

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, E.S.E.
Subdirección General de Investigaciones,
Vigilancia Epidemiológica,
Promoción y Prevención**

**PROPUESTA
MODELO DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA PARA EL CONTROL
DEL CÁNCER EN COLOMBIA**

Carolina Wiesner
Claudia Cortés
José Miguel Nieto
Martha Cecilia Díaz
Sandra Tovar
María Benilda Melo

Bogotá DC, Marzo de 2005

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	4
1. MARCO CONCEPTUAL	6
1.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	6
1.2 COMUNICACIÓN EN SALUD	10
1.3 LA CULTURA Y LAS REPRESENTACIONES SOCIALES.....	13
1.4 HABITUS Y TRAYECTORIAS DE RIESGO PARA CÁNCER.....	16
2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	18
2.1 PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS PEDAGÓGICOS	19
2.2 OBJETIVOS.....	22
2.2.1. <i>Objetivo general de la comunicación educativa para el control del cáncer</i>	22
2.2.2. Objetivos específicos	22
2.3 LA EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL MARCO DEL MODELO DE CONTROL DEL CÁNCER	23
2.3.1. <i>Las políticas públicas como escenario para la acción</i>	23
2.3.2 <i>Los espacio comunitarios</i>	26
2.3.3 <i>Los servicios de salud</i>	29
2.4 ESTRATEGIAS PARA LA ACCIÓN	32
2.4.1 <i>Talleres: de lo sensible a lo conceptual</i> ⁽⁶⁵⁾	32
2.4.2 <i>La comunicación educativa como estrategia: un abordaje dialógico de la comunicación</i>	33
2.4.3 <i>La educación de pares: experiencia de la cotidianidad</i>	36
2.4.4 <i>El desarrollo de habilidades para la vida: la salud en el marco de la vida</i>	37
2.4.5 <i>La animación sociocultural: una estrategia integradora</i>	39
2.5. A MANERA DE CIERRE.....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	41
ANEXO NO 1: GENERACIONES EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	48
1. PRIMERA GENERACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: EL MODELO INFORMATIVO	48
2. SEGUNDA GENERACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD BASADA EN EL COMPORTAMIENTO	50
2.1. <i>Teorías y modelos de la segunda generación</i>	51
2.1.1. <i>Modelo de Creencias en Salud</i>	51
2.1.2. <i>Teoría Social Cognoscitiva</i>	52
2.1.3. <i>La Teoría del Aprendizaje Social</i>	53
2.1.4. <i>Teoría de la Acción Razonada</i>	54
2.2. <i>Programas y proyectos con componentes de educación en salud de la segunda generación</i>	55
2.2.1. <i>Estrategia COMBI</i>	55
3. TERCERA GENERACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARTICIPATIVA, CRÍTICA Y ENMANCIPATORIA	56
3.1. <i>Teorías y modelos de la tercera generación</i>	58
3.1.1. <i>Modelo Precede - Procede</i>	58
3.1.2. <i>Modelo de co-orientación</i>	59
3.1.3. <i>Modelo de Organización Comunitaria</i>	60
3.2. <i>Programas y proyectos con componentes de educación en salud de la tercera generación</i>	60
3.2.1. <i>MONICA (Monitoreo de Tendencias y Determinantes en Enfermedad Cardiovascular)</i>	60
3.2.2. <i>CINDI: Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No Transmisibles (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme)</i>	60
3.2.3. <i>CARMEN: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles</i>	61
3.2.3. <i>Municipio Saludable</i>	63
3.2.4. <i>Escuela Saludable</i>	63
3.2.5. <i>Habilidades para la vida</i>	64

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

ANEXO NO. 2 LA EDUCACIÓN EN SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD..... 65

- 1. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD –POS- 65
- 2. EL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA -PAB-..... 67
- 3. LIMITACIONES Y ALCANCES..... 69

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

PRESENTACIÓN

El cáncer, como problema de salud pública, se encuentra asociado a cambios demográficos y epidemiológicos, de transformación de patrones sociales y culturales propios del desarrollo de la vida urbana e industrial, que han tenido impacto en toda la población. Los procesos de modernización han generado cambios de comportamiento como: un retraso en el inicio de la maternidad, un menor número de hijos por mujer en algunos grupos sociales, un aumento en el uso de medicamentos de reemplazo hormonal, un mayor número de contactos sexuales, un incremento en el consumo de tabaco y alcohol, una tendencia al sedentarismo, unos patrones de alimentación basados en un mayor consumo de grasas de origen animal y azúcares refinados, un menor consumo de frutas y verduras y una mayor exposición a carcinógenos ambientales, entre otros (1).

En diferentes países del mundo se han establecido modelos para el control del cáncer. Estos modelos consideran que es importante modificar algunos comportamientos en busca de “estilos de vida más saludables”. La prevención del cáncer, desde una perspectiva global, se justifica en tres aspectos fundamentados en la evidencia científica: el control del consumo de tabaco, la dieta y el control de las infecciones. Estos factores son responsables de por lo menos 4.6 millones de muertes por cáncer (73%) y de 7.5 millones de nuevos casos anuales de cáncer (75%) (2). En este contexto, Estados Unidos se ha propuesto reducir entre un 25 y un 50% el número de nuevos casos de cáncer, en un periodo aproximado de cinco años. De acuerdo con sus cálculos, mediante la lucha contra el consumo del tabaco podrían evitarse entre un 6 a un 8% del total de fallecimientos, otro 8% podría evitarse mediante la modificación de hábitos alimenticios y un 3% de patologías malignas se evitarían mediante técnicas de detección precoz. Así mismo, si se aplicaran los tratamientos de manera oportuna la incidencia acumulada de cáncer invasor podría disminuirse entre un 10 a un 26%.

Un modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja que tiene como fin facilitar la comprensión de un problema y estudiar el comportamiento y las dimensiones de las causas que promueven y alimentan la situación. Los modelos se sitúan a nivel de las teorías, pero varían en la dimensión de la aplicación que pueden llegar a tener. El término ‘modelo’ se usa de diversas formas, con los más variados significados e implicaciones, incluso equivocadamente (3). Earp y Ennett (4) señalaron tres formas principales de uso: primero, como marco conceptual para organizar e integrar información, segundo, como sistema diagramático de medición y tercero, como estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica (5). Un modelo es específicamente una formulación conceptual que incluye los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad.

Dentro del modelo de control de cáncer propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología (6), se definieron tres ámbitos de acción: las políticas públicas, los espacios comunitarios y los servicios de salud que tienen como fin, la reducción del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para cáncer. Se plantearon como estrategias transversales: la investigación, el análisis de la situación de salud y la vigilancia en salud pública. Con la definición de este modelo se consideró que era necesario determinar el lugar y el papel que ocupa la educación en salud, así

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

como desarrollar un marco conceptual y diseñar una propuesta en esta materia para el control del cáncer. En este sentido, se considera que la educación en salud es un eje transversal, una estrategia que atraviesa las diferentes dimensiones del modelo.

El presente documento constituye el producto del trabajo realizado por el grupo de Planificación y Gestión de Programas de Prevención. Este documento pretende ser la base sobre la cual se puedan realizar discusiones y análisis posteriores por parte de personas interesadas en el tema y de expertos en el área de la salud y la educación. En la primera parte, se revisan y se definen los conceptos de educación y comunicación en salud que han sido construidos en diferentes momentos históricos, haciendo alusión a diferentes posturas y modelos de acción frente al problema a abordar. Adicionalmente, en el marco conceptual se definen algunos conceptos derivados de diferentes posturas desde la óptica de la psicología, la medicina, la psicología social, la antropología y la sociología. En el anexo 1 se presenta una descripción de algunos modelos y teorías que fueron estudiados cuidadosamente por el grupo y que aportaron insumos para la construcción de la propuesta.

En el último capítulo, se presenta la propuesta del modelo de comunicación educativa que hace parte del modelo de control de cáncer previamente elaborado por el Instituto. Esta propuesta considera que las acciones de educación en salud tienen un efecto limitado si no se articulan con las acciones políticas y comunitarias dentro del contexto de la cultura, fundamentada en la autonomía, el diálogo de saberes, la participación comunitaria, el empoderamiento y la emancipación. La educación en salud debe propender por el desarrollo de acciones de abogacía y presión social para la generación de nuevas políticas públicas que posibiliten la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la transformación de los espacios comunitarios. Esto significa que la educación en salud debe estar articulada igualmente con las estrategias de movilización social.

Dentro de los anexos, además de la descripción de las generaciones en educación para la salud, que incluye las diferentes teorías y modelos se hace una revisión sobre la educación en salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. En donde se presenta de manera general los componentes del Plan Obligatorio de Salud – POS- y del Plan de Atención Básica –PAB- y se hace un análisis de los alcances y los límites de la educación en salud en este contexto.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

1. MARCO CONCEPTUAL

La educación para la salud se introdujo en la medicina preventiva como un elemento para persuadir a las personas a adoptar estilos de vida y comportamientos saludables con el propósito de reducir costos sociales y económicos de los servicios de salud (7). En términos de expertos, “en intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad se espera que un sujeto o grupo humano modifique conocimientos, actitudes y prácticas negativas y adopte unas positivas, más favorables para su salud” (8). Partiendo de este término se consideró necesario, realizar una diferenciación de conceptos como los de comportamiento, conducta, prácticas y actitudes que en sus interpretaciones clásicas han estado más vinculadas al individuo y a la psicología y la ecología.

Posteriormente, y desde una perspectiva que contempla la enfermedad no sólo desde su carga biológica, individual y psicológica sino que analiza el proceso salud-enfermedad como un fenómeno social y cultural, se consideró necesario presentar conceptos como el de cultura, representaciones y hábitos, pues dentro de una lógica más general se busca que el modelo de educación en salud incluya, además, otras miradas desde la antropología y la sociología.

1.1 Educación para la salud

Hoy en día se acepta que la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas observadas en el siglo XX, no ha sido sólo consecuencia de la atención en salud sino que en parte se debe a “las medidas de salud pública, como una mejora de la calidad del nivel de vida” (9), y también puede atribuirse, a cambios sociales, sobre todo en el ámbito de la educación (6,10). Reconocer que el incremento de los niveles educativos de una población, como consecuencia de cambios sociales amplios, lleva concomitantemente a la reducción de ciertas enfermedades y cambios de comportamiento, permitió definir un campo separado de la educación como es el de educación para la salud –ES-.

El concepto de ‘educación sanitaria’, desarrollado por el modelo higienista en 1920, fue reemplazado por el de ‘educación para la salud’ como un concepto que debía ser holístico, multidisciplinario y positivo y debía tener en consideración el contexto social, económico, político y ambiental. Las conferencias mundiales como la Declaración de Alma Ata (11), la Carta de Ottawa (12) y Yakarta (13) reflejan los cambios discutidos respecto al concepto de promoción de la salud e identifican el papel esencial de la educación, como un logro en el mejoramiento de la salud a nivel mundial.

La racionalidad de la ES ha estado influida por diferentes enfoques, los cuales han sido sustentados por diversos autores. En 1997 Navarro (14) habla de estas orientaciones como generaciones; Juárez y Encinas en el 2003 (15) y Colomer y Álvarez-Dardet en el 2000 (16) se refieren a ellas como orientaciones. Cada uno de estos enfoques tiene puntos interesantes y otros que han sido motivo de discusión; principalmente se han visto diferenciados por el objetivo de las acciones y la metodología¹.

1 En el Anexo No. 1 se describe de manera más detallada las teorías, modelos y programas que se corresponden con las definiciones de ES de cada una de las generaciones.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

El primer enfoque, o primera generación en ES, ha sido de corte tradicional y positivista. Se centra en la concepción del proceso salud-enfermedad como “la constitución de realidades naturales, verificables y reproducibles que se pueden enunciar mediante leyes universales libres de valores” (14). En esta lógica de pensamiento, la educación se entiende como un proceso a través del cual se *transmite* el aprendizaje, donde la eficiencia y eficacia social son el fin deseable (modelo informacional). Los enfoques dentro de esta categoría, son programados e individualizados y son congruentes con los conceptos de salud manejados en este momento.

Una primera propuesta al concepto de ES, lo realizó la Organización Mundial para la Salud –OMS- en 1969, momento en que la definió como una acción ejercida sobre los individuos para modificar su comportamiento. La OMS consideró que las acciones en este campo pretenden hacer adquirir y conservar hábitos de vida sanos, enseñar a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios y conducir a la toma de decisiones autónomas, lo que implica la mejora de su estado de salud y de la salubridad del medio en el que viven (13, 16). Este mismo organismo, en 1986 a partir de la definición de Promoción de la Salud, la reconceptualiza como un instrumento que posibilita la promoción de la salud, al comprender las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluyendo la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (12). Definiciones como las propuestas por Modolo (17)², Sepelli (1966)³, Berthet (1983)⁴ y Castillo (1984)⁵ centradas en el individuo, hacen parte de esta orientación.

La segunda generación en ES sigue un esquema igualmente positivista centrado en la transmisión del conocimiento. Su enfoque está dirigido a dar una respuesta a la conducta humana mediante una *pedagogía de objetivos*; es decir, busca la modificación paulatina de algunos aspectos del estilo de vida de una persona, cuando el objetivo es la búsqueda de comportamientos saludables. La OMS modifica sus definiciones iniciales para abordarla no solamente como la transmisión de información, sino también como el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. En este sentido, la ES se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria (14). En esta segunda generación se ubican los modelos y propuestas conductistas y cognitivistas en donde el papel de la ES sigue siendo el de la autoridad. Aquí se encuentran diferentes definiciones como la de Green y

² Modolo considera que la ES debe contemplarse en el sistema de valores, con el objeto que este campo ayude a los individuos y/o grupos a adquirir conocimientos, sobre los problemas de salud y sobre los comportamientos útiles, para alcanzar el objetivo de salud.

³ A. Sepelli define la ES como un proceso educativo que tiende a responsabilizar a los individuos y/o grupos, en la defensa de la salud propia y la de los otros, todo contenido dentro de una definición de salud que se considera como una condición de equilibrio armónico funcional, físico y psíquico del individuo, dinámicamente integrado en su ambiente natural y social (17).

⁴ Su enfoque se centra en desarrollar el sentido de la responsabilidad individual y colectiva puesto que las enfermedades y accidentes suelen producirse por ignorancia, negligencia y otros factores completa o parcialmente evitables y controlables (16).

⁵ Para Castillo (1984) la ES es una acción ejercida sobre un individuo o sobre un grupo que debe contribuir a despertar en cada uno un sentimiento de responsabilidad sobre su propia salud y sobre la de los demás, a partir de una toma de conciencia crítica de la realidad, de las características de la inserción en el mundo natural y humano, de las relaciones con los seres y las cosas, de los derechos y deberes (16).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Morton en 1988 (16) que afirma que la función de la ES no es sólo proveer información sobre hábitos sanos o sobre la enfermedad, sino que tiene que ser una actividad que suponga el aprendizaje y que aborde los conocimientos, las actitudes y las habilidades dirigidas a facilitar cambios en las conductas, tanto individuales como colectivas, para conseguir determinadas metas en salud. Igualmente se ubican aquí otras grandes figuras como Bandura (18,19), Rosentock (20, 21, 22) y Green (23). Otros autores encontrados son: Gilbert⁶ (1989), Barrios y Benoit,⁷ (1990) y Trefor Willians⁸, entre otros.

Dentro de la segunda generación son comunes conceptos como los de conocimientos, actitudes y prácticas. De acuerdo con la revisión realizada por Cabrera (30) los conocimientos son productos cognitivos de cada persona mediados, entre otros, por la percepción, la información, la experiencia y el raciocinio; en términos generales, permiten respaldar emocionalmente sus actitudes y justificar sus prácticas individuales y colectivas. Las actitudes se entienden como formas de motivación social que predispone la acción de un individuo y se caracterizan por estar cargadas de emociones. Las actitudes expresan el conjunto de creencias⁹ y tienen una fuerte carga valorativa sobre algo o alguien, razón por la que una persona sin un concepto, un conocimiento o una creencia sobre algo, no puede tener una actitud sobre ese mismo algo. Las prácticas son el producto de la interacción de múltiples aspectos como los políticos, los sociales, los económicos y los ambientales, los cuales afectan el comportamiento de la gente (3).

La tercera generación en educación en salud se centra en la comprensión de los fenómenos contenidos en la experiencia de la vida humana. En este punto, se establece una ruptura con el paradigma positivista de las generaciones anteriores, pues se pasa de un enfoque individual a uno esencialmente colectivo, centrado en la interacción humana. De la búsqueda sistemática de las regularidades se pasa a la observación de las rupturas y las discontinuidades, y de la imposición de una información se pasa a la conciliación y emancipación a través de un diálogo activo y continuo. La educación se convierte en un espacio simbólico caracterizado por la interacción significativa donde el conocimiento se construye a partir del consenso y de la ubicación socio histórico del problema: un proceso orientado a conseguir un cambio social que mejore las condiciones de vida de las personas, desde todos los sectores implicados. Los esfuerzos educativos deben dirigirse a concientizar a las personas (no sólo a la comunidad sino también a los funcionarios de

6 Gilbert la ubica como el conjunto de experiencias y de situaciones que en la vida de un individuo, de un grupo o de una comunidad, pueden modificar sus creencias, su actitud y su comportamiento acerca de un problema de salud. Siendo la ES un fenómeno maleable y dinámico, donde lo más importante es dirigir las acciones a partir del mismo conocimiento que se genera en el núcleo de una sociedad (24).

7 Barrios y Benoit, dentro de un paradigma conductual, le asignan el objetivo de desarrollar iniciativas personales en busca de una adaptación del ser humano a diferentes etapas de la vida, adoptando un comportamiento que le permita subsistir en su entorno, actuar sobre éste para hacerlo más favorable y participar de forma responsable en el desarrollo de la comunidad en la que vive. Dentro del pensamiento de este autor, es una ayuda individual o grupal, para mejorar el nivel de salud física, psicológica y social, por la acción propia y por los esfuerzos individuales (24).

8 Según Trefor Willians, la ES se define como las experiencias planificadas, tanto formal como informalmente, que contribuyen al establecimiento de conocimientos, actitudes y valores y que ayudan al individuo a hacer su elección y a tomar decisiones adecuadas a su salud y bienestar (25).

⁹ Las creencias se conocen como convicciones explícitas o no, mediadas emocionalmente por sentimientos o por la información y las vivencias que las personas o grupos de personas tienen sobre objetos o fenómenos, cuyas condiciones o características son consideradas como reales o ciertas, “en términos generales expresan lo que la gente piensa sobre algo” (30). En este contexto, los conocimientos resultan ser más objetivos al tener bases en el saber popular y científico, mientras que las creencias tienen una carga individual y subjetiva más definida, centrada en consideraciones más particulares de la gente y su grupo social.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

salud) sobre las necesidades de transformar dicha realidad (7). De esta forma la educación y comunicación en –para la- salud se definen como procesos de diálogo privado y público, a través de los cuales las personas y los grupos deciden quiénes son, qué quieren y cómo pueden obtenerlo. El principio base de este enfoque es que considera que las actividades de ES deben ser encaminadas a reducir las desigualdades sociales de la sociedad civil y el Estado.

Cuadro No. 1. Estructura racional en educación para la salud

	PRIMERA GENERACIÓN	SEGUNDA GENERACIÓN	TERCERA GENERACIÓN
PARADIGMA	Positivista	Positivista	Crítico
OBJETO DEL CONOCIMIENTO	Objetivo	Objetivo	Dialéctico
FIN	Leyes universales	Leyes universales	Emancipatorio
TEORÍA DEL APRENDIZAJE	Transmisión del conocimiento	Transmisión del conocimiento	Internacionalismo social
ENFOQUE	Bancario-educativo	Conductista	Investigación acción participativa
AUTORES	OMS, Sapelli, Castillo, Berthet	G. Hochbaum, Rosenstock, Fishbein, Ajzen, Bandura, Rotter, Ellis, Cattell, Mischel, Mineka, Green	Freire, Lawrence Green y Marshall Kreuter, Freudenberg, Modole, Wouri, Tones.
TEORÍAS, MODELOS Y PROGRAMAS	Teoría de la Difusión de Innovaciones. Modelo Racional. Modelo médico	Teoría acción Razonada. Creencias en Salud. Modelo de campo. Modelo Precede. Modelo de Organización. Teoría Social Cognoscitiva Teoría del Aprendizaje Social Estrategia combi	Modelo Precede-Precede Modelo de Co-orientación Mónica Cindi Carmen Municipio saludable Habilidades para la vida (Modelo de resistencia a la influencia social)
PAPEL DE LA COMUNIDAD Papel de la educación para la salud	Cliente Autoridad	Cliente y contexto Autoridad	Organizadora de proyectos participativos de grupo en la comunidad

Fuente: Adaptado de Navarro, V. Marset, P. Gili, M. Salud Pública. Interamericana. 1997.

