mediación cognitiva, como estrategias de intervención preventiva, actividades de procesos de resiliencia en familias con miembros adictos a sustancias psicoactivas. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó, 1999. 54 p.
- QUE ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, (Primera parte). En: Boletín, Cátedra Abierta: Reforma de los Servicios de Salud en el Mundo. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina, 1999. Nº 13. 19 p.
- QUE ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, (Segunda parte). En: Boletín Cátedra Abierta: Reforma de los Servicios de Salud en el Mundo. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina, 1999. Nº 14. 16 p.
- RESTREPO E., Helena. Las Políticas de Promoción de la Salud. En: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (1992: Santafé de Bogotá). Conferencia. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992.
- Experiencias de municipios saludables por la paz. Santafé de Bogotá: Trazo Digital Ltda, 1999.
- RESTREPO RESTREPO, Piedad Patricia. Capital social, crecimiento económico y políticas públicas. Medellín: Departamento de Economía, Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Económicas, 1997. 64 p.
- RESTREPO, Leonor M. Jornadas educativas en salud mental. En: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000. p. 229—244.
- RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia. Historia de la salud pública en México: Siglos XIX y XX. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, 1998. p 293-309.
- RODRÍGUEZ, Clara. Barrio saludable. Bogotá, 1999, 84 p. Trabajo de grado. (Especialista en Gerencia en Salud Pública y Epidemiología). Universidad el Rosario.
- ROZENTAL, Manuel. La promoción de la salud, una visión desde Colombia. En:

- CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (1992: Santafé de Bogotá) Memorias. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia, 1992. p. 3 – 7.
- RUÍZ AGUDELO, María Nelly. Situación socio – afectiva y de salud preventiva de los niños menores de 7 años del municipio de Palermo. Medellín, 1997, 103 p. Trabajo de grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.
- RUÍZ G, Guillermo León. Estrategia integral de promoción juvenil para la prevención de riesgos sociales. Medellín, 1993, 194 p. Trabajo de grado (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.
- SALAS CONTRERAS, Franci Hollmin. El fenómeno de la salud para los inscritos al régimen subsidiado de la empresa promotora de salud UNIMEL. Medellín, 1997, 143 p. Trabajo de grado. (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.
- SANCHEZ, Sonia, GALEANO, Aidé. Promoción de la salud en mujeres de la tercera edad del Club Visanas. Medellín, 1998. 9 p.
- SANTAFE DE BOGOTÁ. ALCALDÍA MAYOR. UCPI, Unidad coordinadora de prevención integral. Viajando a mundos posibles. Santa Fe de Bogotá: Alcaldía Mayor, 1995. 36 p. (Serie avances en prevención).
- SANTAFÉ DE BOGOTÁ. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud, 1995. 104 p.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud sobre algunos aspectos relacionados con morbi-mortalidad materna en Bogotá. Jornadas distritales para la promoción de la maternidad segura. (1997:Bogotá) Documentos. Santafé de Bogotá: Secretaría Distrital, 1997.
- SANTAFÉ DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. La juventud: Promoción de la salud para jóvenes de 18 a 24 años. Bogotá: Educar Editores, 1998. 18 p.
- La vejez: Promoción de la salud para personas mayores de 68 años. Bogotá: Educar Editores, 1998. 18 p.
- SIGERIST, Henry. Historia y Sociología de la medicina. Bogotá: Guadalupe Ltda, 1974. 174 p.
- SIMA. Asistencia integral al joven a través de grupos juveniles. Cali: SIMA, 1999. 45 p.
- Factores de riesgo asociados a sustancias psicoactivas, en colegios de secundaria, comuna 14, Cali. Cali: SIMA, 1997. 172 p.
- SUANI. Propuesta Suani: de amor. Cali: SUANI, 1993. (Escucha No 2 y No 4)
- TORO RAMÍREZ, Claudia P. Mapas conceptuales y sistemas de categorías en las investigaciones cualitativas. Documento sin publicar, 16 p.
- TORROELLA, Gustavo. ¿Qué entendemos por educación para la vida?. En: PONENCIA DEL CONGRESO DE PEDAGOGÍA (2: 1999). Ponencia. 1999. 25 p.
- TRIANA HERNÁNDEZ, Hermes. Programa de promoción del Buen Trato. Bogotá, 1999, 55 p. Trabajo de grado (Especialista en Salud Familiar y Comunitaria). Universidad El Bosque.

- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, Facultad Nacional de Salud Pública. Elaboración de propuestas, proyecto de asesoría de la universidad en el marco de la estrategia de municipios saludables por la paz. Seminario. (2000: Medellín) Documentos. Medellín, Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud pública, 2000. 26 p.
- Propuesta: la universidad en el marco de la estrategia de municipios saludables por la paz. Medellín: 2000. 17 p.
- SEMINARIO PENSAMIENTO EN SALUD PÚBLICA. Medellín: Universidad de Antioquia, 1999. 7 p.
- CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD. (1994: Medellín) Memorias. Medellín: Universidad de Antioquia, 1994.
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. FACULTAD DE ENFERMERÍA. Curso de capacitación de voluntarios de salud. Medellín: Universidad de Antioquia, 1994. 16 p.
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. FACULTAD DE MEDICINA. La reforma de los servicios de salud y la equidad. En: Boletín Cátedra Abierta: Reforma de los Servicios de Salud en el Mundo. Nº 9, (nov. 1998); 20 p.
- La promoción de la salud. En: Boletín Informativo. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Año 3, Nº 2 (jun. 1998); 10 p.
- FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA Y FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS. Evaluación del sistema general de seguridad social en salud en diez municipios colombianos, proyecto Municipios Centinela. Medellín: Universidad de Antioquia, 1998. 33 p.
- URRUTIA, Beltrán. Propuesta de mejoramiento de la calidad para el área de promoción y prevención colmena Salud EPS. Bogotá, 1999, 84 p. Trabajo de grado. (Especialista en Gerencia en Salud Pública y Epidemiología). Universidad el Rosario.
- VALDERRAMA LOZADA, Fanny. Desempeño de las vigías de la salud comunitaria. Medellín, 1997, p. Trabajo de grado (Magíster en Educación y Desarrollo Comunitario). CINDE.
- VALENCIA, Fabio Alberto. MAYA, Néstor Raúl. La Ley 100 de Seguridad Social y sus Decretos Reglamentarios: Guía Metodológica de Consulta. 3 de. Medellín: Litografía Dinámica, 1997. 1435 p.
- VEZGA SÁNCHEZ, Amparo. Promoción de la salud México 2000. En: CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (5: 2000: México). Conferencias. Mexico: Secretaría de Salud, 2000. 5 p.
- ZAMBRANO, Georgina Rosa, CHAVEZ, Diana Amparo y RIVERA, Luz Adriana. Influencia de los talleres de sensibilización sobre sexualidad para la vida y el amor en la estructura de valores de líderes adolescentes del grado séptimo del colegio Bernardo Arias Trujillo del Municipio de la Virginia. Junio de 1996 a Julio de 1997. Manizales, 1997, 151 p. Trabajo de grado. (Especialista en Promoción de la Salud). Universidad de Caldas. Facultad de Enfermería.

ANEXOS

ANEXO B.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Descripción bibliográfica.

Relación con la práctica:

- Evaluativa
- Descriptiva
- Propositiva
- Comprensiva

Categorías principales y categorías secundarias.

Relaciones que se establecen entre las categorías más importantes, por ejemplo:

- Promoción de la salud como bienestar
- Promoción de la salud y desarrollo humano
- Promoción de la salud produce desarrollo humano, bienestar.

Origen de las investigaciones .

Profesionales que las realizaron. (de que área)

Profesionales que intervinieron en la investigación como actores.

Qué tipo de realidad empírica indaga el proyecto. (caracterización)

En qué ámbitos trabaja el proyecto: individual, familiar, escolar, laboral o comunitario.

Desde qué área de la ciencia se apoya.

CONTENIDO DEL INFORME DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN TESIS DE DIFERENTES DOCUMENTOS REVISADOS.

Transcripción de:

Abstracts.

Objetivos.

Propósito.

Síntesis de:

Justificación.

Marco teórico. (mapa conceptual)

Metodología.

Conclusiones, hallazgos y resultados.

Análisis, discusión (mapa conceptual) y dar cuenta de los ámbitos (individual, familiar, comunitario, laboral, académico otros..)

INSTRUCTIVO

Para la descripción bibliográfica usaremos un instrumento en acces.

Este punto busca la relación que tiene el estudio con la practica:

- Evaluativa: Cuando la investigación se ocupa fundamentalmente de evaluar una práctica.

- Descriptiva: Cuando se trata de una descripción o recuento de una experiencia.