Dentro de la actual visión, la ES está enfocada desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, en el cual la población adquiere una responsabilidad en su aprendizaje. De esta manera el aprendizaje no está centrado únicamente en el saber, sino en el saber, el saber hacer y el saber ser (25,26) -Modelo de Competencias Ciudadanas. Ministerio de Educación Nacional-. Los conceptos desarrollados en la tercera generación asumen una definición holística que incluye la idea de promover el empoderamiento individual y colectivo, propiciar diálogos y concertaciones entre las instituciones y el Estado. De acuerdo con estos autores la ES debe tener como fin abogar por políticas públicas favorables a la salud, desarrollar intervenciones de comunicación en busca de condiciones, ambientes y comportamientos favorables y analizar una amplia gama de información a partir de las experiencias y de la vida social (27).

En 1992, la Reunión Nacional de Autoridades de Educación para la Salud (28), asume que la ES ante todo es un proceso de enseñanza-aprendizaje, esencialmente interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo. Basado en la ciencia, la técnica y

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

el respeto al ser humano, actúa fundamentalmente en el contexto de la atención primaria y de los sistemas locales de salud, sobre factores tanto personales como sociales, con el propósito de elevar el nivel de la salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades mediante el logro de actitudes y conductas positivas, conscientes, responsables y solidarias (29).

De acuerdo con lo expuesto, para este modelo se considera que la ES debe evaluar los aportes de las tres generaciones. Es indiscutible que el simple suministro de información tiene grandes limitaciones para cambiar comportamientos, pero la información es el elemento esencial de la comunicación educativa. Las teorías y los modelos son útiles de acuerdo con las situaciones y necesidades de los contextos. Por ejemplo, dado los grandes vacíos de información aún existentes entre la población colombiana, la información que se suministra en los servicios de salud debe poder superar las limitaciones que tiene el modelo de la primera generación para proponer verdaderos espacios para la comunicación como se expondrá en la propuesta del presente documento. Por otra parte, consideramos que en los contextos en donde la comunidad ha manifestado explícitamente que quiera cambiar sus comportamientos, el modelo cognitivo puede aportar elementos para lograr con éxito los objetivos definidos. Tal es el caso del uso del modelo transteórico para intervenciones con fumadores(29^a). Finalmente, los modelos de tercera generación pueden ser los más útiles cuando los individuos y las poblaciones no están muy conscientes de la necesidad del cambio o cuando las políticas y otras situaciones del contexto se ponen como grandes barreras para lograr cambios de comportamiento (3, 5, 30, 30a).

En el contexto colombiano es común encontrar situaciones en donde el uso de intervenciones basadas en modelos cognitivos no tienen mucho sentido pues en estos lugares sería más adecuado actuar sobre los determinantes de la salud-enfermedad. Será entonces necesario el conocimiento de las realidades de los grupos humanos; es allí donde los modelos de tercera generación permitirán abordar el problema ante situaciones tan complejas como los migratorios, los procesos de aculturación y exclusión social que implican reconocer múltiples verdades y asumir un proceso de educación en salud, lo suficientemente eficiente y eficaz como para poder modificar no sólo los comportamientos sino los verdaderos determinantes de la enfermedad.

Nuestra propuesta implica una pedagogía que promueva el respeto a la persona, los pueblos y sus culturas, superando el etnocentrismo y contribuyendo de forma cooperativa al proceso de construcción social. Las pedagogías tendrán que estar centradas en el reconocimiento y movilización de las emociones, de los universos simbólicos, de las dinámicas sociales y de las subjetividades para que se pueda llegar a construcciones conceptuales y éticas más sólidas.

1.2 Comunicación en salud

Dentro del marco de la ES la comunicación social, el mercadeo social, las relaciones públicas y comunitarias adquieren un lugar destacado como estrategias de la comunicación para el desarrollo. Es entonces cuando se comienza a hablar de comunicación para el cambio social, siendo parte de una evolución ética, política, conceptual y metodológica de la comunicación. En el primer cuarto del siglo XX empezaron a utilizarse herramientas de la publicidad para llamar la atención hacia

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

problemas sociales, tales como el hambre y las enfermedades (se conocen evidencias en el uso de afiches durante las plagas europeas de la Edad Media). Esto generó una dependencia de los medios masivos de comunicación para identificar los grupos de interés y fue necesario diseñar programas que se ajustaran a los intereses de la audiencia. Recientemente, el desarrollo del mercadeo social ha sido importante, al ser desarrolladas técnicas sofisticadas de mercadeo y publicidad para influenciar el comportamiento, tanto individual como social -por ejemplo, convencer a las parejas en los países pobres de la necesidad de usar anticonceptivos- si bien la fuerza principal del mercadeo social no son los comportamientos sino los conocimientos. El siguiente paso fue la introducción de la comunicación para el desarrollo y la comunicación estratégica. Esta última considera que la comunicación es un proceso, más que una serie de productos como se venía considerando dentro de esta lógica (29,31).

En este sentido la comunicación ha abandonado el modelo informacional y se ha alimentado de diversas escuelas (todo es comunicación, semiología, marxismo, socionconstructivismo, humanismo) para acercarse hoy a ser entendida como un proceso individual y social, fundamentalmente humano, en el que se pone en común sobre la mesa ideas, pensamientos, ideologías, emociones, sentimientos, historias, necesidades, exigencias... y a través del cual se posibilita la construcción colectiva de sentido. Se incluye la transmisión de información, los procesos de recepción, la acción dialógica, la cultura como universo comunicacional (sentido), la mediación entre esferas de poder, etc. (24) (32).

Este proceso se ha consolidado dentro de una evolución de la comprensión del término. En la década de los ochenta, cuando este concepto comenzó a circular dentro del ámbito de la salud, se consideró en un medio pasivo de comunicación, que tenía como objetivo impartir un conocimiento. Las acciones se centraban en la difusión de mensajes en los medios masivos de comunicación. Hacia 1989, las acciones se dirigieron a contribuir en el campo de la salud pública (31). En este momento no se habla de comunicación en salud sino de capacitación, concepto que se centra en el apoyo a la autoayuda, los autocuidados, las redes sociales y el reforzamiento comunitario. La declaración de la Carta de Ottawa fue el precedente principal para que en la década de los noventa se incorporara como un área técnica para el cambio social (25). En la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana en 1990 (31), esta estrategia hizo hincapié en posicionar la comunicación en salud como una *disciplina* social para la formación básica de las personas, familias y comunidades. Posteriormente, entre 1995 y 1998, se consideró como una herramienta importante para generar un *cambio* de actitudes y de prácticas en las personas y los grupos, al ser considerado como un espacio generador de conductas y comportamientos (24).

Este último aspecto posicionó a la comunicación dentro del campo de la salud como: primero, una herramienta activa de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que genera determinadas actividades; segundo, como un instrumento social que promueve el cambio de comportamientos y actitudes, al cumplir un rol fundamental para que las personas mejoren sus conductas de salud; y tercero, como un proceso social, que busca la presencia y participación individual y colectiva desde una práctica consciente basada en el ejercicio de la ciudadanía de construir conjuntamente ambientes saludables (25).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Actualmente la OMS plantea que este concepto “abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud” (24). Este término se debe incluir dentro de las acciones de la prevención de la enfermedad, como una acción que permite a un grupo social el empoderamiento de su propio proceso de enfermedad y a ser el principal actor en la búsqueda de una recuperación o en el centro de las patologías que se gestan en el seno de una comunidad.

Para efectos del presente proyecto, consideramos que abordar el tema de la ES implica entonces hablar de comunicación. Estos dos conceptos son inseparables. Esta relación permite acercarse a tres ámbitos: *educación para la recepción, comunicación en la educación y educación y nuevas tecnologías* (33). El primero se deriva de la concepción tradicional de comunicación (emisor-mensaje-receptor) hasta llegar a ubicar una capacidad explicativa y educativa donde se expone la construcción del sujeto inmerso en su contexto (33). El segundo, basado en “la interacción de los actores del proceso enseñanza-aprendizaje” (33) y el tercer ámbito, presenta varios avances en la reflexión general “sobre el lugar de las tecnologías en la cultura, el devenir de las sociedades y el impacto en la educación y los procesos cognitivos” (34).

La educación y la comunicación son además, elementos de la cultura. Están influidas por determinantes sociales, moldeadas por la historia, el contexto y la interacción que se da dentro de la dinámica de un grupo (10). En este sentido la comunicación es, ante todo, un espacio emergente de construcción que busca otorgar poder (empoderar) a la comunidad, en un proceso horizontal, cuyo fin es dar voz a todos los sectores de una comunidad (31).

Dentro de este contexto emergen estrategias como *información-educación-comunicación –IEC-*, comunicación educativa o la educación para la liberación como espacios de aprendizaje y posibles espacios de modificación de contextos, conductas y comportamientos influyentes en el estado de bienestar del ser humano, en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Hay dos modos de entender y asumir esta tripleta: el vertical y unidireccional, y el que considera a la persona que aprende parte de un proceso en el que se aprende de y con los otros. En el primer caso, el uso de los medios reproducirá la unidireccionalidad, acriticidad y la imposibilidad de una relación dialógica. En el segundo, ese uso se hará en un espacio cuyos protagonistas son verdaderos interlocutores, como espacios de interacción y cooperación colectiva.

Al llevar este concepto al campo de la salud, se entiende, entonces, que sus acciones implican la generación de pactos y encuentros entre grupos sociales y entre instancias de poder y sectores populares, el análisis y preparación contextual de los mensajes de los medios masivos de comunicación, el fortalecimiento de capacidades expresivas y comunicativas en las personas, el conocimiento profundo de los lenguajes, estéticas, saberes y emociones de los sujetos con los que se interactúa, el reconocimiento de los otros (usuarios, adolescentes, niñas, campesinos) como actores válidos en el diálogo, la interpretación de discursos dominantes sobre temas de salud, la mediación de las culturas locales con las políticas nacionales (que implica el uso de estrategias de empoderamiento y movilización social) y, por supuesto, una serie de estrategias informativas que aumenten el nivel de conocimientos, tanto de los usuarios como de los servicios mismos.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

La ES en el ámbito de la comunicación se consolida en un espacio de participación activa de los seres humanos, en un proceso activo de construcción y de re-creación del conocimiento y de experiencia de sentido. Para esta concepción, todo aprendizaje es un producto social, el resultado de un aprender de los otros y con los otros. Esta es una estrategia donde el individuo se inserta e involucra en una múltiple red social de interacciones, que va a derivar en prácticas comunicativas, cognitivas y comportamentales, que van a resultar en un determinado accionar, conforme al entramado social en el que el individuo se encuentre inserto (31).

De esta forma se hace evidente que la comunicación, juega un papel más determinante en facilitarle a la gente la toma de control de sus propias vidas y hacer una mayor contribución a que sea posible para los ciudadanos y las comunidades establecer sus propias agendas en relación con el desarrollo político, económico y social. La última meta de esta estrategia es lograr que los individuos se apoderen de su proceso salud-enfermedad y lo aborden desde una conciencia clara de la prevención y los derechos humanos.

1.3 La cultura y las representaciones sociales

La reflexión sobre los modelos de tercera generación ha implicado la revisión de conceptos que puedan ser incorporados dentro de la propuesta que nos ocupa. Dado que la prevención del cáncer implica irrumpir en los diferentes aspectos de la vida, de la realidad de los sujetos y de los grupos humanos en sus diferentes momentos del ciclo vital, resultó necesario reconocer como concepto central el de la cultura. La cultura puede considerarse como ese telón de fondo, el tejido sobre el cual se articulan los saberes y las prácticas de los grupos humanos. En la cultura se definen los sistemas de valores y otras complejas dimensiones como son el sentido de pertenencia y de identidad.

Dentro de la diversidad de definiciones y de aproximaciones al término cultura¹⁰, este documento se centrará en las propuestas por Clifford Geertz y Raymond Williams, las cuales convergen en un enfoque semiótico. A través de este enfoque se pueden entender los códigos de construcción de la vida cotidiana y la forma como se producen intercambios y negociaciones. La significación, es entonces entendida como el punto desde donde se desprende la realidad. Clifford Geertz parte de la idea que el hombre “es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido” donde la “cultura es esa urdimbre y el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (35).

Dentro de esta perspectiva "la cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta –costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos- sino como planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones (lo que los ingenieros de computación llaman ‘programas’)- que gobiernan la conducta" (35,36)

10 Las nociones de cultura parten de diferentes enfoques que involucran este término en múltiples aspectos. Algunos se centran en la producción material, otros en la expresión a través del arte, en las relaciones simbólicas o en la interacción humana. Todas las perspectivas comparten en su estudio elementos que matizan e insisten en rasgos específicos, sin embargo, se considera que la cultura hace parte del todo social.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Por otro lado, Raymond Williams considera a la cultura como una creación individual y colectiva de significados, de valores —morales y estéticos—, de concepciones del mundo, de modos de sentir y de actuar, inmersa en un lenguaje —en un idioma—, enmarcada en instituciones sociales concretas y condicionada por unas circunstancias materiales determinadas (37). En esta forma de entender la cultura, se definen dos áreas de análisis: en primer lugar, las relaciones entre los medios materiales y las formas sociales en las que se utilizan y, en segundo lugar, las relaciones entre estas y la expresión del ser humano (38).

Estos conceptos permiten evidenciar, en un proceso de producción y reproducción, cómo los individuos y las colectividades ven y entienden el mundo, cómo se dan manifestaciones humanas y cómo son los procesos simbólicos y valorativos (39). Todos estos acontecimientos tienen lugar en la vida cotidiana, que es donde se hacen concretos los fenómenos culturales y contextuales (40).

El mundo de la vida cotidiana¹¹ es aquel que se da por establecido como realidad, el sentido común que lo constituye se presenta como la "realidad por excelencia", logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de los individuos, en tanto que se presenta a estos como una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada. La realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales un sujeto comparte con los otros y al mismo tiempo experimenta a los otros. Es una realidad que se expresa como un mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que es "común a muchos hombres" (42). El mundo de la vida es el lugar donde se inician los procesos educativos y donde se pueden ejecutar acciones transformadoras, porque en su seno se dan las prácticas sociales, las relaciones sociales y las relaciones de saber, poder y conocimiento (43).

Cuando dentro del mundo de la vida cotidiana de los individuos y grupos humanos se introduce un concepto o se impone la realización de una práctica que suena "extraña a la comunidad", estos hechos generan una forma de conocimiento que se conoce bajo el término de representaciones sociales¹², que son construcciones mentales y simbólicas producto de las interacciones sociales. Las representaciones sociales posibilitan la

11 Para G.H. Mead la sociedad humana tal como la conocemos no podría existir sin las mentes y los seres (41), las mentes racionales y seres conscientes emergen solamente en sociedad por ser el producto de la interacción social y especialmente de la comunicación simbólica por medio del lenguaje. En este sentido, la cultura de todo grupo social está constituida de su mundo de objetos significativos y la mente de cada persona está constituida de su mundo propio de objetos significativos. Sobre estos mismos fundamentos del interaccionismo simbólico, la fenomenología desarrolla el concepto de mundo de la vida, inicialmente acuñado por Edmund Husserl y profundizado luego por Albert Schütz y Jürgen Habermas. Las experiencias directas de los individuos tienen lugar en y a propósito de su "mundo de la vida", éste se define inicialmente como "el conjunto de las experiencias cotidianas y de las orientaciones y acciones por medio de las cuales los individuos persiguen sus intereses y asuntos, manipulando objetos, tratando con personas, concibiendo planes y llevándolos a cabo" (43).

12 El concepto de representación social, surge de la noción *durkheimiana* de representación colectiva. Su elaboración conceptual y formulación teórica es relativamente reciente y se debe a Serge Moscovici (1961). Al estudiar este concepto vale la pena retomar otros conceptos como: el de "ideología" de Marx, de "coacción social" y de "representaciones colectivas" de Durkheim y el de "sentido mentado de la acción" de Weber.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

comunicación entre los miembros de una comunidad, pues tienen la finalidad de transformar lo desconocido en algo familiar ya que suministran códigos para el intercambio social y para nombrar y clasificar elementos dentro del mundo y de su historia individual y grupal (45,46).

Para el caso del control del cáncer, tener en cuenta las representaciones sociales permite comprender las posibilidades de “anclaje” que puede tener una nueva propuesta científica dentro del mundo cotidiano de los individuos y los grupos. La difusión de un conocimiento científico, como el hecho de que las mujeres con cáncer de cuello uterino fueron infectadas por un virus de transmisión sexual, puede generar una red de símbolos sancionatorios cuyo significado no es neutro, ni adecuado en términos sociales puesto que culpabiliza a las víctimas. Así mismo, permiten acceder a la interpretación de lo social, como lugares de lectura y codificación/decodificación de los mensajes científicos socialmente relevantes y permiten configurar/deformar la plausibilidad de estos mensajes en los diferentes ámbitos sociales (44).

Acceder a la realidad de la vida cotidiana a través de las representaciones sociales permite ver cómo procesos individuales y colectivos tienen repercusión en los procesos interaccionales y contextuales de carácter social. Al aproximarse a eventos educativos y comunicativos se establecen las pautas para la negociación cultural presente en esta construcción. En este punto, se evidencia que todas las acciones humanas se materializan en prácticas sociales, las cuales implican la existencia de reglas y condiciones materiales en las que el sujeto elabora su discurso. Desde ahí se pueden despejar los posicionamientos del sujeto.

La integración del conocimiento de las representaciones sociales y del imaginario social que una comunidad elabore sobre un fenómeno, da la posibilidad de tener consistencia sobre la manera como se afrontan los hechos, además permite legitimar la creación y la proyección del conocimiento. A través de estas entidades se puede llegar a la comprensión del sistema social, a evidenciar la construcción que hacen los sujetos de la experiencia, a partir de la existencia de una red de símbolos sancionados cuyo vínculo no es forzado, neutro, ni totalmente adecuado. La sociedad constituye su orden simbólico que no siempre es idéntico al que traza cada individuo, porque no se puede estar libre de la historia y de la cultura (47).

Conviene mencionar que la noción de representación ha sido relativamente aceptada para explicar el proceso mediante el cual los sujetos *interpretan* el mundo externo que está dado de antemano. La interpretación es “la actividad circular que eslabona la acción y el conocimiento”. Sin embargo, existe otro término aún más radical que emergió de la fenomenología, como es el de *enacción* (74 a). Con este término se asume que el mundo externo no está delimitado de antemano sino que se define y cobra sentido en cada momento de la vida, en un proceso en donde el sujeto y objeto se determinan el uno al otro y surgen simultáneamente. Sin entrar a discutir las implicaciones que tiene una u otra posición ambos términos, el de representación y el *enacción*, sostienen que el conocimiento se relaciona con el hecho de estar en un mundo que resulta inseparable del cuerpo, del lenguaje y la historia social.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

1.4 Habitus y trayectorias de riesgo para cáncer

Por prácticas sociales se entiende la existencia de reglas y condiciones materiales en las que el sujeto elabora su discurso y no la actividad de un sujeto. Es decir, la manera como se reacciona dentro de una lógica cultural a un evento de un grupo. Estos actos adquiridos por la experiencia y realizados regular y automáticamente, hacen parte del habitus de acuerdo a Bourdieu (1992) (39). Dentro de este concepto se incluyen aspectos del actuar humano que van desde los gestos o la forma de mover las manos al hablar, hasta las preferencias en las lecturas, pasando por la satisfacción de las ansias personales, como en el hábito de fumar o de comer en exceso. De esta manera, el habitus es un esquema básico de percepción y pensamiento que se configura a través de la interiorización del mundo social. Este esquema, aprendido en general de manera no consciente, va organizando la visión particular del mundo (48). Será a partir del habitus que los sujetos producirán sus prácticas. A partir de la interiorización de las estructuras en las que el individuo ha sido educado, es que produce y reproduce sus pensamientos y sus acciones, y con ellos formará un conjunto de esquemas prácticos de percepción a partir de los cuales se generarán las "elecciones" de los agentes sociales: (división del mundo en categorías), de apreciación (distinción entre lo bello y lo feo, lo adecuado y lo inadecuado, lo que vale la pena y lo que no) y de evaluación (distinción entre lo bueno y lo malo). De esta manera, ni los sujetos son libres en sus elecciones, el habitus -es el principio no elegido de todas las elecciones-, ni están simplemente determinados.

De esta manera, para explicar las prácticas de los agentes sociales, no basta con remitirlas a su situación presente: el habitus reintroduce la dimensión histórica en el análisis de la acción de los agentes mediante esta estructura generativa que asegura la actuación del pasado en el presente (36). La relevancia del concepto para aplicarlo al tema del cáncer consiste, en primer lugar, en que los habitus se incorporan, más allá de la consciencia y suponen la interiorización de esquemas cognitivos, perceptivos, apreciativos y evaluativos del grupo social en el que el sujeto es educado; es decir, que el sujeto reproduce esquemas y valores, de una manera involuntaria e inconsciente y expresa de manera directa la división del trabajo y jerarquías entre las clases, las diferencias generacionales, los sexos y las diferentes formas de poder. En segundo lugar, porque reintroduce un elemento fundamental en la comprensión de las dinámicas bio-sociales propias de las enfermedades crónicas: la temporalidad. Los sujetos producen prácticas en el tiempo, el habitus permite que los sujetos produzcan o no respuestas adecuadas de acuerdo con la situación. En tercer lugar, los habitus son producto de una "clase determinada de regularidades objetivas" propias del sentido común (36). Entonces para explicar las prácticas de los agentes y los actores sociales, no basta con remitirlas a su situación presente: el habitus produce prácticas conformes a los esquemas engendrados por la historia y asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, tienden a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia en el tiempo (48).

Las prácticas que se consideran factores de riesgo para cáncer son: el consumo de tabaco y alcohol, el bajo consumo de frutas y verduras en la dieta, la exposición prolongada a radiaciones ultravioleta y los comportamientos sexuales de riesgo. La casualidad del cáncer ha sido explicada como la sumatoria de factores de riesgo, cada uno con un peso relativo al que puede asignársele una fracción en la probabilidad de ocurrencia del evento. En relación con lo anterior, una de las grandes dificultades en la prevención del cáncer es el hecho que los agentes químicos, biológicos o físicos varían

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

enormemente sus potenciales carcinogénicos en relación con diversas variables, como son el tiempo e intensidad de la exposición, las condiciones ambientales en la que esta tiene lugar, y de manera especial, depende de las características biológicas de cada individuo particular.

Teniendo en cuenta que el cáncer no es el resultado de un factor exógeno o endógeno único, ni tampoco de eventos moleculares mutacionales aislados, sino que es el reflejo de múltiples exposiciones durante la vida de una persona y de reacción a diferentes estímulos, proponemos que dentro de un modelo de control de cáncer se reemplace el término de factores de riesgo, por el de trayectorias de riesgo, que abarca la dimensión temporal y que permite ligarlo a las prácticas sociales, entendidas desde el concepto de habitus explicando su reproducción social.

Reconocer trayectorias de riesgo para el cáncer implica conocer, por un lado, la lógica social que fundamenta diferentes comportamientos y por el otro, la cultura que nos remite a mirar el telón de fondo de estos. Es decir, a entender la manera como las personas tienen distintos modos de actuar en el mundo cotidiano, distintas estrategias para solucionar sus problemas para la vida y que están en relación con su salud y con la organización social en la que se está inmerso. Igualmente, las trayectorias hablarían de las formas de relacionarse con las diferentes expresiones del poder, como puede ser la influencia de las multinacionales por el consumo de sustancias no saludables, las formas de comunicar y de interiorizar nuevos conocimientos para la generación de nuevas prácticas.

El término de trayectorias de riesgo permitirá partir del reconocimiento del habitus social para evaluar en el tiempo la exposición acumulativa a diversos factores (de riesgo o protección del cáncer) en los diferentes contextos culturales y sociales propios de los países desarrollados o subdesarrollados o de estilos de vida caracterizados por la coexistencia permanente de rasgos propios de la modernidad y de la pre-modernidad (como las situaciones descritas en países en transición epidemiológica). En este sentido las trayectorias de riesgo implican una consideración de acuerdo con el habitus y el contexto en que se suceden. Adicionalmente, el abordaje implica centrarse no en factores aislados sino en los sujetos con sus procesos de rupturas, reintegraciones y reapropiaciones de significados acerca del mundo de la vida cotidiana. Finalmente, dado que el cáncer es en general una enfermedad silenciosa y, en muchos casos, para lograr su curación, es necesario realizar un diagnóstico temprano o precoz que implica la realización de intervenciones sobre la población sana o asintomática, las trayectorias de riesgo permitirán a los sujetos ser más conscientes de la necesidad de mantener los esquemas de tamizaje en el tiempo. En resumen, las trayectorias de riesgo, así como el concepto de habitus, obligan a tener una mirada socio histórica del problema y a la necesidad de intervenciones a lo largo del tiempo y con la participación de los sujetos.

A diferencia de las enfermedades agudas, en la prevención del cáncer resulta difícil, sino imposible, remover de manera aislada los factores de riesgo, puesto que se trata en la mayoría de los casos de estilos de vida y prácticas culturales -las preferencias en la dieta, las conductas sexuales o el consumo de cigarrillo- o prácticas laborales de gran importancia económicas -como la manipulación de sustancias químicas en la industria-. En este sentido, el uso del término *trayectorias de riesgo* implica un abordaje histórico de la enfermedad porque es precisamente la historia de las enfermedades la que permite mostrar, como dice Gracia "éstas surgen, en su inmensa mayoría, en el proceso de

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

transformación o manipulación por parte del hombre de la naturaleza, es decir, en el intento de convertir los recursos naturales en posibilidades de vida” (48a).

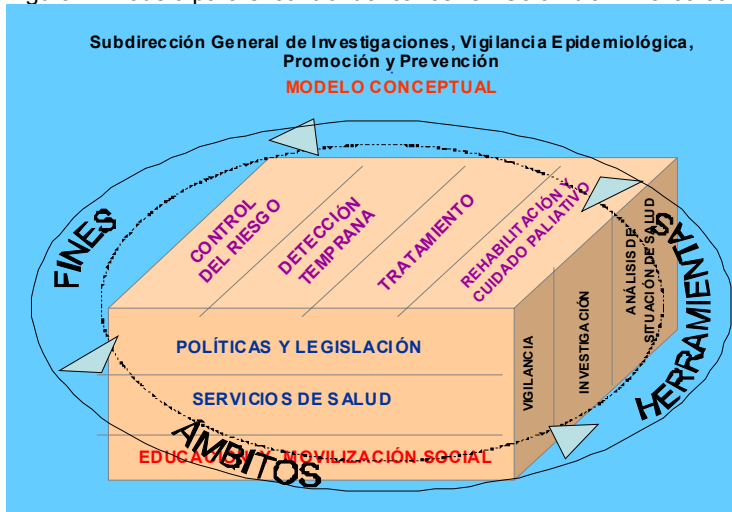
De este modo, la generación de una conciencia, individual y colectiva acerca de las trayectorias de riesgo se convierte en el elemento central del componente de educación dentro de un modelo de control del cáncer, pues implica la generación de acciones, individuales, pero idealmente colectivas, coyunturales, pero idealmente estructurales, para favorecer ambientes de protección, disminución de situaciones de riesgo y generación continua de estrategias y condiciones que promuevan la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer.

2. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

El Instituto Nacional de Cancerología ha propuesto un **Modelo para el control del cáncer en Colombia**, que emerge a partir de la revisión de diferentes “marcos conceptuales para la planificación y la toma de decisiones relativas al control del cáncer, lideradas por entidades gubernamentales, algunas organizaciones no gubernamentales y organismos multilaterales” (6). A través de la revisión de diferentes propuestas se identificaron elementos comunes centrados en el control del cáncer y contextualizados para la realidad colombiana, donde se busca un modelo de intervención basado en evidencia científica y en el análisis de la capacidad institucional.

Este **Modelo** (Figura 1) tiene tres ejes* que interactúan de forma sinérgica y dependiente: los ámbitos, las estrategias y los fines. Los ámbitos son los espacios en donde se realizan las acciones: las políticas públicas, los espacios comunitarios y los servicios de salud. Las estrategias son procesos multidireccionales que dirigen y aseguran las acciones y la toma de decisiones; estas son: el desarrollo de la investigación, la vigilancia y el análisis de situación de salud. Los fines se entienden como los focos sobre los cuales se dirigen y se encaminan las acciones o las operaciones: control del riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo dentro de un proceso continuo de doble dirección.

Figura 1. Modelo para el control del cáncer en Colombia – Marco conceptual

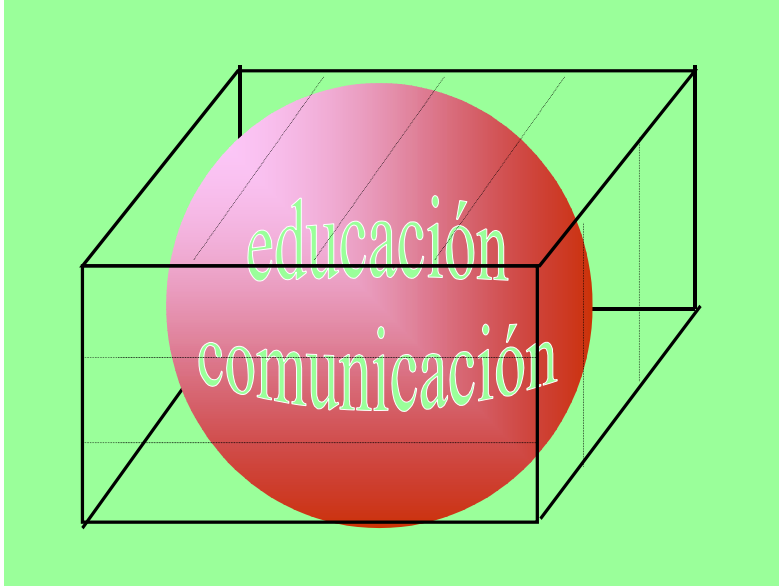


* Para nosotros más que ejes son dimensiones. El eje es la educación.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Dentro de esta lógica, el componente de educación y comunicación para la prevención del cáncer es un elemento que, implícito en los tres ejes, funciona como sustento nuclear de las acciones y potencialidades del modelo general (Figura 2).

Figura 2. La educación y la comunicación como núcleo de la acción.



2.1 Principios y fundamentos pedagógicos¹³

Una vez definido el marco conceptual, se derivan una serie de lineamientos y luces que van orientando esta propuesta. Es vital primero definir los principios que serán el fundamento de la acción pedagógica que se desarrolle posteriormente. Estos principios están, además, diseminados en la totalidad del texto, emergen de acuerdo a los temas y los contextos que la propuesta vaya desarrollando. Tener claridad en los enfoques, en los grandes propósitos de acción posibilita que la definición de estrategias no se convierta en una operación mecánica y sin sentido, sino en la derivación consecuente de los objetivos superiores. Se presenta una breve descripción y reflexión de cada principio:

1. Esta propuesta de educación y comunicación, así como sus estrategias y acciones, deberá velar por el respeto, protección y promoción de los Derechos Humanos (50).

La salud se entiende como un derecho humano fundamental, ya que es un condicionante directo para el derecho a la Vida, la Dignidad, la Libertad y la Igualdad¹⁴. Al mismo tiempo, el respeto de estos cuatro derechos fundamentales se convierte en un camino para la ascensión a mejores niveles de salud y de bienestar. Al tener estos derechos como un bien superior de las personas y de la especie, se tienen que replantear las prioridades de los servicios y del liderazgo individual y comunitario. Así que se pasa, de velar por la

13 Norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Cada una de las primeras proposiciones o verdades fundamentales por donde se empiezan a estudiar las ciencias o las artes.

14 Sobre todo teniendo en cuenta el principio de indivisibilidad e interdependencia de los Derechos Humanos.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

ausencia de una enfermedad particular, a promover condiciones de vida lo más altas posibles para todas las personas -así sea desde un modelo específico para el control de cáncer-. Así mismo, se reconoce que los espacios de atención y promoción de la salud son potenciales laboratorios para entablar nuevas formas de relación y de convivencia que dignifiquen a las personas. La libertad tiene una posibilidad de desarrollo en este marco (se tienen o no relaciones sexuales, cómo, con quién, cuándo, cuántas, se fuma o no, etc.) ya que para su ejercicio se requiere inevitablemente del intercambio de saberes, el acceso a la información sobre causas y consecuencias positivas y negativas, y el acompañamiento y el respeto crítico por las decisiones de cada persona.

El ejercicio y promoción de los Derechos Humanos, en este marco, implica la emergencia de los límites y del Derecho del Otro, lo que puede favorecer los procesos de construcción de identidad, las relaciones de clase, intergeneracionales e intergenéricas. Estos son elementos fundamentales cuando se observa que muchos de los factores de riesgo para el cáncer están ubicados en la ausencia de validez del Otro como sujeto de derechos (fumadores pasivos, mujeres con compañero estable que no se protegen de ITS's y descuido en la seguridad industrial, entre otros).

En conclusión, la concepción de los Derechos Humanos como enfoque de esta propuesta, significa el reconocimiento de las personas como sujetas de derechos, lo que implica la promoción de la autonomía en la toma de decisiones sobre su cuerpo, vida y salud, al mismo tiempo que la valorización de la existencia del Otro vinculado inevitablemente a mí (51) y la existencia de un Estado Social de Derecho (Constitución Política colombiana) responsable de garantizar y velar por el bienestar general, por la realización de contextos que permitan reflexionar, conciliar y construir acuerdos, y por el acceso a servicios de salud de calidad y a la información necesaria para tomar decisiones.

2. Los procesos de salud-enfermedad vinculados con el cáncer son dependientes de factores biológicos, psicológicos, sociales y antropológicos, algunos comunes y otros diferentes para cada tipo de cáncer.

Es necesario, entonces, que las acciones tendientes a transformaciones individuales y culturales tengan en cuenta estos elementos y no exclusivamente los psicológicos individuales ni los biológicos. Las posibilidades de acceder a niveles óptimos de *bienestar general* se relacionan íntimamente con las condiciones materiales de vida, los patrones culturales, las construcciones morales, las decisiones individuales y los sistemas económicos. En consecuencia, implica asumir el tema de prevención de cáncer dentro de un marco transdisciplinario, que no tenga necesariamente su foco central en el sector salud y que incluya la comprensión amplia de todos los factores de riesgo y protección del cáncer. Es preciso realizar acercamientos contextualizados a las realidades sobre el cáncer en nuestro país, es decir, conocer las cifras y las tendencias de la enfermedad por regiones, étnias, sexos y posiciones socioeconómicas, entre otras, agregando una comprensión profunda de las narraciones, creencias, saberes y sentimientos vinculados con el cáncer.

Siguiendo la misma lógica se entiende que debe haber un abordaje diferencial también por tipos de cáncer, ya que es claro que las *trayectorias de riesgo* no son las mismas para cada uno de ellos. Así, la prevención del cáncer deberá asumirse como un eje transversal que se vincula y permea con las áreas afines (SSR, nutrición, etc.), donde se profundiza en cada tipo de cáncer, además se debe mantener su independencia como tema para la comprensión general.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

3. Desde esta perspectiva, se plantea que el centro de las acciones es el sistema conformado por sujeto-comunidad-estado¹⁵ –ya no el individuo-, en donde todos los elementos son, por igual, partícipes de las transformaciones o de las reproducciones. Así, están sujetos a transformaciones tanto los decisores de políticas públicas, como los profesionales que atienden en las IPS's, como los docentes y los pobladores de cualquier comunidad. Si no se activa el sistema, las posibilidades de éxito de los elementos aislados se reducen significativamente. En el marco de este sistema es donde se posibilita la acción dialógica, entendida como la relación de dos personas que se consideran igualmente válidas (52).

4. Todo el tiempo se debe considerar a las personas como gestoras y no como receptoras de los procesos educativos.

Un proceso de educación y comunicación para la prevención de cáncer, siguiendo el camino recorrido, reconoce que necesita de la voluntad y la fuerza de las personas para lograr transformaciones profundas, que lleven a un efectivo control de la enfermedad y a un *estado de bienestar general*. Se reconoce entonces la promoción de la autogestión como objetivo de esta propuesta, lo que implica la re-creación de la típica relación vertical y unidireccional de los usuarios de servicios de salud y los profesionales o de los alumnos y sus profesores.

5. Los actores sociales involucrados en los procesos educativos y comunicativos (facilitadores –entes políticos y líderes comunitarios-, funcionarios de salud, usuarios de los servicios y grupos comunitarios-formales e informales- entre muchos otros) están inmersos en contextos culturales, con sistemas de valores y construcciones individuales que definen las maneras como viven y deciden.

El reconocimiento de estos contextos culturales, sus barreras y potencialidades permiten el desarrollo de programas participativos y la mejoría de las condiciones de salud, ya que se posibilita interactuar directamente con las subjetividades de las personas y superar el nivel discursivo racional (53).

6. La comunicación educativa para la prevención del cáncer, debe estar centrada en la generación de las capacidades y la transformación de las condiciones para la toma de decisiones autónomas, encaminadas a la reducción de trayectorias de riesgo para el cáncer.

Esto incluye la circulación de nueva información, el diálogo entre actores, el análisis crítico y la conciliación de los sistemas de valores, creencias, herencias culturales, contextos y de las agendas comunicativas. Implica la reflexión de los discursos y prácticas sobre el cuerpo, la salud y la vida. Se entiende que los aprendizajes producto de las acciones educativas deben permear, diferencialmente, el ámbito íntimo, familiar, social y político de la vida de las personas. Se plantea, tal como lo desarrolló la comisión Delors (54), la importancia de seguir un nuevo ideario educativo que implica la concepción de la educación como un espacio de la calidad con equidad de oportunidades, la educación en la diversidad, que reconoce y respeta la pluralidad y las diferencias y que se basa en los cuatro pilares de la educación integral: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser.

15 El planteamiento de este sistema lleva directamente a la noción de ciudadanía y sugiere la comprensión del ser humano como un sujeto social, que vive y se redefine constantemente en relación y en función de los otros y que se organiza bajo la figura moderna del Estado.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

7. Las acciones y estrategias para operativizar el Modelo, deben generar procesos a mediano y largo plazo a nivel individual, social, institucional y político.

La adopción de este principio puede permitir un camino de transformación social sostenido, que supere los límites de un proyecto puntual. Es necesario, de este modo, desarrollar las estrategias y las actividades adecuadas durante el tiempo adecuado para cada contexto y para los objetivos propuestos. Las decisiones que se tomen sobre este asunto se deberán ver reflejadas en el planteamiento de indicadores coherentes. Las actividades y los productos puntuales son herramientas para el desarrollo de los procesos y no objetivos en sí mismos.

8. El modelo se fundamenta en el trabajo intersectorial, interinstitucional, multidisciplinario y transdisciplinario, como garantía para el desarrollo de propuestas de salud que tengan en cuenta la complejidad de los procesos de salud-enfermedad y del ser humano.

9. El modelo, en busca de la universalidad de los derechos, debe adecuarse teniendo en cuenta diferenciales como: sexo-género, ciclo vital, étnia, contexto (cultural, geográfico), nivel socioeconómico, discapacidades.

2.2 Objetivos

2.2.1. Objetivo general de la comunicación educativa para el control del cáncer

Generar procesos de aprendizaje y transformación personal, colectiva e institucional que les permita a las personas ganar capacidades para la toma de decisiones autónomas con respecto a la salud, el cuerpo y la vida y construir participativamente condiciones que posibiliten el ejercicio de los derechos encaminados a la reducción de las trayectorias de riesgo para el cáncer.

2.2.2. Objetivos específicos

1. Ampliar y optimizar los procesos de circulación y accesibilidad de la información entorno al cáncer, tanto en el ámbito comunitario, como en el clínico, el académico y el institucional, integrando perspectivas biológicas, sociales, psicológicas y antropológicas de la salud y la enfermedad.
2. Realizar investigaciones participativas, donde se reconozcan los saberes y los haceres populares que generen procesos de discusión, formación y elaboración de productos de comunicación educativa para el control del cáncer.
3. Desarrollar productos y estrategias pedagógicas y de comunicación a partir de la experiencia con grupos de población y con funcionarios de diversos contextos, que tengan en cuenta las lógicas, los lenguajes, los deseos y las estéticas particulares de los diversos contextos culturales colombianos, a partir de los aprendizajes ganados en el desarrollo de este modelo.
4. Formar y fortalecer a las instituciones, funcionarios y programas (de salud, educación, organizaciones comunitarias, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales) en fundamentos y técnicas pedagógicas y comunicativas para la promoción de los derechos humanos y la prevención del cáncer.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

5. Adelantar procesos de educación de pares y formación de líderes comunitarios para alimentar las acciones de movilización social y construir colectivamente programas educativos y de desarrollo social al interior de cada comunidad.
6. Analizar críticamente y alimentar el discurso social y las agendas comunicacionales entorno al cáncer y las acciones frente a las trayectorias de riesgo tanto desde el nivel central (INC) como desde las acciones locales, con el fin de mover discursos alternativos para la superación de las diferentes barreras para el control del cáncer.

2.3 La educación y comunicación en el marco del modelo de control del cáncer

La comunicación educativa es un hecho que atraviesa los diferentes espacios de la vida humana. No sólo es el acto de hablar, escuchar y actuar, es develar el conocimiento del otro y su saber, así como del saber de uno mirado por el otro (55). Por un lado, la comunicación educativa irrumpe en el ámbito de las políticas públicas al legitimar las necesidades de las personas y establecer acciones concretas para el control de las mismas. Y por el otro, se hace presente en los espacios comunitarios, al desarrollar estrategias que buscan la presencia y la participación individual y colectiva, desde una práctica consciente, basada en el ejercicio pleno de la ciudadanía con el fin de construir conjuntamente entornos saludables. Igualmente, al posicionarse como un proceso social, se inserta en la lógica de los servicios de salud y en el contexto del diálogo de saberes, promueve la transformación de los niveles de conciencia de las personas para una mejor toma de decisiones individuales y colectivas. Así, se constituye en la herramienta de reflexión íntima de las personas porque logra ver el mundo de manera distinta, se entra en contacto con narraciones alternativas del mundo, al ser cuestionados y cuestionar, al descubrir el poder de la participación y de la recreación del mundo (55).