- Propositiva: Cuando la investigación desde sus resultados propone una práctica específica.

- Comprensiva: Si la investigación es de corte cualitativo y se concentra en una realidad práctica de promoción de la salud. (etnografía, fenomenología, etc..)

En este punto se desarrollarán mapas conceptuales, para identificar categorías superiores y menores.

Se identifican las relaciones según ejemplo.

El origen se debe encontrar en la justificación y tiene que ver con:

Requisito académico o laboral.

Interés teórico.

Los puntos siguientes se observan claros en el instrumento.

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS PRÁCTICAS:

Fecha:

Lugar:

Nombre de la publicación:

Institución que publica:

Convocante a la práctica:

ONG:

Organismo estatal:

Sector de la vida nacional (salud, educación, medio – ambiente etc.):

Universidad:

Organización de base:

Otros:

Caracterización de la población a quien se dirige la práctica:

(Grupo poblacional específico, Número de personal convocadas o asistentes. Porqué se elige el grupo poblacional).

Caracterización del grupo que dirige u orienta la práctica (número de personas, profesión, tipo de vinculación a la práctica):

Práctica desarrollada dentro de un programa específico, cual?

Objeto de la práctica (temáticas):

Porqué el tema:

Para qué el tema:

Metodología de la práctica:

Actividades desarrolladas:

Conferencias:

Talleres:

Seminarios:

Otras actividades. Cual?:

Descripción del trabajo desarrollado:

Programa de la práctica:

Cronograma de la práctica:

Resultados de la evaluación de la práctica:

Tipo de evaluación aplicada:

Proceso

Resultado

Impacto

Resultados del seguimiento aplicado la práctica.

ENTREVISTA

Entrevista semi - estructurada, con una duración de una a dos horas. Grabación lograda siempre que el entrevistado así lo permita.

Fecha:

Lugar:

Nombre del entrevistado:

Profesión:

Entidad a la que pertenece:

Que entiende Usted por Promoción de la Salud. (concepto)?

Cuales son los cambios que ha sufrido el concepto de Promoción de la salud en la última década?

Cuales son las potencialidades de la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Cuales son las limitaciones de la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Cuales son las actividades que se han desarrollado orientadas a promover la salud y en cuales ámbitos se han desarrollado?

Cuales son los cambios que ha sufrido las prácticas de la promoción de la salud en los últimos diez años en el país?

En su concepto, cual es la manera de lograr la participación de otros sectores de la vida nacional en el diseño, ejecución y evaluación de los programas y practicas de la Promoción de la Salud (intersectorialidad)?

De igual manera, cual sería la manera de lograr la integración de otras disciplinas en la Promoción de la Salud (transdisciplinariedad)?

Que evaluación hace Usted de los logros alcanzados por la Promoción de la Salud en Colombia en los últimos diez años?

Establecer la relación entre la Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

11.Referencia al autocuidado.

ANEXO C.

INVESTIGACIONES PROMOCIÓN DE LA SALUD 1991 - 1999

Código de la ciudad: _____ Código del tema: _____

Descripción de la universidad o centro de investigación:

Tipo de Institución:

Universidad _____

Centro de Investigación Universitaria _____

Centro de Investigación No Universitario _____

1.2. Nombre de la Institución:

Nombre del director de la Institución: _____

Dirección y Teléfono: _____

Nombre de quién ofrece la información: _____

Cargo y Teléfono: _____

2. Descripción del Documento:

2.1. Título de la Investigación: _____

2.2. Autor (es): _____ Profesión: _____

2.3 Optó por título de: _____

2.4. Financiación:

Si _____ No _____

2.5. Entidades Financiadoras: _____

2.6. Año de publicación de la investigación: _____

2.7. Entidades que financian la publicación:

2.8. Ubicación de la Investigación:

3. Documento

3.1. Resumen de la Investigación:

3.2. Transcripción de:

Portada

Objetivos

Marco Teórico

Conclusiones, hallazgos o resultados.

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INVESTIGACIONES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 1991 – 1999.

La presente investigación pretende recolectar información sobre las investigaciones de promoción de la salud que realizaron en las maestrías, doctorados, y centros de investigación universitarios y no universitarios, con el fin de analizar los conceptos teóricos utilizados y establecer el estado de la discusión sobre el tema en la década 1991 – 1999.

En los documentos revisados se deben buscar como temas de promoción de la salud:

Promoción de la Salud

Promoción y Prevención en Salud

Promoción y Participación Comunitaria en Salud.

Aplicación de Políticas Públicas Saludables.

Los documentos que figuren bajo estos títulos deben ser fotocopiados para el análisis posterior.

Los documentos que figuren con otro nombre (por ejemplo: salud colectiva, comunitaria o familiar, salud pública, salud mental, calidad de vida y bienestar) deben ser analizados en la ficha de recolección de información para definir su inclusión en el trabajo.

A continuación se explican cada una de las preguntas que se le deben hacer al documento, para realizar un mapeo por ciudades.

Códigos de la ciudad:

BogotáB

CaliC

ManizalesMz

MedellínM

Código del Tema:

ActoresA

EventosE

Investigaciones I

PrácticasP

Descripción de la Universidad o Centros de Investigación.

Tipo de Institución: Se han elegido tres sitios para la recolección de información, las universidades, y los centros de investigación universitarios y no universitarios, señalar con claridad de cual de los tres se trata.

Nombre completo de la institución, si se trata de un Centro de Investigación, especificar claramente si pertenece o está adscrito a otra institución, facultad, instituto, o departamento.

Nombre del director de la institución, o en caso de instituciones de gran tamaño, entonces registrar el nombre del director del área o sección a quién se le pueda dirigir una carta para solicitud de permisos u otros trámites que se puedan presentar en el transcurso de la investigación.

Dirección completa de la institución con número de piso u oficina y teléfono.

Nombre completo, cargo y teléfono de quién en cada sitio nos ayuda a ubicar el documento, o nos brinda información dónde encontrarlo.

DOCUMENTO

2.1 Título completo de la investigación o tesis de grado: registrar el nombre textual de la investigación o tesis revisada.

2.2. Especificar el nombre completo del autor(es), y la profesión, tal como figuren en la investigación. En caso de ser una tesis, ojalá la profesión anterior al título de Magíster o Doctor.

2.3. Especificar el título que obtuvo con la tesis, si es una investigación dejar en blanco.

2.4. Financiación de la investigación o tesis, se llena SI cuando es financiada por entidades, instituciones, u otras. Se responde NO cuando fue financiada por el autor(es).

2.5. Especificar cada una la entidad (es) que financió la realización de la investigación o tesis.

2.6. Año concreto en que fue publicado el trabajo.

2.7. Especificar las entidades que financiaron la publicación de la investigación, si es una tesis y nadie financió la investigación no se coloca nada.

2.8. Ubicación de la investigación: Código con que se identifica el documento, lugar exacto. Se debe ser lo más explícito posible en este ítem y anotar los datos necesarios en caso de no tener el documento en una biblioteca o un centro de documentación.

Documento.

Resumen de la investigación: Es muy importante hacer un resumen que permita una visión global del trabajo, muchas investigaciones o tesis tiene resumen, fotocopiarlo o transcribirlo, si evalúa que el resumen no es suficiente complementar especificando muy bien que es lo que usted agrega; en caso de que no exista resumen debe hacerse con letra legible, máximo tres hojas tamaño carta por un solo lado.

Transcripción o fotocopia de portada, objetivos, marco teórico, conclusiones, hallazgos o resultados. Este punto es el más importante. En caso de que no permitan fotocopiarlo hacer la transcripción en letra legible. Con números de página. Los objetivos

deben ser exactos, los otros puntos si son más de tres hojas hacer un resumen en dónde se destaquen las categorías o ideas más importantes para el propósito de esta investigación. Tener en cuenta lo que se encuentra en la introducción del instructivo para no fotocopiar material que luego no vaya a ser incluido en la investigación.

Notas Finales:

No dejar espacios en blanco, excepto los especificados en el instructivo.

En caso de que el documento no aporte alguno(s) de los datos requeridos, se debe colocar ADD (ausencia de dato en el documento).

No se debe indagar sobre datos faltantes en el documento a quienes participaron u ofrecen información, por tratarse de un análisis documental.

Se debe escribir con letra legible y clara.

En caso de encontrar pertinente ampliar una o más respuestas se debe anexar hoja blanca, tamaño carta, indicando el numeral de la(s) pregunta correspondiente.

El formato debe diligenciarse con lapicero. En ningún caso diligenciarlo con lápiz porque este material va a ser archivado y se puede deteriorar la información.

Formulario incompleto o mal diligenciado (que la respuesta no corresponda con la pregunta deberá repetirse).

ANEXO D.