Teniendo en cuenta estos aspectos como marco de referencia, a continuación presentamos la forma como la comunicación educativa se inserta en los niveles mencionados en el modelo de control de cáncer en Colombia. Para evitar ser redundantes dada la evidente interrelación e interdependencia existente entre los ámbitos, los fines y las herramientas, se presentará la inserción a partir de los ámbitos. Desde allí, como marco de referencia general del Modelo de Control de Cáncer, pero también desde los principios y los objetivos se harán aproximaciones y sugerencias para el desarrollo de los fines y la adecuación de las estrategias.

2.3.1. Las políticas públicas como escenario para la acción

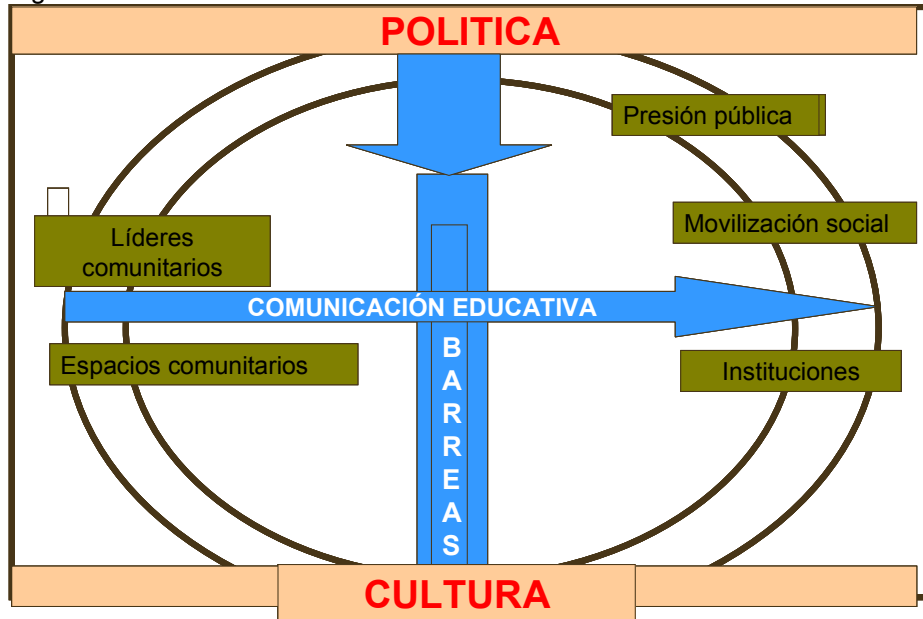
Este modelo de comunicación educativa está centrado en la promoción del desarrollo humano y la garantía de derechos¹⁶. Este enfoque reconoce que las acciones en prevención y promoción de la salud no se pueden desarrollar por fuera de un marco político que lo soporte y determine su factibilidad. El Estado es el responsable de identificar, afrontar y resolver los problemas de educación de la población, como se

¹⁶ En este punto emerge la garantía de derechos y la función del Estado en el cumplimiento de los mismos como facilitador y ente que garantiza los proceso de educación. Es aquí cuando convergen la función del Estado y las dinámicas del individuo y la comunidad. El Estado debe garantizar unos prerrequisitos frente a la salud, en este contexto los sujetos tienen derecho a escoger sobre la base de la información en la medida en que no afecte la condiciones de los demás.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

expresa en las conferencias internacionales de promoción de la salud y en la Constitución de Colombia. Esta responsabilidad está directamente relacionada con el acceso a mejores condiciones de vida y, por consiguiente, a la prevención de enfermedades crónicas (53).

Figura No. 3 Modelo de comunicación educativa I. Contexto



De acuerdo al modelo propuesto, una intervención en comunicación educativa debe generar acciones en el ámbito subjetivo de los individuos, en los grupos sociales y en las comunidades, y de ellos con el Estado y la cultura (Figura 3). Al generarse estos intercambios se posibilita que se establezca un diálogo más horizontal entre los actores involucrados, donde la finalidad es lograr cambios en las políticas públicas, así como en las condiciones de vida de los grupos. Al reflexionar críticamente sobre estos procesos se evidencian obstáculos y potencialidades en las diferentes esferas del actuar humano.

Para el caso de la comunidad, el punto de partida se puede dar a través de la identificación, el reconocimiento y la validación de los líderes comunitarios, capacitados y posicionados como educadores en salud y gestores de políticas públicas. En este aspecto, es necesario rescatar el marco jurídico legal y práctico que permita la acción efectiva de las veedurías en salud, de las juntas de acción comunal, juntas municipales de educación, de los comités de participación comunitaria, de las asociaciones de usuarios y, en general, de las organizaciones de base comunitaria. Este empoderamiento de las comunidades facilita los procesos de movilización social¹⁷ y abogacía, constituyéndose en un sólido componente para el logro institucional de condiciones que garanticen un contexto saludable y de bienestar.

¹⁷ EL modelo de movilización social para el control del cáncer, en la actualidad lo está trabajando el grupo de "Políticas, legislación y movilización social" del grupo Área de Salud Pública del Instituto Nacional de Cancerología.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Del mismo modo, este modelo de comunicación educativa promueve y necesita funcionarios del Estado (tanto decisores de políticas públicas como ejecutores) sensibilizados y capacitados en la garantía de derechos y en el reconocimiento del otro. Esta situación se vería expresada en el diseño y en la puesta en marcha de programas institucionales relacionados con la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, Proyectos Educativos Institucionales (PEI), así como en planes intersectoriales y acciones interinstitucionales. Un elemento central en este modelo es la divulgación amable, versátil y dinámica de las políticas públicas y la normatividad relacionada con la prevención de las enfermedades crónicas.

En este marco, la transformación de la cultura se consolida como una estrategia para el cambio social, específicamente, en el área de la salud. La educación permite la variación de las perspectivas culturales aprendidas en las diferentes etapas del ciclo vital de la persona y en los diferentes contextos, permitiendo la ampliación de horizontes éticos para una mejor toma de decisiones y la asunción de un papel más activo frente a las instituciones, los espacios de la vida cotidiana y las políticas públicas (58). Desde las definiciones de Geertz¹⁸ y de Williams¹⁹ se ubica al individuo y a la colectividad en medio de redes de significación condicionadas por circunstancias determinadas.

Además de las políticas y la cultura, como escenarios para la acción, los espacios comunitarios y los servicios de salud son dos ámbitos en los cuales la comunicación educativa juega un papel para el control del cáncer. Los servicios de salud deben generar y difundir información para que esta pueda llegar a los espacios comunitarios como son: el familiar, el escolar, el laboral y los recreativos. Sin embargo, es necesario un trabajo de discusión, formación y elaboración de estrategias de comunicación educativa con la participación de los actores sociales involucrados.

Modelos de educación para la disminución del riesgo de tabaco

En la literatura internacional se encuentra una gran cantidad de evaluaciones y artículos de revisión sobre intervenciones realizadas en colegios para reducir el consumo de tabaquismo. Los estudios realizados, de tipo experimental y casi-experimental sugieren que la mayoría de los programas educativos logran reducciones de corta duración, un retardo en el inicio al consumo de cigarrillo y cambios deseables en torno a nuevas actitudes frente al cigarrillo. Los modelos educativos que han sido utilizados para la prevención del consumo de cigarrillo en los colegios han sido: el modelo racional, el modelo afectivo que busca cambiar creencias, actitudes intenciones y normas basados en la autoestima, y el modelo de resistencia social, en el cual los pares tienen un papel muy importante. De acuerdo con evaluaciones realizadas a través de meta análisis se ha encontrado que el modelo más efectivo es el de resistencia social (56). También que los programas de influencia social pueden llegar a reducir la prevalencia del cigarrillo entre 5-30%. Sin embargo, el efecto parece disiparse en el tiempo. La efectividad de los programas se incrementa cuando se acompañan de intervenciones comunitarias más amplias e indiscutiblemente cuando se articulan con acciones más amplias en el campo político y legislativo, como ha sido el control de precios y la prohibición de la publicidad (57). En términos generales, los colegios deben promover que los jóvenes se involucren y participen en la búsqueda de sus propias soluciones y debe articular sus programas

El control del tabaquismo es un buen ejemplo de la necesidad de desarrollar acciones políticas y normativas que hagan efectivas acciones educativas.

18 Como un proceso (o red, malla o entramado) de significación comunicativa, objetiva y subjetiva, entre los procesos mentales que crean los significados y un medio ambiente o contexto significativo y a la vez significante, lo que busca el modelo es una reconstrucción de aquellos patrones culturales que se constituyen en situaciones de riesgo para la comunidad.

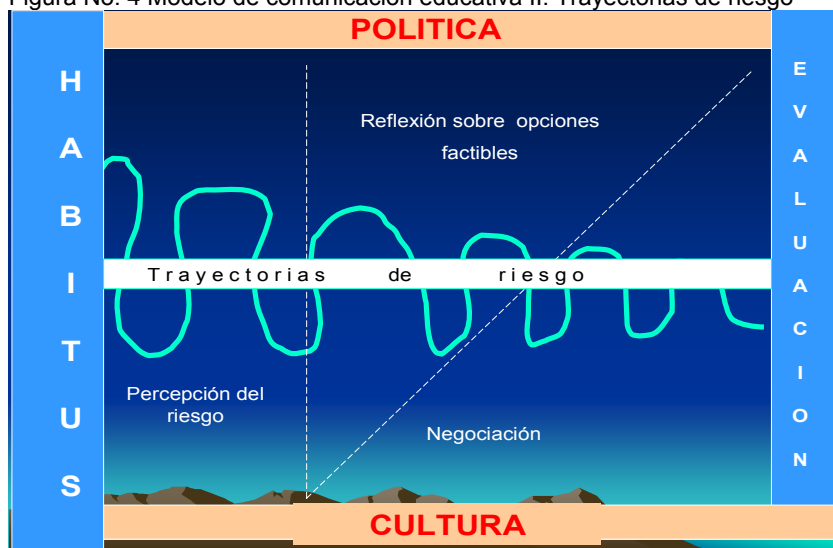
19 Raymond Williams parte de la premisa que la cultura es una creación individual y colectiva de significados, de valores —morales y estéticos—, de concepciones del mundo, de modos de sentir y de actuar, incardinada en un lenguaje —en un idioma—, enmarcada en instituciones sociales concretas y condicionada por unas circunstancias materiales determinadas.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

2.3.2 Los espacio comunitarios

Nuestra propuesta de comunicación educativa considera los espacios comunitarios como uno de los ámbitos centrales posibles para realizar intervenciones para el control del cáncer. En este sentido, es necesario partir del concepto de habitus para entender que las prácticas sociales son una forma de reproducción social, es decir, que tienden a mantenerse en el tiempo. El habitus puede incluir una serie de prácticas que pueden ser determinantes en el surgimiento de trayectorias de riesgo para el cáncer. Los individuos o los grupos humanos pueden tener o no alguna percepción de riesgo. El punto central de esta propuesta se basa en la posibilidad de realizar intervenciones a lo largo del tiempo y en diversos momentos del proceso que permitan a la persona o a los grupos, no sólo a tener percepción de riesgo, sino que además los grupos puedan incorporar nuevas propuestas científicas y, dentro de las circunstancias políticas y culturales, empezar a valorar posibles opciones que habrán que construirse colectivamente. De esta manera las personas podrán hacer negociaciones culturales, sociales o económicas de acuerdo con sus posibilidades y sus deseos (Figura 4).

Figura No. 4 Modelo de comunicación educativa II. Trayectorias de riesgo



La propuesta desde la comunicación educativa estaría dirigida a identificar los aspectos de la vida individual y colectiva que contribuyen a la generación de *trayectorias de riesgo* para el cáncer y a la generación de acciones comunitarias que permitan, no sólo tener consciencia de la percepción de riesgo sino sobre la toma de decisiones autónomas con respecto a su vida, en la que puedan tener acceso a nuevas prácticas sociales a través de diversas formas de negociación económica, cultural y social. Las nuevas prácticas sociales deben facilitarse, idealmente, desde el ámbito político y cultural como: la generación de espacios para promover las actividades físicas, el control del consumo de tabaco en recintos públicos cerrados y una mayor oferta de frutas y verduras. Sin embargo, si las políticas no favorecen los entornos saludables, es necesario que la comunidad (individuo y grupos) sea gestora y auto gestora de los procesos de salud. Para lograr esta autonomía la comunicación educativa debe ser la base para la movilización social y para esto es necesario desarrollar y potencializar en las comunidades las siguientes características (59):

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

- Empoderamiento individual (liderazgo): se entiende como el proceso en el cual una persona va ganando poder para decidir sobre su vida, reflexionar críticamente y negociar sus límites. Además, es el rol que una persona tiene en su colectividad y se determina por la influencia que pueda ejercer sobre su grupo, así ellos demuestran la habilidad de articular las preocupaciones de sus comunidades, establecer los lazos con otras organizaciones y comprometer a los actores sociales en los procesos (60).
- Participación y desarrollo de habilidades: la participación es un proceso por el cual los individuos y los grupos se hacen responsables de su propia vida y de su bienestar. Las habilidades están definidas como la capacidad que tienen los individuos para generar procesos de negociación, focalización de acciones, exigencias de derechos, construcción de pactos y asunción de compromisos y responsabilidades.
- Identificación de recursos: se entiende como todos los insumos, elementos, infraestructura, de personal y de presupuesto de los cuales se dispone para este fin y que deben ser canalizados para el desarrollo de las actividades.
- Consolidación de redes sociales: son las uniones horizontales y verticales entre los participantes y sus organizaciones y otros grupos pertinentes locales, regionales y nacionales. Las redes proporcionan riqueza en su capacidad de construir lazos de cooperación entre los participantes.
- Empoderamiento comunitario (Fortalecimiento del sentido comunitario): es la actitud de pertenencia que les permite tomar acciones específicas basadas en la lógica de su identidad. Es el “poder de la comunidad” o empoderamiento (Freudenberg) (60) que da la habilidad de actuar, hacer o resistirse al cambio que afecta a la comunidad.
- Capacitación comunitaria: es el instrumento a través del cual se transfieren y se construyen colectivamente conocimientos y destrezas que le permiten a los sujetos y a las comunidades apropiar herramientas necesarias para la participación.
- Reflexión crítica: es la habilidad de analizar y evaluar la realidad social, así como sus experiencias, de acuerdo con sus necesidades y derechos (60).

Figura No. 5 Modelo de comunicación educativa III. Los espacios comunitarios



Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

En el momento de trabajar participativamente, teniendo en cuenta los derechos y las necesidades de la población, se deben aclarar las barreras y las potencialidades que se generan entre los individuos, los grupos y las instituciones para el cambio social, así como se debe reconocer los mecanismos de reproducción cultural²⁰. Es necesaria la intervención de la comunidad a través de un proceso participativo, empoderador y emancipador.

Esto sólo se logra a través de un acercamiento a la realidad por parte de los servicios de salud (Información Epidemiológica) y de la comunidad (investigación participativa y antropológica). Entre estos dos componentes se establece un diálogo de saberes, que en últimas busca la autonomía y la consolidación de puntos de vista comunes en la superación de las barreras inicialmente identificadas y en el mantenimiento y mejoramiento de las potencialidades (Figura 5).

Hasta el momento se ha hecho un énfasis en la necesidad de fortalecer y empoderar a las comunidades, como un mecanismo de control social, de articulación con las políticas y de promoción de la autonomía, sin embargo, no es esta la importancia exclusiva de los espacios comunitarios. Desde una perspectiva antropológica y pedagógica, los espacios comunitarios se constituyen en un lugar ideal para la acción educativa, ya que entre las personas que lo forman existe un vínculo que los identifica. En estos espacios es donde los individuos viven su cotidianidad, donde tienen que resolver sus problemas, confrontar sus valores y creencias, realizar negociaciones, redefinir sus posturas éticas y exigir-construir nuevas posibilidades.

De este modo, la acción educativa centrada en los *individuos*, que se realiza en los espacios comunitarios, no sólo reconoce la existencia y el valor de las comunidades por parte de los servicios de salud y educación (lo que implica una ganancia de tipo relacional y afectivo), sino que se vincula directamente con los elementos constitutivos del *mundo de la vida* de los sujetos. Es decir, permite el contacto con la cotidianidad de los individuos y sus grupos de relación, se alimenta de la observación y confrontación directa de la realidad, se permea de las lógicas y estéticas propias de cada comunidad y de cada persona y posibilita la existencia de espacios educativos donde la intimidad y la subjetividad emerjan²¹ (53).

20 En este marco el reconocimiento de *la reproducción cultural* se consolida como una estrategia para el cambio social en el área de la salud. Este mecanismo se refiere a los modos en que la sociedad, en un sistema donde diferentes instituciones se ponen en escena, contribuye a perpetuar las desigualdades, las equidades sociales y las oportunidades a través de generaciones.

21 Intervenciones para incrementar las tasas de participación de las mujeres en los programas de tamizaje de cáncer. En una revisión sistemática de la literatura del año 2000 (61), se evaluaron 42 estudios referentes a intervenciones para incrementar las tasas de participación a los programas de prevención del cáncer de cuello uterino. De acuerdo con la evaluación, la participación en los programas de tamizaje se incrementó en un 30%, como respuesta a 4 meses de campañas preventivas en radio y televisión, siendo la televisión el medio más eficaz de difusión. Para otros autores (61), y cuando los niveles educativos de la comunidad son bajos, es preferible utilizar materiales audiovisuales o visitas domiciliarias. En otras intervenciones se hace énfasis en las invitaciones personalizadas. El incremento en las tasas de participación en las mujeres varía, según los estudios, entre el 36,9% y el 42,4% (62). Otras estrategias concedieron mayor importancia al contacto cara a cara entre el personal de salud y los usuarios, evidenciando que la educación personalizada produce altas tasas de participación (62). La revisión resalta la necesidad

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Esta manera de entender la acción de la comunicación educativa en los espacios comunitarios, significa la realización de estrategias que tengan su prioridad en los procesos de discusión, formación y elaboración de productos y no en los productos mismos como objetos aislados. En esta etapa no deben existir límites entre el aprendizaje y el trabajo, la acción y la reflexión, la formación y el desempeño. Todo el proceso debe estar acompañado, igualmente, de estrategias de fortalecimiento. Durante el establecimiento de estrategias de intervención y su aplicación, se evidencia que no es sólo cuestión de capacitar, sino de articular las necesidades con las oportunidades en diferentes niveles, desde una perspectiva amplia y coherente.

2.3.3 Los servicios de salud

Los procesos de comunicación educativa desde los servicios de salud cuentan básicamente con dos actores: las instituciones y los usuarios. Su fin mínimo es el intercambio de información específica y puntual de acuerdo a los derechos y necesidades de los usuarios y a las prioridades institucionales. Como objetivo máximo (de manera coherente con lo expuesto en la totalidad de la propuesta) está asumir a los servicios de salud como promotores y gestores de nuevas condiciones de vida para sus comunidades de referencia, lo que implica trabajar por la resignificación cultural que tienen las IPS's, los funcionarios y el sector en general. Los profesionales de la salud ejercen una contribución importante en las posturas que asuman los usuarios y sus familias en la toma de decisiones, y por lo tanto en su actuar.

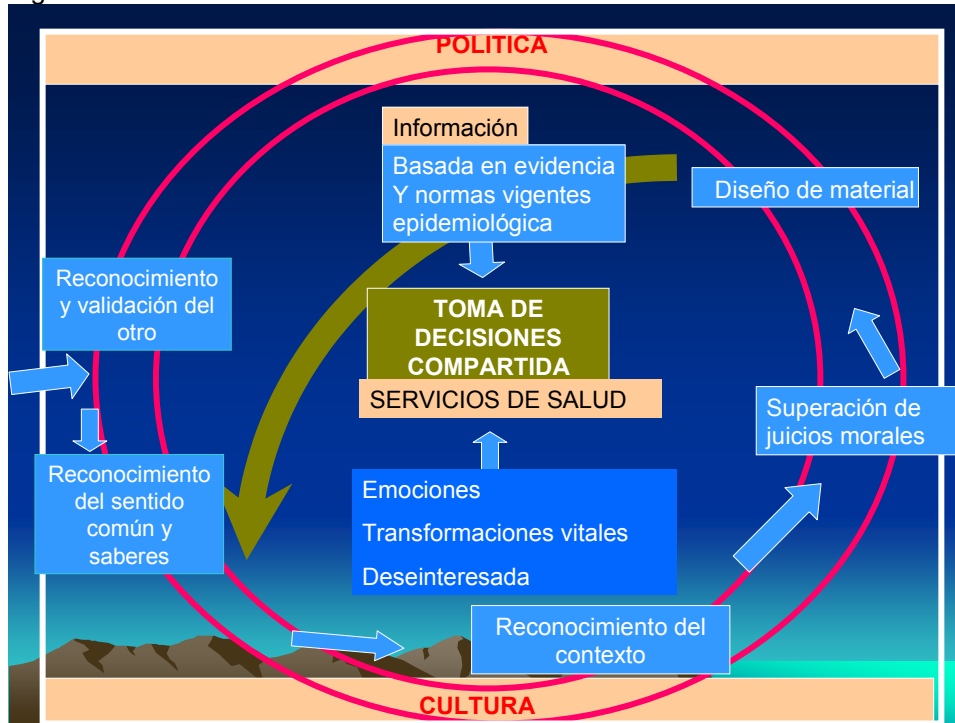
El funcionamiento de los servicios de salud y de sus instituciones, implica una serie de procesos y acciones comunicativas y educativas que no siempre se tienen en cuenta ni se desarrollan de manera consciente. Estos procesos incluyen aspectos, tradicionalmente reconocidos, como la relación profesional de la salud-paciente o la difusión de información de tipo administrativo (horarios, costos, etc.), pasando por la realización de talleres dentro de las IPS's y de material impreso de tipo informativo (cartillas, volantes, plegables, afiches) hasta aspectos menos comunes como la comunicación no verbal de los funcionarios, la apertura de espacios de diálogo y expresión para los usuarios y las significaciones del espacio físico.