PRÁCTICAS PROMOCIÓN DE LA SALUD 1991 – 1999.

Código ciudad: Código tema:

1. Descripción de la institución.

Nombre de la institución: _____

1.2

Dirección: _____

1.3 Tipo de Institución:

ONG EPS IPS CAJA UNIVERSIDAD SLS

1.4 Nombre director de la institución: _____

1.5 Nombre de quien brinda información: _____

Cargo: _____ Teléfono: _____

2. Descripción del documento:

2.1 Nombre de la

publicación: _____

2.2 Nombre
autor(s): _____

2.3 Fecha de iniciación y terminación de la
práctica: _____

Etapas: _____ No _____ Si _____
Cuantas _____

2.4 Año de publicación y quien publica:

2.5 Ubicación del documento:

CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA

3 Población.

3.1 Grupo poblacional a quien se dirige:

3.2 Porque se elige este grupo:

3.3 N° personas convocadas a la práctica: _____

3.4 N° de personas asistentes a la práctica: _____

4. Quien dirige la práctica.

4.1 Persona o grupo que dirige la práctica:

4.2 N° de personas que conforman el grupo:

4.3 Profesión y rol:

5. Contenido específico de la práctica.

5.1 Porque se elige el tema:

5.2 Para que el tema:

6 Metodología

6.1 Estrategias metodológicas:

Talleres _____ N° _____

Conferencias _____ N° _____

Seminarios _____ N° _____

Trabajos de grupo _____ N° _____

Otro _____ N° _____

Otro _____ N° _____

7 EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA:

No _____ Si _____

Tipo _____

8. SEGUIMIENTO DE LA PRÁCTICA APLICADA:

No _____ Si _____ Tipo _____

INSTRUCTIVO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PRÁCTICAS PROMOCIÓN DE LA SALUD 1991-1999.

La presente investigación pretende recolectar información sobre las prácticas de promoción de la salud que se realizan en diferentes instituciones con el fin de analizar los conceptos, aplicaciones e impacto de estas.

En los documentos revisados se deben buscar como temas de promoción de la salud:

Promoción de la salud

Promoción y prevención en salud

Promoción y participación comunitaria en salud

Políticas públicas saludables

Los documentos que figuren dentro de cualquier programa bajo estos títulos deben ser fotocopiados para el análisis posterior.

Los programas que figuren con otro nombre (por ejemplo: salud colectiva, comunitaria o familiar, salud pública, salud mental, calidad de vida y bienestar) deben ser analizados en la ficha de recolección de información para definir su inclusión en el

trabajo.

Los programas que figuren como prevención no deben tomarse en cuenta para la recolección de la información

A continuación se explican cada una de las preguntas que se le deben hacer al documento, para realizar un mapeo por ciudades.

Código ciudad:

Bogotá: B

Cali: C

Manizález: Mz

Medellín: M

Código tema:

Investigaciones: I

Prácticas: P

Actores: A

Eventos: E

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Nombre de la institución: nombre completo de la institución visitada sin abreviaturas, excepto que el nombre oficial las tenga.

1.2 Dirección: Dirección completa del lugar visitado con número de piso u oficina.

1.3 Tipo de institución: se han caracterizado las siguientes instituciones para ser visitadas:

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

EPS: Empresas Promotoras de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

CAJA: Caja de Compensación Familiar

UNIVERSIDAD: Debe incluir programas de extensión, bienestar universitario, programas de salud ocupacional y otros afines que se encuentren en las diferentes universidades.

SLS: Secretaría Local (Municipal) de Salud.

1.4 Nombre del director de la institución: Nombre completo del director de la institución, o en caso de instituciones de gran tamaño, entonces registrar el nombre del director del área o sección a quien se le pueda dirigir una carta para solicitud de permisos u otros trámites que se puedan presentar en el transcurso de la investigación.

1.5 Nombre de quien brinda la información: nombre de la persona quien atiende y da la información solicitada, se debe registrar el cargo y el número del teléfono.

2. DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO:

2.1 Nombre de la publicación: registrar el nombre textual de la publicación revisada.

Nombre del autor(s): registrar nombre del autor o autores tal como figure en la publicación.

2.3 Fecha de iniciación y terminación de la práctica: Colocar De día/mes/año a día/mes/año. En caso de las etapas se coloca X al frente de No en caso de que esta sea única. Si se ha realizado por etapas se coloca SI y se debe marcar el número de etapas que tiene documentadas.