De este modo, uno de los objetivos que se plantean desde la comunicación educativa para el control de las enfermedades crónicas es la apropiación, por parte de los servicios de salud, de estrategias de comunicación y educación que hagan consciente todos los procesos anteriormente mencionados, direccionen la labor de sus funcionarios y permitan aprovechar todas las oportunidades pedagógicas que ofrece la participación de los usuarios a los servicios y a las acciones extramurales. Para que esta apropiación sea efectiva, se requiere un proceso gradual de implantación de modelos administrativos, de gestión y financieros que incluyan la destinación de recursos para el mejoramiento de los espacios físicos, para la adquisición de materiales comunicativos y educativos, mobiliario institucional, y fundamentalmente, para la formación, el acompañamiento y la evaluación de los funcionarios, tanto en sus capacidades comunicativas y educativas, como en sus subjetividades (Figura 6).

de realizar esfuerzos sostenidos en la inducción de la demanda, puesto que podría resultar insuficiente para ciertas comunidades el uso de intervenciones aisladas.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Figura No. 6 Modelo de comunicación educativa IV. Los servicios de salud



Si bien se propone que desde los servicios de salud se dé un intercambio activo de información, no se trata simplemente de la aplicación de un modelo difusionista, sino del reconocimiento de la información como un requisito fundamental para, por un lado, la autonomía y la toma de decisiones y por el otro, el replanteamiento de estrategias y políticas más coherentes con las poblaciones. Por lo anterior, se debe tener en cuenta que para la comunicación y la acción educativa, desde los servicios de salud, se consideran fundamentales las siguientes condiciones:

- El reconocimiento y validación del *otro*: la comunicación educativa en salud debe centrarse en el reconocimiento de la validez del otro como persona y como sujeto de derechos. Las actividades no deben dirigirse unidireccionalmente, sino que deben ser caracterizadas por un diálogo que es parte de un proceso afectivo y racional. Para lograr esta situación es necesario que el funcionario de salud identifique las posibles barreras para lograr una comunicación adecuada como son: las diferencias en el lenguaje y en el léxico, el bajo grado de alfabetización, el uso de estrategias de prevención poco efectivas, la baja autoestima y autonomía y la desconfianza en los servicios de salud.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

- Reconocimiento del contexto al cual pertenece el individuo: al realizar promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas, se debe partir de que la mayoría de los factores de riesgo se relacionan con factores ambientales, sociales y culturales, además de los biológicos y los genéticos. Al desarrollar estas actividades de control se debe propender involucrar la realidad objetiva y subjetiva de los sujetos sociales, de tal manera que desde el actuar cotidiano se puedan generar espacios de convergencia entre la teoría y la praxis. Para lograr esto los servicios de salud deben tener información de la comunidad en aspectos relacionados con la cultura, las tradiciones, los valores y saberes. Deben utilizar para esto la información que se obtiene a través de la investigación antropológica.

Intervenciones: Toma de decisiones de manera concertada

En la actualidad se promueve que las personas se involucren cada vez más en las decisiones relacionadas con su salud y su enfermedad. En este sentido, la toma de decisiones compartida (Shared decision making SDM) se define como: el espacio en el cual los paciente o personas sintomáticas pueden obtener información relacionada con los riesgos y beneficios del tamizaje y de su tratamiento. En una revisión sistemática realizada por el Programs Task Force for Preventive Services en el 2004 (63) se evaluó si el SDM promovía la comprensión del tamizaje de cáncer, facilitaba la toma de decisiones relacionada con el tamizaje y si promovía a los individuos a tomar decisiones relacionadas con el tamizaje acorde con sus valores y preferencias. En total se evaluaron 15 intervenciones. Las estrategias fueron diversas tales como consejería en pequeños grupos, estrategias para el proveedor de salud o la combinación de ambas. Se buscaba incrementar el conocimiento de la enfermedad, la percepción del riesgo y el análisis de las creencias sobre riesgos y beneficios del tamizaje y el tratamiento. De acuerdo con los autores, desafortunadamente pocos estudios evaluaron si la toma de decisiones tuvieron en cuenta los valores y preferencias de los pacientes. En este sentido se considera que es necesario realizar más investigación en este campo.

- Reconocimiento del sentido común y de los saberes de los individuos: las alternativas que emerjan de la visita a los servicios de salud, deben construirse en conjunto con los usuarios y estar situadas en la lógica de los sujetos y deben estar acordes a los diferentes ritmos de vida donde se desenvuelven. En este sentido, debe ser una aproximación desde el estudio de las representaciones sociales o el estudio de las creencias.
- Superación de los juicios morales particulares: el personal de salud, a través de procesos formativos y de acompañamiento, debe reconocer, poner en discusión y aprender a manejar sus prejuicios morales e imágenes preconcebidas, que no permiten una relación horizontal con los usuarios.

En esta medida, la información que se intercambie con los usuarios debe:

- Estar basada en la evidencia científica, en la normatividad vigente y en la información epidemiológica contextual.
- Vincularse con las emociones y subjetividades de los usuarios para superar las rupturas existentes entre el conocimiento racional y los comportamientos cotidianos.
- Generar cuestionamientos que posibiliten las transformaciones vitales y los cambios de comportamientos y no sólo a solucionar las dudas puntuales.
- Ser desinteresada de beneficios comerciales y de propagación clientelista, electoral o religiosa.
- Hacer parte de un proceso acompañado e integrado de promoción de la salud que involucre los diversos programas y acciones de la institución.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

En esta medida, para la adecuación cultural de las acciones y los productos comunicativo-educativos se debe tener en cuenta las siguientes estrategias (64): a) lingüísticas, es decir, los significados de las palabras y los contextos en los que se presente; b) periféricas: que buscan tener una presentación atractiva visualmente de tal manera que resulten familiares; c) evidenciales: recogen a través de la experiencia de la comunidad y de los individuos sus problemas más latentes; d) participativas: utilizan la experiencia directamente de los miembros del grupo designado para transmitir los mensajes, y c) socioculturales: discuten los problemas de salud relacionados en el contexto y permiten la sensibilización de la población hacia la toma de decisiones.

Lo anterior tiene por lo menos dos implicaciones para las construcciones éticas y estéticas de los funcionarios y las instituciones: por un lado, que estos elementos de tipo metodológico no se conviertan en una retahíla memorística que se utiliza como escudo o, peor, como instrumento de dominación, sino que es la consecuencia obvia de una transformación ética que *me* permite ver al Otro como igual de válido a *mí* y así actuar en solidaridad; y por el otro lado, que sean los funcionarios de salud, en articulación con las comunidades y con la investigación epidemiológica y social, quienes preparen y controlen el diseño del material educativo, la resignificación de los espacios vitales y de atención y las relaciones humanas entre ellos (34).

2.4 Estrategias para la acción

Se presentan a continuación una serie de perfiles cortos, de estrategias que buscan operativizar las propuestas desarrolladas a lo largo del documento. Estas estrategias son producto de la experiencia y los esfuerzos de múltiples personas e instituciones, a quienes se les darán créditos y agradecimientos en cada momento, como un ejercicio de reconocimiento de la historia y de los avances en estos temas. Para su profundización se debe remitir a las fuentes originales y avanzar en la formulación de proyectos específicos de intervención.

2.4.1 Talleres: de lo sensible a lo conceptual ⁽⁶⁵⁾

Los talleres son una herramienta pedagógica que se basa en el desarrollo de habilidades sociales para desenvolverse en contextos culturales diferentes. De esta manera se busca la gestión del conocimiento, la convivencia pacífica, la autonomía, la libertad, la comprensión de lógicas diferentes y la interculturalidad. La base de este tipo de prácticas es construir individual y colectivamente la comprensión y la aceptación del otro.

El punto de partida en estos espacios comienza al aceptar que cada persona tiene sentimientos, saberes y conocimientos válidos, independientemente de su formación, su cultura, su idioma, su religión, su edad o su género. La información, las maneras de conocer, de hacer y de sentir, que cada persona posee unidas a las de los demás, generan interrelaciones, compromisos, alianzas, pensamientos y conocimientos que permiten tener recursos para transformar la realidad (65).

La puesta en escena de los talleres permite formar conciencia del rol como sujetos y actores sociales del espacio que se habita, del tiempo en que se vive, del entorno social, próximo y lejano y, al mismo tiempo, de construir un nuevo concepto colectivo de necesidad y responsabilidad social en función de la cooperación para el desarrollo, en

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

donde el bien común y el respeto a la vida sea la directriz. La inclusión de los talleres en una intervención dentro de la lógica de la comunicación educativa se consolida como el eje respecto al contexto social que se articula a la visión de cada individuo y de cada grupo, de tal manera que se construya un campo relacional de diálogo donde se asuma nuevas realidades culturales y territoriales, en las que no solo son importantes las personas y los actores de sus cotidianidades, sino también su entorno socio-cultural (65).

2.4.2 La comunicación educativa como estrategia: un abordaje dialógico de la comunicación²².

En términos generales las estrategias de comunicación educativa, desde las experiencias aquí retomadas, buscan:

- Generar discusiones públicas sobre los temas manejados, como manera de romper la antidualogicidad dominante en los entornos comunicativos, educativos y de servicios de salud.
- Permitir y promover la circulación de discursos alternativos y liberadores en lo concerniente a derechos humanos y los temas previstos del proyecto y así avanzar en el conocimiento, en la transformación y en la pluralidad de los imaginarios circulantes.
- Mejorar el acceso a la información y a la educación en los temas previstos.
- Mejorar las capacidades creativas, expresivas y comunicativas de los grupos que lideran los proyectos (niños, niñas, jóvenes, sector educación, sector salud, adultos/as, sector justicia) e, indirectamente del resto de la población.
- Generar capacidades técnicas de elaboración y análisis crítico de estrategias y productos comunicativos y educativos.

El enfoque metodológico

- La comunicación educativa se va convirtiendo en la aplicación técnica de modelos socioconstructivistas de aprendizaje. Es decir, entender los procesos educativos como entornos comunicacionales complejos en los que el foco pedagógico está puesto sobre el aprendizaje autónomo de los sujetos.
- Debido a que los hábitos de salud, las concepciones frente al cuerpo o a enfermedades específicas, los comportamientos sexuales, los roles de género, etc., se aprenden fundamentalmente del entorno cultural, familiar, moral, político, económico y van definiendo a la persona, incluso desde antes de nacer. Es preciso entender la educación para la salud como un ejercicio de confrontación-concertación ética con los individuos y las comunidades. Si la *dialogicidad* se asume como principio ético de esta estrategia, la discusión, entonces, vista de manera multidimensional, se asume como el fundamento metodológico.

22 Se plantea teniendo como base la “Estrategia de Comunicación Educativa en SSR 2001-2002” como parte del Proyecto de SSR con municipios del Magdalena Medio –Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio y Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA-, y la experiencia de Comunicación Educativa y Pedagogía del proyecto UNFPA INT00P9M “Atención a las condiciones de género y SSR a la población desplazada por la violencia, énfasis en adolescentes.”

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Multidimensional: discusión del *yo íntimo*, discusión simbólica (a partir de las artes por ejemplo o del vestuario), al interior de los equipos de trabajo, discusión con diversos sectores, discusión para construir agendas de trabajo, para acercarse a pactos. Se retoma el cara-a-cara.

- Se entiende, entonces, que la Comunicación Social es tan sólo una de las disciplinas que hace viable la construcción de esta Estrategia. El trabajo social, la promoción de la salud, la pedagogía, psicología, sociología y antropología, serían otras disciplinas que la desarrollarían.

El foco se traslada de la concepción de pobladores-receptores, a la de pobladores creadores y dinamizadores de su propio universo comunicativo-educativo. Se van convirtiendo, entonces, en comunicadores educativos con una mirada más amplia de su realidad, más comprensiva, con una mirada distinta de la educación, con un papel más crítico frente a los medios de comunicación locales. Los grupos locales (comunitarios o institucionales) son quienes desarrollan sus propios productos y acciones comunicativas: es un proceso más largo y probablemente más costoso, pero con mayor efectividad educativa a corto, mediano y largo plazo.

Así, para la realización de productos comunicativos, los grupos locales de SSR que deciden trabajar desde la perspectiva de la comunicación educativa, enfocan su energía en la realización de productos tangibles. En función de estos:

- se investiga,
 - se discute,
 - se aprende de técnicas de producción,
 - se evalúa.
- Es importante dejar claro que como complemento a este método enteramente participativo y local de comunicación educativa, se usan también productos de comunicación elaborados por el equipo central del Proyecto (de orden nacional o regional). Este tipo de productos se implementan por dos razones: primera, como un respaldo institucional a la labor que los grupos locales (comunitarios o institucionales) de comunicación educativa vienen adelantando y que muchas veces es despreciada por algunos sectores de las comunidades, por las autoridades o por los grupos armados. Segunda, para poder confrontar de manera más fuerte al discurso dominante sin que estos grupos tengan que plantear argumentos que no comprenden del todo o que no comparten.
 - Dentro de la discusión abierta (que, por lo general, implica procesos a mediano y largo plazo) la entrega de información científica, concreta y oportuna, es clave en el proceso educativo y comunicacional; este hecho no se puede perder de vista dada la dramática situación de carencia de información.

Líneas y niveles de acción. Para el desarrollo de la Estrategia se han determinado seis líneas básicas de acción que permiten un mejor aprovechamiento de la relación Comunicación-Educación.

1. Medios de comunicación y expresiones artísticas para la discusión pública y la circulación de información.

Se busca el posicionamiento de temas, ruptura de discurso, penetración en la agenda pública y apertura a la luz pública. También, buscamos ir formando a estos educadores en técnicas expresivas, en análisis de medios y de agenda comunicativa.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

2. Productos y actividades de interacción y autoaprendizaje.

Se trata de la elaboración de productos de comunicación educativa que promuevan la interacción (con el producto mismo, con los otros, con los espacios físicos), como presupuesto para el establecimiento de relaciones más activas con el mundo y el autoaprendizaje, como vía para el empoderamiento y el respeto por las libertades individuales. Buscan el acceso ágil y autónomo a información científica y “amable”.

3. Resignificación de los espacios físicos de los servicios.

A partir de la comprensión de la arquitectura como un medio de comunicación y como una posibilidad artística, se desarrolla una propuesta de análisis e intervención sobre el espacio físico de las IPS's, escuelas o centros comunitarios. Se busca que los espacios físicos sean modificados para construir un mensaje y un ambiente más propicio a las condiciones de salud, de buen ánimo, de tranquilidad o de seducción (servicios para adolescentes) necesarios para el funcionamiento óptimo de los programas de prevención, promoción o recuperación de la salud.

4. Fortalecimiento de las acciones interpersonales: el cara a cara²³.

Se busca que las oportunidades pedagógicas del contacto persona a persona se puedan aprovechar al máximo. A partir de técnicas de comunicación, de manejo del espacio físico y del cuerpo, de comprensión del derecho del otro se busca entablar un espacio donde la empatía y la complicidad surjan como garantes de un proceso comunicativo privilegiado para el conocimiento profundo y la transformación de *habitus* y comportamientos.

5. Investigación comunicativa- educativa.

Se busca profundizar en aspectos sociales, culturales, económicos, etc. que ayuden a una mejor comprensión de la salud. Esta línea usa elementos que vienen de la comunicación y de la producción de medios tanto para investigar, como para socializar y discutir lo investigado. El uso del arte y de la narración como posibilidad de expresión y de puesta en común. Esta es el área de mayor innovación metodológica y pedagógica, se pueden encontrar valiosos aportes desde la Antropología Audiovisual.(66).

6. Acciones colectivas de promoción y socialización.

Desde el objetivo de la discusión pública y de la movilización abierta de los temas se genera una línea que permite impactar el entorno social amplio dando puntadas educativas. Se trata de festivales, foros, teatro, uso de grandes herramientas didácticas e interactivas (La Carpa Lila de Bolivia), música, danza.

En cuanto a **los niveles** se hace un planteamiento muy simple, pero que no debe perderse de vista. El asunto de la promoción de la salud y de los DH debe atravesar múltiples mediaciones culturales que los afectan. Desde algunas puramente locales hasta otras del nivel nacional. Todas esas mediaciones son interrelacionadas y juegan un papel importante en la construcción de imaginarios y representaciones sociales. En respuesta a esto se plantean cuatro niveles de acción simultáneos:

23 A partir de la revisión que sobre Schütz, Berger y Luckman hace Melich y resignificando la experiencia de las actividades de “juicio” de los programas *Realities* producidos en Colombia en los últimos 3 años.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

1. El primero, es un nivel de la experiencia íntima vital de los participantes en el proceso. Se busca fomentar el diálogo, la expresión y la autorepresentación.
2. Local/comunitario: existen las mayores particularidades y diversidades. Es el trabajo primario de formación y de agenda pública municipal, donde se busca afectar cada municipio en su particularidad.
3. El tercero es regional, busca ir tejiendo las colectividades más allá del municipio, puntos de encuentro, de diferenciación y de reconocimiento. Acá se promueve el reconocimiento de comunidades ampliadas que comparten problemas y posibles soluciones.
4. El cuarto es un nivel nacional, que busca comenzar a incidir en la opinión pública nacional y en el discurso de los grandes medios masivos.

2.4.3 La educación de pares: experiencia de la cotidianidad²⁴

En algunos manuales y estudios sobre la prevención de VIH-SIDA²⁵ e infecciones de transmisión sexual²⁶, la educación entre pares ha sido considerada como una estrategia metodológica que es adecuada para el trabajo en educación para la salud²⁷. Esta estrategia se refiere a la posibilidad que las personas tienen de enseñar a otras que comparten una situación similar a la suya. Esta similitud puede estar relacionada con la edad, el género, las problemáticas sociales compartidas, los intereses, el lenguaje, el uso del tiempo, etc. Es decir, grupos de pares de mujeres para la prevención del cáncer de cuello uterino, así como de hombres adultos para el control del cáncer de próstata, o entre compañeros y compañeras que aprenden y se protegen entre sí con técnicas de seguridad industrial o de bioseguridad, etc. La similitud plantea que el mensaje puede ser llevado de una manera más apropiada a los compañeros y por lo tanto tendrá mayor aceptación. Pero también tiene una implicación para quienes se convierten en educadores de pares y es la posibilidad de aprender o profundizar sobre una temática de su interés.

Las actividades de la educación entre pares se basan en la posibilidad de hablar de las experiencias personales, que posteriormente podrían ser cuestionadas y replanteadas como un inicio del cambio de comportamientos y creencias (¿Por qué fumar?, ¿autoexamen de seno?). En esta perspectiva los viejos modelos de comunicación y educación (emisor-canal-mensaje-receptor, profesor-saber-aula-alumno) se ponen,

24 Basado en: Caja de Herramientas del Proyecto Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA – Colombia-: Módulo de Educación para la Sexualidad. Con la autoría de Andrés Bastidas y los aportes de: Leonardo Mantilla, Fernando González, Manuel Velandia y José Miguel Nieto.

25 Partimos de este punto porque, si bien puede tener características bien diferentes al cáncer, por un lado, es uno de los temas de mayor desarrollo actual en cuanto a su prevención y estrategias educativas y comunicativas, y por el otro, muchas de las trayectorias de riesgo para el cáncer son compartidas por el VIH/SIDA (ciertas prácticas sexuales, construcciones de género inequitativas, hábitos alimenticios, de trabajo y de entretención poco saludables, así como silencios sociales sobre ciertos temas, etc.).

26 Family Health International. Peer to peer. HIV-Aids Peer educators trainer guide. Nigeria, 2002.

27 Existen múltiples evaluaciones de programas de pares en temas diferentes al VIH/SIDA. Un buen ejemplo de esto, y de la utilidad de esta estrategia en enfermedades crónicas, es el documento Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial (111)

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

afortunadamente, en crisis, ya que no es posible segmentar el rol en el proceso educativo y comunicativo, sino que todos somos a la vez facilitadores, mensajes, mensajeros, etc. Por eso las técnicas de entrenamiento para educadores de pares se basan en la posibilidad de analizar de manera crítica sus propios valores, representaciones, conocimientos y actitudes con el fin de lograr posteriormente hacer este ejercicio con otros y volver a sí mismo.

Además de este tipo de actividades, también es necesario desarrollar habilidades para la educación entre pares como: la habilidad para una comunicación eficaz, la realización de productos comunicativos que faciliten el acceso y la producción de información, así como la expresión de opiniones, argumentos y preguntas, el manejo de los grupos, la realización de actividades lúdicas, el pensamiento crítico y la capacidad de observar describir y analizar el contexto en el cual se vive. Esta estrategia se enmarca tradicionalmente dentro de las técnicas de educación no formal (talleres, programas de radio, etc.) pero también actúa (tal vez con mayor eficacia, pero con casi total imposibilidad de ser medida) dentro de los espacios de la educación informal, las conversaciones informales. Es necesario el desarrollo de habilidades para la puesta en marcha de una propuesta de educación entre pares como la planeación, la evaluación y el seguimiento participativo.

Las redes sociales trabajan en torno a intercambios no institucionalizados entre pares. Los pares pueden ser, por ejemplo, parientes, vecinos y amigos que permiten a los individuos o grupos hacer frente común a situaciones problemáticas. En términos generales, las redes sociales de apoyo comparten información, bienes y objetos materiales, tiempo y espacio entendidos como servicio, convivencia social, apoyo moral, amistad y compadrazgo, entre otros, además de la ayuda extraordinaria que se da en situaciones especiales.

Las redes sociales de apoyo pueden utilizarse para co-construir²⁸ estrategias que posibiliten transformar concepciones, significados, emociones y prácticas relacionadas con los temas previstos. Las redes también pueden apoyar a otras personas de la comunidad en el acceso a los servicios de salud de manera oportuna y así evitar la ocurrencia de complicaciones y muertes innecesarias. *La educación de las habilidades se ha realizado, generalmente, con estrategias de educación entre pares.* Así, la construcción colectiva de saberes y el flujo de aprendizajes será más horizontal y más efectiva.

²⁸ Bajo el término co-construcción se entiende el proceso de construcción a través de una elaboración colectiva, es decir, generar procesos de pensamiento, ordenación, producción, revisión, innovación y difusión a partir de lo individual y lo colectivo, dando una nueva interpretación y consigo procesos de conocimiento.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

2.4.4 El desarrollo de habilidades para la vida: la salud en el marco de la vida²⁹.

Las habilidades se orientan a fomentar el desarrollo de las capacidades sociales, emocionales y cognitivas de las personas. Por ese motivo se entiende que las habilidades son destrezas que permiten manejar las demandas de la vida cotidiana. A la educación (como sector y como responsabilidad) le corresponde brindar mucho más que conocimientos, es necesario que permita el desarrollo de estilos de vida saludables, que se concreten en narrativas, en actos, en estrategias para asumir un proyecto de vida que sea consistente con ellos (67).

¿Cuáles han sido los principales factores de éxito de la educación en habilidades?

1. Reconocer las etapas de desarrollo de las personas (ciclo vital) y las habilidades que necesitan para ir hacia la madurez y la autonomía.
2. Método educativo participativo e interactivo.
3. El uso de actividades relevantes culturalmente y sensibles al género.

Otro elemento que ha estado en la base de los logros de esta perspectiva es el aprendizaje cooperativo, pues esto promueve el poder de los pares para influir en sus compañeros a que adquieran comportamientos positivos y que estos permanezcan en el tiempo. En esta misma línea, las relaciones entre estudiantes y entre estudiantes y profesores también marca un punto de cambio en estas estrategias relacionadas con el desarrollo de habilidades.

Para lograr construir situaciones realistas se requiere conocer bien qué ocurre en la vida de las personas, qué *trayectorias de riesgo* recorren y se deben ofrecer los espacios para el diálogo y el aprendizaje; por esto se hace énfasis en el acercamiento profundo, afectivo, a estos mundos. De este modo se logrará que lo que los estudiantes escolares aprenden en la educación formal, sea proyectado a sus vidas fuera de clase, así mismo, sucederá con los participantes en procesos educativos no formales si se extrapola la propuesta. Se trata de ir venciendo la escisión entre currículo manifiesto y currículo oculto, desde los mismos actores del proceso, hombres y mujeres, adolescentes, niños, niñas y jóvenes.

La implementación de estrategias educativas basadas en el desarrollo de habilidades, implica una serie de retos para la institución educativa, que exigen el total compromiso y coherencia técnica y administrativa. Los siguientes son algunos de esos retos:

- a. Se pone en juego, en discusión y, posiblemente, en crisis el sistema de valores que los docentes o trabajadores de salud tienen en su vida. Es necesario que se ponga en discusión, ya que las habilidades tienen su base en la subjetividad y en la negociación de esta con la cultura. De este modo, el acompañamiento formativo y afectivo a los docentes será fundamental (en consecuencia con este aspecto Fe y Alegría, en su

29 Se presenta una referencia muy general de las potencialidades de esta metodología, para profundizar se puede remitir a: WHO. Education International. Education Word Health Organization Information Series on School Health, WHO. 2004 (67). Se recomienda también consultar la experiencia liderada en Colombia por Fe y Alegría, especialmente el documento de sistematización elaborado por Amanda Bravo en: <http://www.feyalegria.org/default.asp?caso=11&idrev=29&idsec=357&idart=1370>

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

- experiencia de *Habilidades para la Vida*, desarrolla talleres experienciales con los docentes).
- b. A los proveedores de salud, trabajadores con juventud, profesores y líderes comunitarios se les pide que ayuden a los adolescentes a desarrollar habilidades que ellos mismos pueden no poseer. Las habilidades se deben desarrollar en los adultos, basados en programas de formación que, para este caso, partan de comprenderlos como seres sexuados, con vacíos, fortalezas, creencias e historias alrededor del cáncer.
 - c. Es necesario entrenar a los diferentes sujetos sociales en el uso de metodologías activas de aprendizaje. La educación en habilidades promueve la participación de todos y como resultado puede crear, generar, dinámicas con las que las personas están familiarizados.
 - d. Los trabajadores de salud y educación se pueden sentir incómodos tratando temas delicados que pueden aparecer.
 - e. Pueden encontrarse docentes o personal de salud con baja formación técnica o con exceso de trabajo. Estas condiciones hacen que no tengan interés en aprender nuevas metodologías de enseñanza. Se debe, por un lado, promover unas políticas públicas y mecanismos administrativos internos que promuevan un mayor bienestar a los docentes y trabajadores, y por el otro, de manera paralela, ayudar a que los educadores comprendan que estos aprendizajes pueden traer beneficios en el mediano o largo plazo.

Finalmente, un elemento fundamental para el éxito de este tipo de propuestas es la formación de los docentes. Se debe comenzar a pensar en un proceso formativo complejo, que involucre las subjetividades más hondas de los docentes y que tenga como objetivo, además de la educación de los jóvenes, la constitución de los adultos como sujetos de derechos. Los siguientes son algunos elementos que esta formación debe promover con los docentes:

- Explorar y discutir las vivencias, valores, historias y *trayectorias de riesgo* alrededor del cáncer.
- Avanzar en el reconocimiento del cuerpo, de las emocionalidades, de las creencias, de los límites.
- Observar y analizar críticamente su rol dentro y fuera de la escuela con relación a la vivencia de los Derechos Humanos.
- Aumentar el conocimiento sobre el contenido de lo que será enseñado y aprendido.
- Incrementar la familiaridad de los educadores con el uso de la metodología interactiva y participativa en el aula.
- Fortalecer las habilidades de manejo del comportamiento en el aula, ya que esta estrategia se puede usar en un grupo numeroso y trata temas complejos.

2.4.5 La animación sociocultural: una estrategia integradora

El presente desarrollo es adaptado de la propuesta elaborada por el consultor Luigi Conversa para la Caja de Herramientas del Proyecto del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA –Colombia-, durante el año 2004 (68).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Con respecto a la animación sociocultural, adoptada como metodología de interacción personal con la población en su conjunto, es oportuno explicar algunas consideraciones iniciales para su sustentación.

1. El concepto y la metodología de la animación, se basan sobre un proceso de interacción-aprendizaje recíproco que involucra a la persona en su integralidad. Por lo tanto, determina una dinámica activa de participación expresiva y creativa, que supera la relación vertical docente-alumno o profesional de la salud-usuario.
2. Apunta a valorizar los conocimientos y las capacidades de las personas. Favorece, a través del intercambio permanente, la construcción de un saber común, de sinergia, cooperación y solidaridad, asumiendo el conflicto como elemento dinámico y propositivo de este proceso.
3. Es una dinámica que privilegia la dimensión grupal y sociogrupal, respetando al mismo tiempo la dimensión personal y las vivencias particulares de cada individuo.
4. Determina constantes procesos de mediación interpersonal y sociocultural, construyendo saberes, estrategias y acciones que pueden ser así compartidas por el grupo.
5. Valoriza y apunta a la creatividad de las personas permitiendo la expresividad de sus potencialidades y emociones.
6. Exalta la convivencia como práctica de qué y cómo hacer aprendiendo juntos, para lograr determinados objetivos en un contexto dado.
7. Favorece, a través del encuentro y del intercambio con el otro, el proceso de formación-transformación de la propia identidad, puesta a prueba con el "límite" que el otro puede representar para nuestras certezas y visiones del mundo.
8. Pero sobre todo, une contextos sociales y creencias culturales creando el dinamismo interpersonal y relacional que permite visualizar perspectivas y expectativas para definir conjuntamente prácticas de intervención sobre situaciones y grupos sociales.

Todo este proceso se desarrolla en un espacio físico e "interior" que hemos definido como **laboratorio sociocultural**. Es decir, un espacio físico y mental que permite ejercer a través del encuentro con los otros, dinámicas de conocimientos, elaboración de saberes, experimentación de técnicas, instrumentos y niveles de participación y definición y activación de prácticas socioculturales.

Desarrollando este proceso nos acercamos así a una "**investigación cooperante**" como la forma más correcta de aprender y construir los sentidos de aquel saber que estamos produciendo, descubriendo y necesitando. En este proceso, el valor principal está dado por la persona y su disponibilidad humana. El aspecto afectivo por tanto, asume una relevancia determinante en el desarrollo de esta práctica o si queremos de aquella pedagogía de la escucha en la cual la comunicación es al mismo tiempo comunicación de sí y comunicación del contexto sociocultural al cual se pertenece.

Finalmente, se plantea la inclusión de **Emprendimientos Económicos**, definidos como experiencias de sustento económico del denominado "tercer sector de la economía". Su importancia radica justamente en la necesidad de generar condiciones materiales que les permita a las personas ejercer realmente sus derechos, su autonomía, construir alianzas de cooperación y mejorar sus posibilidades económicas, de estudio y de vivienda, entre otras.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Existe en el país realidades consolidadas como la Escuela de Animación Juvenil en Medellín y cursos en diferentes universidades, instituciones públicas y privadas que propician esta metodología y su puesta en práctica³⁰. Así mismo, podemos hacer referencia a algunas experiencias representativas de aplicación de esta metodología en diferentes programas y proyectos en el contexto colombiano, tales como el programa de Tratamiento y Rehabilitación de la Población en Edad Evolutiva – PTREV (1988-1991), el proyecto FES-Liderazgo de fortalecimiento empresarial de asociaciones juveniles de Ciudad Bolívar (1995-1996); el proyecto NAUTILUS: el espíritu científico en la escuela de FES y Conciencias (1996); el programa de Cultura Ciudadana durante la Administración Mockus (1995-1998); el diplomado en Animación Sociocultural para salud mental dirigido a promotores en el departamento de Cundinamarca realizado por la Universidad Externado de Colombia, facultad de Trabajo Social (1997-1999), el programa de CIPS-UNICEF de atención a niños, niñas y adolescentes con derechos vulnerados por el conflicto armado, residentes en el área metropolitana de Medellín-Antioquia; el programa de Movilización Social para la Promoción de la Salud en la Infancia del Ministerio de Protección Social-Colciencias, la Universidad Javeriana, RCN y El Tiempo (2003-2004).

2.5. A manera de cierre

Este documento presenta la descripción de un modelo de comunicación educativa para el control del cáncer. Se hizo una revisión de diferentes teorías y modelos que han sido utilizados en función de posiciones paradigmáticas y, aunque el modelo aquí propuesto se identifica con la estructura racional de los de tercera generación en educación para la salud, se considera que es posible, reconociendo los límites y alcances de cada propuesta, adoptar uno u otro paradigma dependiendo del tipo de problema a resolver. El modelo propuesto hace énfasis en una pedagogía que busca que las personas ganen capacidades para la toma de decisiones autónomas relacionadas con su salud, construyan participativamente mejores condiciones para la vida y así, posibiliten la reducción de las trayectorias de riesgo para el cáncer.

El modelo recoge y propone el uso y el desarrollo de conceptos que plantean nuevos retos hacia el futuro, en la medida en que será necesario diseñar metodologías, técnicas y procedimientos no sólo para su análisis sino además, para hacerlos operativos en la práctica. Tal es el caso del concepto de habitus, que explica la reproducción social en relación con las diferentes condiciones sociales. Es en el habitus en donde las acciones de comunicación educativa asumen un reto particular, pues cuando éste define las trayectorias de riesgo para el cáncer, se debe lograr su transformación. Indiscutiblemente, el concepto de trayectorias de riesgo, implica discusiones y desarrollos teóricos más amplios que los expuestos en el presente documento.

30 La animación sociocultural, como modalidad de intervención en diferentes contextos formativos y de intervención social, ha sido puesta en práctica en diferentes procesos por instituciones universitarias (Universidad Santo Tomás, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, la Universidad de Antioquia, la Universidad Javeriana, Universidad Externado de Colombia, Universidad del Tolima, entre otras) y diferentes entidades públicas y privadas (Ministerio de Cultura, Ministerio de Educación Nacional, Cruz Roja Colombiana, Escuela de Animación Juvenil, Paise Joven, etc.).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Para finalizar, y hasta el momento, el Instituto Nacional de Cancerología se ha propuesto hacia el futuro realizar las siguientes actividades:

1. Someter a discusión el modelo de comunicación educativa y realizar los ajustes necesarios.
2. Desarrollar una propuesta operativa para la aplicación del modelo en un área demostrativa.
3. Poner a consideración del Ministerio de la Protección Social un documento con la propuesta operativa para que sirva como documento guía para los entes territoriales y organizaciones en Colombia que realizan actividades de educación y comunicación para el control del cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Cole P, Rodu B. Analytic Epidemiology: Cancer causes. En: Cancer Principles & Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1993. p. 241-242.
2. World Health Organization. World Cancer Report. Lyon: WHO IARC; 2003. p.321.
3. Cabrera Gustavo. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. Colombia Médica 2004; 35: 164-8.
4. Earp J, Ennett S. Conceptual models for health education research and practice. Health Education Research 1991; 6:163-71.
5. Cabrera G, Candeias N. El modelo de análisis estratégico para promoción de salud y control local del tabaquismo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 1999; 17: 9-16.
6. Murillo R. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. En prensa 2004.
7. Tones K. Health promotion, health education and the public health. Oxford textbook of Public Health. Detels, R McEwen Beaglehole R, Tanaka, H. (Editors). Oxford University Press. 2001.
8. Fundación FES. División de Salud. Revisión documental de estrategias de intervención comunitaria para la promoción de la actividad física y hábitos alimentarios en el contexto del proyecto CARMEN – Colombia. Ministerio de Salud. División de Salud Pública; 2001.
9. Preston S.H., Van De Walle E. Urban French mortality in the nineteenth century. Population Studies 1978; (32): 275-97.
10. Caldwell J.C. ¿Se puede modificar la conducta para conservar la salud? Documento Programático e Informe sobre una Conferencia. Iniciativa de la Comunicación [serial online] 1999 [citado en marzo 22 2004] Disponible en URL: <http://www.comminit.com/la/cambiosocial/lasc/lasld-706.html>
11. OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata. URSS. 1979.
12. OMS. La Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. Canadá. 1987.
13. OMS. The Yakarta Declaration on leading Health Promotion into the 21st Century. Genova. 1998.
14. Navarro V, Maset P, Gili, M. Salud Pública. McGraw-Hill Interamericana. España 1997.
15. Juárez L, Encinas B. La educación para la salud un abordaje transcultural. Index de Enfermería 2003; 42: 24-8.
16. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Masson-Salvat. Barcelona 2000.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

17. Sepelli, A. Educación Sanitaria y Salud Pública. Peruggia. Italia 1985; 3: 265.
18. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, Prentice-Hall. Canadá 1986.
19. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annual Review. Psychology 2001. 52: 1-26
20. Rosenstock I, Hochbaum G, Kegeles S. Determinants of health behavior. Washington DC: White house conference on children and youth 1960.
21. Rosenstock I. What research in motivation suggests for public health. American Journal of Public Health 1960; 50:295-302.
22. Rosenstock I. Why people use health services. Milbank Memory Fund Quarterly 1966; 44:94-127.
23. Green L, editor. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):324
24. Álvarez-Dardet, C. Promoción de la Salud. Universidad de Salamanca. España. En prensa 2004.
25. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion, 1998.
26. Simnett, E. Promoting Health- A practical guide 3rd edn. Scutari Press, London. 1985.
27. Reunión Nacional de Autoridades de Educación para la Salud. Sesión del comité regional. Washington, D.C., 23-27 septiembre 2002.
28. UNESCO. Promoción de la salud y educación de adultos para la salud. Quinta Conferencia. Hamburgo. 1997.
29. Conferencia de Bellagio. Puntos relevantes y declaración de principios. Visión de la Comunicación para el Cambio Social. 1997.
- 29^a. Cabrera GA. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Rev Fac Nal Salud Pública 2000; 18 (2): 129-138.
30. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. Conocimientos, actitud y prácticas de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca. Cali: Fundación FES social división salud/Secretaría Departamental de Salud, junio 2001.
- 30^a. Union International Against Cancer UICC. Evidence based prevention: strategies for NGOs-A UICC Handbook for Europe. 2004.
31. Conferencia Sanitaria Panamericana, 54.a Sesión del Comité Regional, Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad. Washington. D.C. EUA. 23-27 de septiembre de 1990.
32. Peter Briss P, Rimer B, Reilley B, Ralph C. C. Lee N, Mullen P, Corso P, et al. Promoting Informed Decisions About Cancer Screening in Communities and Healthcare Systems Am J Prev Med 2004;26(1): 0749-3797
33. Valderrama C. Introducción. Educación. Coordinadas, abordajes y travesías. Universidad Central. Bogotá. Siglo del hombre Editores. 2000.
34. Schütz A. On phenomenology and Social Relations. The Heritage of Sociology Series. London. The University of Chicago Press 1997.
35. Geertz C., Clifford J. y otros, El surgimiento de la antropología postmoderna. España. Gedisa 1998.
36. Geertz C. La interpretación de las culturas. España. Gedisa 1997
37. Raymond W. Sociología de la cultura. Barcelona. Paidós Ibérica. 1994.
38. Raymond W. Problems in Materialism and Culture. Londres. Verso 1980.
39. Bourdieu P. El sentido Práctico. Madrid. Taurus 1992.
40. Heller A. Historia y vida cotidiana. México. Enlace-Grijalbo 1985.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

41. Schütz A. Elaboración de los objetos mentales en el pensamiento de sentido común. Horowitz I. *Historia y elementos de la sociología del conocimiento*. Buenos Aires. Eudeba 1964.
42. Herzlich C. La representación social: sentido del concepto. En Moscovici (editor). *Introducción a la Psicología Social*. Barcelona. Planeta 1975
43. Heller A. Aporte para una teoría de las necesidades. Barcelona. Crítica 1996.
44. Berger P. Thomas L. *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires. Amarrourtu Editores 1968.
45. Moscovici S. The phenomenon of social representations. En R.M. Farr y S. Moscovici (Compiladores). *Social representations*. Cambridge University Press. Cambridge. 1984.
46. Farr R.M. Escuelas europeas de Psicología Social: la investigación en representaciones sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 1982: 19.
47. Biesanz J. Biesanz M. *Introduction to Sociology*, Prentice-Hall Sociology Series, New Jersey. Prentice-Hall Inc, 1969.
48. Bourdieu P. *Cuestiones de sociología*. Mexico. Ediciones Istmo. 1984
- 48a. Gracia D. *Profesión Médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: Códice Limitada; 1998, P. 11.
49. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion*. Sydney. National Centre for Health Promotion 1998.
50. Freire P. *La educación como práctica de la libertad*. Uruguay. Tierra Nueva 1969.
51. Lyotard J.F. *Los derechos de los otros*. De los Derechos Humanos. Shute, Stephen y Susan Hurley. Valladolid. Editorial Trotta 1998. p 137-45.
52. Freire P. *La pedagogía del oprimido*. México. Siglo XXI Editores 1970.
53. Melich, J. *Antropología simbólica en la acción educativa*. Barcelona. Paidós 1996.
54. Delors J. *Learning: the treasure within*. UNESCO. Publishing 1996.
55. Bourdieu P, Passeron JC. *Mitosociología*. Madrid. Ed. Fontanella 1977.
56. Ammerman A, Lindquist C, Hersey J. Efficacy of interventions to modify dietary behavior related to cancer risk. *Evidence Report/Technology Assessment No. 25: AHRO*. February 2001.
57. U.S. Department of Health and Human services. U.S. Public health Service. *Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon general*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2000.
58. Rogler L. *HRC Research Bulletin; v5 n4*. U.S. New York: Hispanic Research Center. 1982.
59. Freire P. *Sobre la acción cultural*. Santiago de Chile. Icirá 1971.
60. Freudenberg N. *Community Capacity for Environmental Health Promotion: Determinants and Implications for Practice*. *Health Education & Behavior*. 2004. 31 (4): 472-490.
61. Napuli IZ., Ministry of Health, Ghana, *Cervical Cancer and Sexual Lifestyle: A Systematic Review of Health Education Interventions*. Roma; 1999.
62. Boyer LE, Williams M, Callister LC, Marshall ES. Hispanic women perceptions regarding cervical cancer screening. *Journal Obstet Gynecol Neonate Nurs*. 2001; 30 (2): 240-245.
63. Black M E, Yamada J, Mann V. A systematic literature review of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening. *Canadian Journal of Public Health*. 2002; 93 (5): 386-393.
64. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education Behavior* 25(3):258-278, 1998.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