2.4 Año de publicación y quien publica: se refiere al año en que fue publicado el documento que registra la información de la práctica. Registrar editorial o entidad que financia la publicación.

2.5 Ubicación del documento: Código con que se identifica el documento, lugar exacto. Se debe ser lo más explícito posible en este ítem y anotar los datos necesarios en caso de no tener el documento en una biblioteca o un centro de documentación.

2.6 Datos bibliográficos: la bibliografía relevante en el tema referenciada por los autores.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA.

3. POBLACIÓN

3.1 Grupo poblacional a quien se dirige: registrar las características del grupo poblacional a quien se dirige la práctica, ya sea por edad, sexo, actividad u otras características especiales por las cuales se caracteriza el grupo.

3.2 Porqué se elige este grupo: razón por la cual se elige este grupo en especial para realizar la práctica de promoción de la salud.

3.3 N° de personas convocadas a la práctica: Colocar el número de personas esperado, o población objetivo de la práctica documentada.

N° de personas asistentes a la práctica: colocar el número de personas que asistieron durante todo el tiempo que duró la práctica, es decir las que asistieron de principio a fin. En caso de que la práctica se halla realizado por etapas, consignar el número de asistentes por cada etapa que esté documentada.

4. QUIEN DIRIGE LA PRÁCTICA

4.1 Persona o grupo que dirige u orienta la práctica: Nombre y cargo de la persona que tiene bajo su responsabilidad el diseño y realización de la práctica. En caso de tratarse de un grupo colocar el nombre del grupo.

4.2 N° de personas que conforman el grupo: colocar el número de integrantes del grupo, en caso que sea orientado por una sola persona colocar 1.

4.3 Profesión y rol: escribir la profesión(s) de los integrantes y el rol o papel que desempeñaban dentro del grupo que dirige u orienta la práctica.

5. CONTENIDO ESPECÍFICO DE LA PRÁCTICA

5.1 Que tema se elige: cuales es/son la/las categoría(s) promocional(es)

5.2 Porque se elige el tema: Motivo por el cual el tema específico de la práctica es

elegido para trabajarlo en el grupo específico, por ejemplo solicitud de la comunidad específica, cumplimiento de la legislación, necesidad detectada por el grupo que dirige, entre otras.

5.3 Para qué el tema: Propósito que se pretende al elegir el tema. Por ejemplo educar a la comunidad, transformar, informar, etc.

6. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia metodológica: Colocar una X frente a la estrategia metodológica utilizada para ejecutar la práctica: taller, conferencia, seminario. En caso de que se utilice otra estrategia que no figure en el listado se debe colocar en Otra y definir de cual estrategia se trata. Si se combinan diferentes estrategias se debe colocar una X en cada una de las estrategias utilizadas. Colocar al frente de cada una de las estrategias el número de veces que se utilizó. Por ejemplo: la estrategia utilizada fueron talleres y se realizaron 6 para cubrir la población asistente.

Colocar frente a estas estrategias los objetivos que se pretenden con ellos por ejemplo: sensibilizar, informar, capacitar, formar u otros.

7. EVALUACIÓN:

Evaluación de la práctica: Colocar una X en NO si no se registra evaluación. En el caso que se registre, se debe colocar X en SI y describir el tipo de evaluación realizada (si lo dice el documento) por ejemplo si es de proceso, de resultado o de impacto. O si es cualitativa o cuantitativa.

8. SEGUIMIENTO

Seguimiento de la práctica aplicada: En caso de que no se registre colocar una X frente a NO, de lo contrario colocar la X frente a SI y explicar cual fue el seguimiento realizado.

NOTAS FINALES:

No se debe, por ningún motivo, dejar espacios en blanco.

En caso de que el documento no aporte alguno(s) de los datos requeridos, se debe colocar ADD (ausencia del dato en el documento).

No se debe indagar sobre datos faltantes en el documento a quienes participaron u ofrecen información, por tratarse de un análisis documental.

Se debe escribir con letra legible y clara.

En caso de encontrar pertinente ampliar una o mas respuestas se debe anexar hoja blanca, tamaño carta, indicando el numeral de la(s) de la pregunta correspondiente.

El formato debe diligenciarse con lapicero. En ningún caso diligenciarlo con lápiz porque este material debe almacenarse y se puede deteriorar la información.

Formulario incompleto o mal diligenciado (que la respuesta no se corresponda con la pregunta), deberá repetirse.