65. Restrepo O. Talleres emergentes: Modelo pedagógico para la gestión del conocimiento, la convivencia pacífica, la autonomía y la libertad. Bogotá. Universidad Javeriana 2002.
66. Buxó MJ, y MIGUEL, JM. De la Investigación Audiovisual: fotografía, cine, video, televisión. Proyecto ediciones. Barcelona. Kings Tree 1999.
67. WHO. Education International. Education Word Health Organization Information Series on School Health, WHO. 2000.
68. Rodríguez J. Movilización social y promoción de la salud en la infancia.”Bogotá: Universidad Javeriana, 2004.
69. Tones K. Why theorize? Ideology in health education. Health Education Journal. 1990: 49(1): 2-6.
70. Karen S. Evidence Based Cancer Prevention: Strategies for NGOs- A UICC Handbook for Europe 2004. International Union against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France. 2004.
71. Casassus J. “Problemas de la gestión educativa en América Latina (la tensión entre los paradigmas de tipo A y el tipo B)”. Conferencia dictada en Congreso Nacional Reduc: “Investigación Educativa e Información”. Santiago. Chile. 16 – 17 octubre. 2000.
72. Rosenstock I, Hochbaum G, Kegeles S. Determinants of health behavior. Washington DC: White House conference on children and youth; 1960.
73. Freire P. Viviendo y Aprendiendo. Caracas. Cooperativa Laboratorio Educativo 1984
74. Rotter J. Social learning and clinical psychology. New York. Prentice Hall 1954.
- 74a. Varela FJ. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales. Barcelona: editorial Gedisa; 1990.
75. Feldmann E. Teoría de los medios masivos de comunicación. Buenos Aires. Kapeluz 1977. p. 181
76. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annu Rev. Psychol. 2001. 52: 1-26.
77. Fishbein M. A behavior theory approach to the relation between beliefs about an object and the attitude toward the object. In: Fishbein M, editor. Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley, 1967. p. 389-400.
78. Ajzen I. Attitudes, personality and behavior. Chicago. Dorsey 1988.
79. Parks W, Lloyd, L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue. OMS. Programa especial de investigación y capacitación de enfermedades tropicales. 2003.
80. Iovanovich M. La sistematización de la práctica docente en educación de jóvenes y adultos. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Iberoamericana de Educación. 2004.
81. Freire P. La Educación como Práctica de la Libertad. XIV edición, Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores. 1975.
82. Hleap J. Escuela de Villarrica, Sistematización de una experiencia de educación popular. Cali. Universidad del Valle 1995.
83. Pakman M. Construcciones de la experiencia humana. Barcelona, Gedisa Vol. 1. 1996
84. Habermas J. Teoría de la Comunicación. México. Editorial Siglo XX 1985.
85. Foucault, M. La arqueología del saber. México. Siglo XX 1983.
86. Foucault Michel. Vigilar y castigar. México. Siglo XX Editores 1980
87. Foucault Michel. La microfísica del poder. México. La piqueta 1992.
88. Beltran J. Aprendizaje. Psicología Educativa. Tomo I. Madrid. Siglo XX Editores 1985. p. 319-388.
89. Grotberg E. Resilience in International Perspective. UAB International Research Center. University of Alabama 1994.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

90. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. Conference on Social Change and Development in Adolescence: a Focus on the Americas. OPS. Washington, D.C. 1992.
91. U.S. Department of Health and Human Services. Continuing Medical Education for U.S. Physicians and Nurses Strategies for Reducing Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Increasing Tobacco-Use Cessation, and Reducing Initiation in Communities and Health-Care Systems. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, GA 30333. 2000; .10 (49).
92. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Congreso de la República de Colombia.
93. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Congreso de la República de Colombia.
94. Plan de beneficios del régimen subsidiado. Acuerdo #72 de 1997. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud de Colombia.
95. Plan de beneficios del régimen subsidiado. Acuerdo #72 de 1997. Artículo 7. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud de Colombia Ministerio de Salud Colombia.
96. Metas, actividades e indicadores de las acciones del PAB. Circular externa No. 18 de febrero 2004. Ministerio de la Protección Social de Colombia.
97. Plan de beneficios del régimen subsidiado. Acuerdo #72 de 1997. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud de Colombia.
98. Plan de beneficios del régimen subsidiado. Acuerdo #72 de 1997. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud de Colombia.
99. Definición del Plan de Atención Básica – PAB. Resolución 4288 de 1996. Ministerio de Salud de Colombia.
100. Expedición de criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud. Resolución 5165 del 2 de agosto de 1994. Ministerio de Salud de Colombia.
101. Plan de ordenamiento territorial. Documento técnico de soporte. Documento CONPES #26 del 23 de diciembre de 2003. Bogotá, Departamento Nacional de Planeación.
102. Silva L, Herrera V, Agudelo, C. Promoción, Prevención, Municipalización y Aseguramiento en Salud, en siete Municipios. Revista de Salud Pública. 2002. (4).
103. Reglamentación parcial del fomento y la prevención de la enfermedad. Decreto 1891 de 1994. Colombia Ministerio de Salud.
104. Lineamientos para el desarrollo del PAB. Resolución 4288 de 1996. Ministerio de Salud de Colombia.
105. Lineamientos para el desarrollo del PAB. Resolución 4288 de 1996. Ministerio de Salud de Colombia.
106. Lopera M, Montoya, P. Evaluación del Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia. 2001. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín 2003.
107. Chávez, B. Evaluación del Plan de Atención Básica en los Municipios descentralizados de Colombia. Universidad de Antioquia. 2001.
108. Eslava, J. Promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista de salud pública. 2002; 4 (1): 1-12.
109. Kreuter M, Lukwago S, Bucholtz D, Clark E, Sanders-Thompson V. Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches. Health Education & Behavior, 2002; 30 (2): 133-146.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

110. Pasick RJ, D'Onofrio CN, Otero-Sabogal R. Similarities and differences across cultures: Questions to inform a third generation for health promotion research. *Health Education Quarterly*, 1996 23(suppl.):142

111. Shah S, Peat JK, Mazurski, EJ, Wang H, Sndhusake D, Bruce C, Henry RL, Gibson PG. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial, *BMJ* 2001; 322;583-587

112. Restrepo Helena. ¹Ministerio de Salud. Municipios Saludables por la paz- Marco de Referencia para su implementación en el país-Dirección de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, Pág.18

113. Bravo Amanda. Habilidades para la vida. Una experiencia de Fe y Alegría en Colombia. Marzo 2003

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

ANEXOS

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Anexo No 1: Generaciones en educación para la salud

De acuerdo con las definiciones establecidas para el concepto de educación para la salud se han postulado una serie de teorías³¹ y modelos³² que buscan producir cambios de comportamiento. Estas teorías y modelos son esenciales para definir y responder a preguntas válidas de investigación, para definir objetivos e identificar grupos poblacionales o factores ecológicos susceptibles de ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y poblaciones (5).

Los modelos que se presentan en este anexo fueron estudiados y clasificados según se hayan considerado como de primera, segunda o tercera generación en Educación para la salud

1. Primera generación en educación para la salud: el modelo informativo

También conocido como: Educación como atención sanitaria (15), Modelo bancario de la salud (69), Modelo médico (70), Modelo educativo (71) y Aproximación cognitiva (72). Este tipo de educación es prescriptiva y complementa a un modelo preventivo. Sus características o principios suponen que la prevención es siempre mejor que la curación y que la conducta de los individuos no desempeña un papel significativo en la conducta de enfermar. Dentro de esta lógica biologicista, la realidad cultural y socioeconómica constituye sólo un determinante de la salud, que difícilmente pueden incluirse en la causa de una enfermedad, lo que implica una orientación de las actividades desarrolladas en el marco de la ES hacia los individuos. Lo anterior incrementa la responsabilidad en el cuidado de la salud (14,15).

31 Para este documento se tomará como teoría a los planteamientos teóricos que explican la naturaleza y causas de un problema dado y mantienen las pautas de las intervenciones. En una revisión realizada por Cabrera citando a Van Ryn (3) se enuncia que la teoría es un conocimiento sistemáticamente organizado, aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias, que se utiliza para analizar, predecir o explicar la naturaleza o expresión de una serie específica de elementos o fenómenos. Es, en resumen, un razonamiento abstracto que articula coherentemente una serie de conceptos o variables (3). Las teorías son un conjunto de principios empíricamente comprobables, o proposiciones relacionadas sistemáticamente entre sí que pretenden especificar la relación entre un grupo de variables y algunas conductas. Son abstractas y sirven para hacer representaciones en una estructura simple de los hechos reales que son complejos y permiten saber qué encontrar y predecir lo que ocurrirá a partir de la interrelación de las variables que lo conforman (7).

32 El término 'modelo' se usa de diversas formas, con los más variados significados e implicaciones, incluso equivocadamente (5). Earp y Ennett (4) señalaron tres formas principales de uso: como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y como estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica (5). Los modelos se derivan generalmente de la teoría, aunque también algunos se derivan de la confrontación empírica cotidiana y se presentan de múltiples formas: como descripciones verbales, como esquemas tridimensionales o como representaciones lógicas, visuales, abstractas o matemáticas, pero siempre para ofrecer una explicación de algo (5). Un modelo es, específicamente, una formulación conceptual que incluye los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Este enfoque ha sido la práctica educativa de mayor arraigo y generalización en los distintos servicios de promoción de salud. Se caracteriza porque está basado en la transmisión del conocimiento “con intención normativa” (16). Desde su óptica, la educación constituye un tratamiento aplicable a las poblaciones, para motivar hábitos de vida saludables. El actor que lidera el proceso educador actúa como agente de salud dispuesto a enseñar (mostrar, decir, transmitir) y masificar el conocimiento médico-sanitario. Generalmente, el rol de la comunidad en este modelo se limita a la solicitud o recepción de los servicios educativos o asistenciales que le dispensa la institución.

Los lineamientos sobre los cuales se desarrolló esta primera generación, puede considerarse como “el proceso educativo un acto permanente de ‘depositar’ contenidos. Acto en el cual el depositante es el educador y el depositario es el educando” (69). Este tipo de modelo educativo puede constituirse en una barrera para la innovación educativa, al ser esta acción educativa incompatible con las actuales concepciones educacionales que tienden a pensar la educación como un acto en que los hombres se educan entre sí, mediatizados por el mundo, tal como postulaba Freire en 1971, como base para una futura educación humanista.

Este tipo de modelo educativo, puede constituirse en una barrera para la innovación educativa, al ser ésta acción educativa incompatible con las actuales concepciones educacionales, que tienden a pensar la educación como un acto en que los hombres se educan entre sí, mediatizados por el mundo, tal como postulaba Freire, en 1971, como base para una futura educación humanista.

De acuerdo a Freire (73), este enfoque educativo se caracteriza porque:

- a) El educador es siempre quien educa; el educando, el que es educado.
- b) El educador es quien disciplina; el educando, el disciplinado.
- c) El educador es quien habla; el educando, el que escucha.
- d) El educador prescribe; el educando sigue la prescripción.
- e) El educador elige el contenido de los programas; el educando lo recibe en forma de “depósito”.
- f) El educador es siempre quien sabe; el educando, el que no sabe.
- g) El educador es el sujeto del proceso; el educando, su objeto.

En este enfoque, se promueve una conciencia sanitaria que concentra todo el poder y la responsabilidad de los problemas de salud en el personal de la institución sanitaria (74). Este tipo de modelo tiene tendencias a mediano plazo y desde las acciones ejecutables, dentro de un presente de alta estabilidad. Se puede afirmar que “este modelo es la expresión de un modelo racionalista *weberiano*, con un alto nivel de abstracción y donde la dinámica propia de la sociedad estaba ausente. Sin embargo, desde el punto de vista cultural, esta visión normativa se ensambla bien con la cultura normativa y verticalista del sistema educativo tradicional”. (75). En la actualidad este modelo está en “desacredito, aunque en la práctica sigue aún vigente” (13).

En el contexto colombiano y de acuerdo con al análisis realizado encontramos que la mayoría de las actuales actividades de educación en salud para la prevención del cáncer que se realizan desde el Plan Obligatorio de Salud, así como las realizadas dentro del Plan de Atención Básica tienen como fundamento esta postura.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

1.1 Teoría de la Difusión de Innovaciones

La difusión de innovaciones es quizás el aspecto de la investigación en comunicación más trabajado, especialmente entre las décadas de los años 50 y 70. Gran parte de esta investigación estuvo vinculada a la creencia de que la adopción de innovaciones, especialmente en la agricultura, resolvería muchos de los problemas económicos del sector rural. Este cuerpo de investigación vinculado a la "transferencia de tecnología", proporciona alguna comprensión sobre la conducta que rige la comunicación y el proceso mediante el cual se introducen o se "difunden" nuevos productos o ideas entre una audiencia. La teoría de difusión de innovaciones aborda la manera en que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se difunden dentro de una sociedad o de una sociedad a otra.

En el área de salud pública, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento, y de los programas y planes de estudio exitosos.

Uno de los hallazgos más útiles de la investigación sobre difusión de innovaciones es que los medios de comunicación son una ruta rápida y efectiva para introducir información nueva o para tratar de influir las actitudes de las personas. Sin embargo, en la etapa de ensayo o de "adopción," los canales interpersonales tienen mayor potencial de influencia. Esto se conoce como teoría de "las dos etapas" y ha sido utilizada ampliamente en la publicidad que emplea "líderes de la opinión", junto con los medios de comunicación, para influir sobre actitudes y conductas de las personas.

La aplicación de la teoría a programas de comunicación en salud significa que una estrategia de comunicación podría consistir en el uso de los medios de comunicación masiva para introducir el mensaje, proporcionar conocimientos, influir sobre las actitudes y reforzar una conducta, de igual manera utilizar intervenciones comunitarias o interpersonales para enseñar e incentivar la adopción de la conducta. Sin embargo, el empleo de los medios de comunicación masiva no es frecuentemente una opción, debido a la falta de espacios en los mismos para servicios públicos o a la carencia de redes extensas de radio y televisión pública disponibles para la transmisión de mensajes sobre salud y desarrollo.

El Ministerio de Salud en Colombia, la Liga Colombiana Contra el Cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología y la Organización Panamericana de la Salud –OPS– han difundido campañas de prevención de cáncer utilizando los medios masivos de comunicación. En tabaquismo, el dinosaurio representando a los fumadores como "una especie en vía de extinción" es quizás uno de los que fue ampliamente más difundidos y quizás por esto tiene un alto nivel recordatorio entre la población.

2. Segunda generación en educación para la salud: la educación para la salud basada en el comportamiento

Conocida como de segunda generación en educación para la salud (14), Educación para el Desarrollo Comunal (14) ó *Stage Models* (70). Surge a partir de una nueva orientación que concibe "la preocupación de la medicina por la conducta" (14), aceptando que el futuro no se explica, necesariamente, por el pasado, sino por las pautas que asuma el individuo en un momento determinado.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Con una clara influencia del conductismo y del enfoque biomédico de los problemas de salud, este segundo modelo define la ES como una técnica dirigida a programar y controlar cambios de actitudes, costumbres y comportamientos de la población con respecto a su salud. Desde esta óptica, al educador sanitario le corresponde actuar como tecnólogo social, preparado para modelar o corregir las actitudes y comportamientos de individuos o comunidades que se diagnostican como enfermos o ignorantes y quienes sólo pueden sanar si participan en los programas institucionales. La consecuencia práctica de este enfoque educativo es el fracaso de programas que son percibidos como impuestos, extraños a la realidad local, pero sobre todo, ajenos a la población, que participa sólo mientras está presente el agente de cambio con sus reforzadores.

Este tipo de enfoque es actualmente el que más raigambre tiene en los modelos y teorías de la ES. La base de este tipo de enfoque se centra en que involucra la relación enseñanza-aprendizaje, generando procesos de intervención en el contexto del continuum salud-enfermedad. Estas estrategias en ES, se han apoyado en tres ejes (14):

1. Desarrollo psicológico de las personas
2. Las diferencias individuales determinadas por las características y necesidades personales
3. Interacción ambiental determinada por la relación con las demás personas y el medio físico

2.1. Teorías y modelos de la segunda generación

2.1.1. Modelo de Creencias en Salud

El modelo de creencias se construyó a partir del trabajo de múltiples autores y grupos sobre propuestas referidas a la motivación y percepción del individuo, aunque se reconoce la fuerte influencia de las teorías de estímulo-respuesta y la teoría cognitiva, ampliamente dominantes durante los primeros cincuenta años del siglo XX (5).

De acuerdo a Navarro, en 1956 G. Hochbaum pone en evidencia que las creencias en salud se encuentran influidas por la aceptación de un diagnóstico, la gravedad de la enfermedad, los beneficios de una acción específica y las barreras para llevarlas a cabo (14).

Posteriormente, Rosenstock sostiene que el modelo de creencias en salud, considera que las actividades psicológicas de las personas, ocurren en una especie de campo psicológico que él denomina espacio vital. Este espacio vital es determinado por medio del comportamiento de las personas, siendo constituido por la totalidad de los hechos que determinan el comportamiento en un momento dado (72). Su planteamiento parte de que las personas y el medio no pueden ser vistas separadamente, ambas constituyen una sola y única realidad a la cual denomina el espacio de la vida, enfatiza que una persona solamente será motivada a tomar decisiones preventivas en acciones de salud cuando cree realmente en su susceptibilidad de contraer el daño, como también las consecuencias serias que podrán venir de tal ocurrencia y que la acción tomada reducirá la amenaza. En el modelo propuesto, se presume que la toma de acciones en salud está estimulada por la susceptibilidad, severidad o gravedad de la enfermedad percibida por el individuo, con relación a la percepción del beneficio que proporciona la evolución de la enfermedad ya instalada (72).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

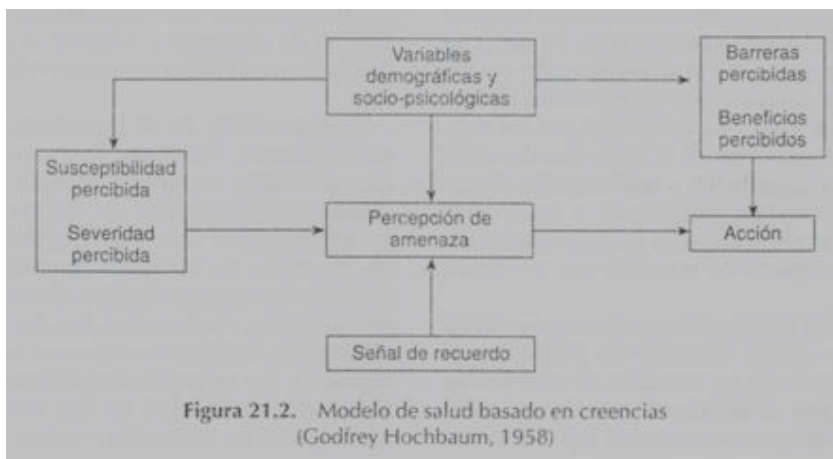


Figura 21.2. Modelo de salud basado en creencias (Godfrey Hochbaum, 1958)

Tomado de Navarro V. Maset, P. Gili, M. Salud Pública. Interamericana. 1997

Asimismo, se considera que los factores sociales son otros determinantes para el desarrollo de una práctica, la comprensión de estos fenómenos complejos requieren de un gran esfuerzo, generalmente, este proceso de comprensión implica que las personas pongan en marcha procesos cognitivos y emocionales para integrar un gran volumen de información y configurar una respuesta individual.

Los factores primordiales influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud

1. Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad y sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias
2. Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) percibidos a la acción que lo ubica en riesgo.

De esta forma el potencial para la acción es el resultado de niveles combinados de susceptibilidad y de severidad percibida en la enfermedad. En cuanto a modalidades de acción es escogida en términos de la ecuación:

Percepción de beneficios - Barreras percibidas = ACCIÓN Y CAMBIO EN SALUD

Además de esas dimensiones, hacen parte del modelo de creencias en salud, algunos estímulos que provocan el proceso de toma de decisiones, que pueden tener origen interno (por ejemplo un síntoma) o externo (influencia de la familia, los amigos, los medios de comunicación, etc.).

2.1.2. Teoría Social Cognoscitiva

Esta teoría tuvo vertiente en la década de los setenta, fue una de las más reconocidas e impulsadas en Estados Unidos y promovida ampliamente por Fishbein, posteriormente retomada por Bandura que la continuó como la Teoría del Aprendizaje Social.

Esta teoría considera que la expectativa se construye con base en experiencias pasadas que pueden generar una consecuencia satisfactoria o insatisfactoria; es decir que, cuando a una persona se le presenta una situación similar a la que ha vivido en el pasado, espera que le suceda lo mismo que ocurrió en esa ocasión; por consiguiente, su libertad de

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

movimiento (76) se ve restringida y la expectativa se refuerza cada vez que el sujeto obtiene la misma consecuencia. Las expectativas no deben confundirse con la esperanza, puesto que las esperanzas son aspiraciones basadas en la necesidad y el deseo. La expectativa se puede convertir en generalizada cuando la situación es muy repetitiva y puede producir distorsión de la percepción e incapacidad para discriminar.

Para entender el aprendizaje y la conducta se tiene que tener en cuenta la formación de expectativas, tasa de aciertos y errores, *la calidad del reforzamiento y el valor de reforzamiento*. Si el valor de reforzamiento del objetivo es alto, se genera una expectativa satisfactoria y conduce al individuo a conseguirlo sin importar si es alcanzable o no.

Toda acción preventiva en el marco de la salud, se ve influenciada por dos factores principales que inducen a la toma acciones:

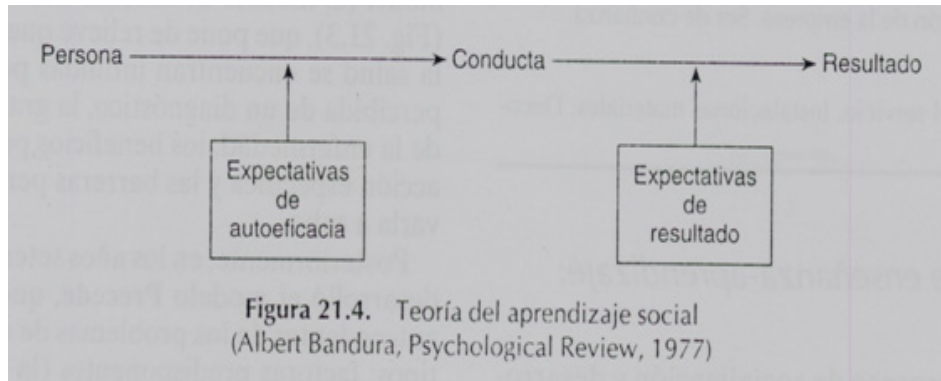
- La persona cree que el beneficio de ejecutar el comportamiento es mayor que los costos, es decir a largo plazo la persona busca que al ejecutar cualquier acción tenga resultados positivos frente a los negativos que se pueden derivar de una acción.
- La persona debe tener un sentido de agencia personal o la auto-eficacia para realizar el comportamiento preventivo, es decir, debe creer que tiene las herramientas y las habilidades necesarias para realizar el comportamiento bajo una variedad de circunstancias.

2.1.3. La Teoría del Aprendizaje Social

Este modelo es uno de los más reconocidos en Estados Unidos. Actualmente tiene gran influencia en los proyectos de intervención comunitaria a nivel de los medios de comunicación. La teoría del aprendizaje social, se enfoca en determinar en qué medida aprenden los individuos no sólo a través de la experiencia directa sino también al observar lo que les ocurre a otros. Tiene como máximo exponente a Albert Bandura (1977), quien postula una teoría general del aprendizaje por observación que se ha extendido gradualmente hasta cubrir la adquisición y la ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos. Precedido por Julian Rotter (1972) quien trabaja en las expectativas, el valor de reforzamiento y la situación psicológica, entre otros. También existen otros autores como Albert Ellis (1958) con su modelo racional emotivo, subrayando las variables cognoscitivas y el manejo correcto de pensamiento para conducir el control emocional. De acuerdo con Cattell (1965) en el contexto se dan los rasgos producto de la herencia y del entorno, tanto físico como mental, estos ocupan su desarrollo por medio del aprendizaje, bien sea mediante el condicionamiento clásico u operante, donde en el primero (...) “un estímulo previamente neutro llega a evocar una respuesta por medio de su asociación con un estímulo que genera la respuesta por vía natural” (77). Y en el Operante, “una respuesta voluntaria se fortalece o debilita según que sus consecuencias sean positivas o negativas; el organismo opera en su ambiente con el fin de producir un resultado específico” (78). Por tanto, el sujeto adopta una respuesta determinada, en función de las recompensas obtenidas al operar una conducta. Aparece Walter Mischel (1981) con su estudio de las variables que determinan las conductas de los organismos y cuyo enfoque es interaccionista. Por ultimo encontramos a Mineka (1992), quien demuestra a través de un experimento con monos el efecto del aprendizaje observacional.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Estos autores, han demostrado, por medio de sus teorías y experimentos, que gran parte del aprendizaje de los organismos se adquiere en el medio social. Observando a los otros, los sujetos aprenden conocimientos, reglas, habilidades y estrategias. Con base en ello, se comporta de acuerdo a los pros y los contras que puede traer comportarse de esa manera. Este modelo ayuda a explicar y a comprender el comportamiento de las personas, aunque fundamentalmente es un modelo útil de intervención. La Teoría dice:



Tomado de Navarro V. Maset, P. Gili, M. Salud Pública. Interamericana. 1997

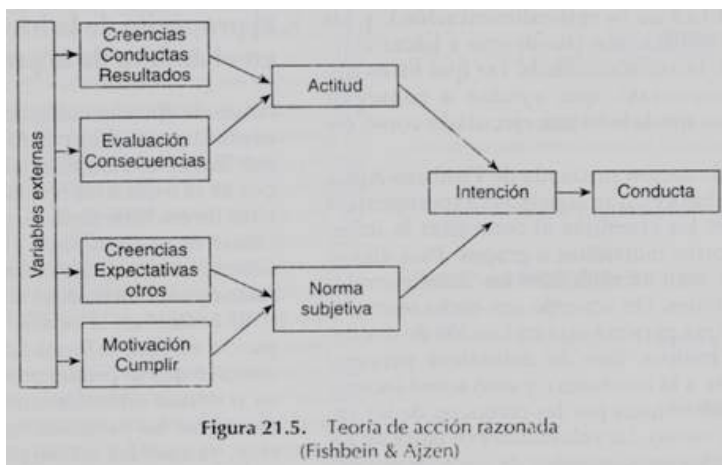
Una persona manifiesta una conducta y observa unos resultados lo que condiciona la conducta que está intervenida por dos variables: las expectativas que tenga de los resultados y la autoeficacia, que es la percepción –creencia- de poder realizar y terminar esa acción (79,80).

2.1.4. Teoría de la Acción Razonada

La teoría de la acción razonada, posteriormente ampliada con la teoría de la acción planeada, argumenta cómo se produce la famosa relación entre las actitudes y la conducta. Los casos en que se ha podido comprobar esta relación obedecen a una premisa fundamental: considerar actitudes y conducta en el mismo nivel de especificidad. Por ejemplo, la conducta de compra de bombillas de bajo consumo tiene similar nivel de especificidad que la actitud ante el consumo energético doméstico, en cambio la actitud hacia el ambiente es más general, por lo que, al no estar en el mismo nivel de especificidad que la conducta anterior, sería un mal predictor de esta (80).

Esta intención es vista como una función de dos determinantes: la actitud de la persona hacia el desarrollo del comportamiento (basado en las creencias sobre las consecuencias de desarrollar este comportamiento, por ejemplo: lo que considera la persona el costo y el beneficio de realizar ese comportamiento) y la percepción de la persona sobre la presión social (o normativa) ejercida sobre el o ella por realizar el comportamiento. Es una teoría que ha tenido gran influencia en los planes de atención de la década de los ochentas y noventas.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co



Tomado de Navarro V. Marset, P. Gili, M. Salud Pública. Interamericana. 1997

2.2. Programas y proyectos con componentes de educación en salud de la segunda generación

2.2.1. Estrategia COMBI³³

El centro mediterráneo para la reducción de vulnerabilidad de la OMS es un centro internacional para la movilización social, el adiestramiento y la investigación operativa. Este centro brinda apoyo técnico a nivel nacional, a nivel regional y mundial adiestrando a los directores del programa y los trabajadores de salud para asegurar su contribución óptima a la prevención, el control y la movilización de la sociedad civil, de los trabajadores de salud y los formuladores de políticas para asegurar la aceptación y la sostenibilidad de los programas. También ofrece un enfoque innovador hacia la movilización social conocida como “COMBI” -comunicación para el impacto conductual-.

COMBI, desarrollado y aprobado durante varios años, incorpora las enseñanzas aprendidas durante cinco décadas de la comunicación de salud pública y de las experiencias de la comunicación de consumidores del sector privado. COMBI presenta una unión nítida de mercadeo, educación, comunicación, promoción y un enfoque de movilización que tiene un efecto dirigido al cambio de conductas por parte de la comunidad.

La estrategia COMBI se ha aplicado en diferentes países en la prevención y control de varias enfermedades como: el dengue en Malasia y Laos; la lepra en Mozambique e India; programas nacionales de TBC en Kenia y Mozambique; y la malaria en Sudán y Afganistán.

El diseño de la guía con la estrategia COMBI, se elaboró con base en el trabajo para el manejo de enfermedades tropicales y se basa en conocimientos de investigación conductual. La guía se ha usado como un recurso de fondo para dos programas de adiestramiento de la OMS, realizados con gran éxito, uno en la República Democrática de Laos en febrero de 2003 y el otro en Nicaragua para la Organización Panamericana de la Salud, en mayo de 2003.

33 Datos tomados de la estrategia COMBI (79)

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Muchos programas todavía se centran sólo en modificar el conocimiento y aumentar la conciencia de la gente, creyendo que la conducta cambiará. Cuando esta no cambia (y, generalmente, ese es el caso) la respuesta habitual es bombardear a la gente con hechos aún más entomológicos y epidemiológicos, a menudo usando técnicas de publicidad complejas. Sin embargo, una mayor información, afiches más elaborados, las camisetas coloridas, los folletos ilustrativos y las cuñas publicitarias llamativas en la televisión rara vez conducen, por sí mismos, a respuestas conductuales si no están orientados hacia la conducta.

Muchas teorías explican el comportamiento humano, pero esta guía se basa en el principio fundamental de que las personas perciben beneficios y barreras con respecto a todas las conductas. Por lo general, los diferentes grupos o sectores de cualquier población perciben distintas barreras y beneficios. Se necesita diseñar y poner en práctica programas que eliminen barreras y aumenten los beneficios para los diferentes sectores de las poblaciones con la que se trabaja:

1. Se debe asegurar constantemente que los valores de la nueva conducta pesen más que los valores de la conducta en competencia.
2. Prestar atención continua al costo y la conveniencia de la nueva conducta comparada con la conducta en competencia.

De acuerdo a los proponentes de esta estrategia, para generar un cambio de conducta se debe tener en cuenta los diferentes momentos por los que se asimila el cambio. Lo anterior hace parte de un proceso gradual³⁴ donde: “primero **E**scuchamos acerca de la nueva conducta, luego nos **I**ntegramos sobre este y más adelante nos **C**onvencemos que vale la pena. Con el tiempo tomamos la **D**ecisión de hacer algo con respecto a nuestra convicción, y posteriormente tomamos **A**cciones sobre la nueva conducta; aguardamos luego la **R**econfirmación de que tomamos una buena acción y si todo está bien **M**antenemos la conducta” (79). De esta manera, las personas avanzan a través de etapas sutiles: “pasan de ser conscientes a estar informados, a convencerse, a decidir tomar medidas, a tomar medidas, a repetir dichas medidas y, finalmente, a mantener las medidas” (79).

Por lo general, la mayoría de los programas logran informar y convencer, pero a menudo no obtienen una conducta nueva que sea eficaz y factible, ni incitan a las personas a tomar medidas hacia la adopción y el mantenimiento de la nueva conducta. Uno puede alcanzar fácilmente las metas iniciales de aumentar la conciencia, informar, educar y convencer a las personas acerca de lo que necesita hacerse. Sin embargo, es un reto muy diferente conseguir y mantener los resultados conductuales.

3. Tercera generación en educación para la salud: una educación para la salud participativa, crítica y emancipatoria

Llamados de tercera generación en educación para la salud (16), Educación para la Autogestión Comunitaria en Salud (14) ó Aproximaciones cognitivas (72). Con la influencia de los principios formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Conferencia Internacional de Alma Ata (10) y de la educación expuesta por Paulo Freire (59,81), se da orientación a las prácticas de educación sanitaria de tercera

³⁴ De acuerdo a los autores se sigue el modelo EIC - DAMR

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

generación en la que se trabaja por la definición conceptual y metodológica de un nuevo enfoque educativo, cuyos objetivos prioritarios son los de fortalecer, desarrollar las capacidades de la población para la acción crítica, concertada y cooperativa frente a los problemas de salud de sus comunidades e interactuar continuamente con los grupos a quienes van dirigidas las acciones (14).

El tercer modelo, con una orientación hacia la capacitación y continuo diálogo, se basa en dos objetivos: la capacitación de las personas para hacerlas autosuficientes en la toma de decisiones relacionadas con la salud y lograr su participación en el proceso educativo (14). Considera la estructura socioeconómica, cultural y ambiental como determinantes de la salud, donde las personas y los grupos humanos aparecen como verdaderos protagonistas del proceso dirigido a su capacitación.

Desde una concepción dialéctica, es decir como manera de concebir la realidad, de aproximarse a ella produciendo un diálogo para "conocerla" y "actuar" sobre ella, para "transformarla", se intenta iniciar un proceso de búsqueda, reflexión y propuesta que brinde elementos esclarecedores para la tarea de empoderar a las comunidades en el proceso salud-enfermedad (82). Teniendo en cuenta este enfoque y considerando que "ningún conocimiento se libera de la determinación del contexto social en el que surge" (82), es necesario comprender algunos aportes teóricos actuales que facilitan el abordaje y la comprensión de una realidad compleja e históricamente determinada en el estudio de la educación en salud. Donde se busca que se haga un giro "de la práctica singular al diálogo con lo plural" (82).

Desde la tercera generación, se soporta la relación educación/comunicación/vida cotidiana, en la que se tiene en cuenta diferentes aproximaciones, como:

1. Un enfoque histórico – dialéctico, a través del cual las experiencias forman parte de una práctica social e histórica general e igualmente dinámica, compleja y contradictoria que puede ser leída y comprendida como una unidad rica y contradictoria, plena de elementos constitutivos que se hallan en movimiento propio y constante (83).

2. Un enfoque dialógico e interactivo, en el que las experiencias son entendidas como espacios de interacción, comunicación y de relación; pudiendo ser leídas desde el lenguaje que se habla y en las relaciones sociales que se establecen en estos contextos. A través de este enfoque se puede construir conocimiento a partir de los referentes externos e internos que permiten tematizar las áreas problemáticas expresadas en los procesos conversacionales que se dan en cualquier práctica social (84). En este sentido es fundamental reconocer toda acción como un espacio dialógico, relacionar diálogo y contexto, o sea introducir el problema del poder y de los dispositivos comunicativos de control, reconociendo en las diferentes situaciones los elementos que organizan, coordinan y condicionan la interacción (85, 86, 87).

3. Un enfoque hermenéutico, a través del cual se pone en consideración la necesidad de entender a los actores sociales en el desarrollo de razones prácticas reflexivas, mediante el esclarecimiento de intencionalidades, predisposiciones, hipótesis, sentidos y valoraciones que subyacen en la acción. Se busca develar los juegos de sentido y las dinámicas que permiten reconstruir las relaciones que se dan entre los actores, los saberes y los procesos de legitimidad, esto es dar cuenta de la densidad cultural de la experiencia (64).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

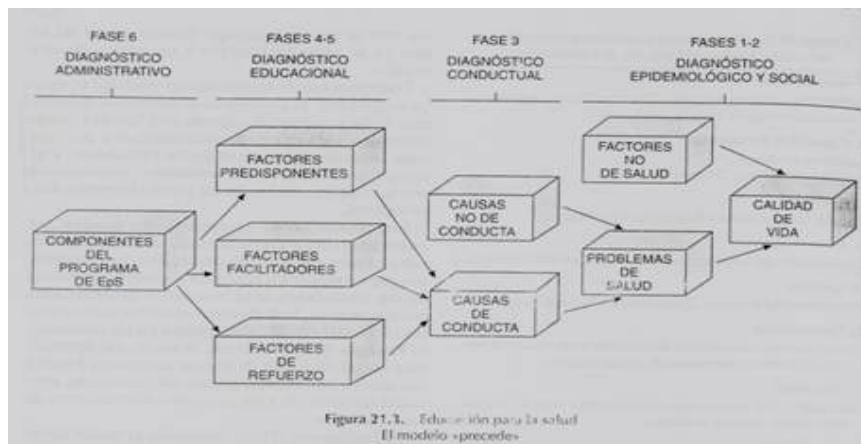
4. Un enfoque de la reflexividad y la construcción de la experiencia humana: estos enfoques asumen la implícita epistemología de la práctica, basada en la observación y el análisis de los problemas que no tienen cabida en el cuerpo teórico aprendido o aplicado. En este tipo de procesos se descubre que, al recuperar y reflexionar la experiencia, el sujeto se reconoce observando, hablando y actuando y esto le permite el deslinde de la experiencia de su lógica de explicación, en el mismo acto de comprenderla y explicarla (88).

La lógica de estos enfoques se centra en el pensamiento de Freire (81), por el cual se sustenta una pedagogía en la que el individuo aprenda a cultivarse a través de situaciones de la vida cotidiana en la que él vive. El sujeto debe construir su realidad a través de las circunstancias que generan el devenir cotidiano (81). Las esferas que son construidas por el individuo le permiten reflexionar y analizar el mundo en que vive, pero no necesariamente para adaptarse a él, sino para reformarlo y hacerlo conforme a la demanda histórica en la que se ha expuesto (60). Este tipo de aproximaciones sólo van a tener éxito si se cumple el paso de manera progresiva por estos dos momentos distintos: el primero, se refiere a tomar conciencia de la realidad en la que el individuo vive en una continua disputa de relaciones de poder y el segundo, se evidencia en la iniciativa de los sujetos de transformar su situación frente a los poseedores del poder.

3.1. Teorías y modelos de la tercera generación

3.1.1. Modelo Precede - Procede

El modelo es un diseño de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter en los años setenta para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Señala que los antecedentes de los problemas de salud son de tres tipos: predisponentes, facilitadores y reforzadores. Los factores predisponentes son los que se asocian al nivel de conocimiento de la persona como la información, las actitudes, los valores, las creencias y las percepciones. Los factores facilitadores tienen que ver con las condiciones circundantes del individuo como las habilidades y la existencia de servicios de salud. Los factores reforzadores se refieren a las actitudes y conductas del entorno. Estos factores determinan el comportamiento sobre el que se quiere intervenir (14).



Tomado de Navarro V. Marset, P. Gili, M. Salud Pública. Interamericana. 1997

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Asimismo, considera que la población foco de estudio es heterogénea y por lo tanto se debe segmentar de acuerdo a las características presentes, con el fin de resolver el problema a tratar. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza.

Este principio se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con condiciones similares como: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida. Este modelo impulsa la planificación inversa, de manera que sean las conductas las que guíen el proceso de planificación de intervenciones.

De acuerdo a lo anterior, los planes se dirigen a las comunidades de acuerdo como sea la respuesta de los individuos. Se parte del hecho que siempre hay una serie de procesos establecidos, por lo cual hay que adentrarse en el conocimiento de estos, y a partir de la caracterización de éstos, *proceder*, es decir establecer acciones de acuerdo a lo ya posicionado.

Varios estudios demuestran que los cambios en el comportamiento perduran mas cuando las personas han participado activamente en estos y la toma de decisiones acerca del cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso, los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de su comportamiento y a través del cambio de políticas que influyen en sus comportamientos. Este modelo pretende adentrarse en la realidad de un problema y desde allí actuar y buscar soluciones (16).

3.1.2. Modelo de co-orientación

Este modelo se construye sobre la relación-interacción que debe existir entre los agentes que se involucran en cualquier práctica. Los componentes son: a quién va dirigida una acción y quién dirige la acción. El primer componente debe sentarse sobre el acuerdo y la precisión. La segunda se construye sobre la percepción de acuerdo y la precisión (89). El objetivo es demostrar relaciones funcionales, de esta manera se rechazan las explicaciones del aprendizaje: la teoría del *by doing* (aprender haciendo), la teoría de la experiencia y la teoría del ensayo y error (90).

Este modelo se apoya en tres metáforas o formas de explicar la persona educada:

1. La maduración (la educación consistiría en favorecer el desarrollo natural).
2. La adquisición de conocimientos del ambiente (el énfasis está aquí en las estructuras internas y no en la conducta).
3. La construcción (por la cual se configura la conducta del alumno).

Este modelo tiene como antecedentes la teoría social cognitiva y la teoría de la información -que conciben el organismo como una realidad activa que procesa y actúa sobre los mensajes-. A través de este modelo se busca no sólo predecir y controlar la conducta, sino también explicarla, opera con unos esquemas interpretativos alejados de la secuencia mecanicista estímulo-respuesta y más cercanos al procesamiento de la información y atribuye la significación psicológica del cambio de conducta, no tanto a los sucesos externos del ambiente sino a complejas situaciones mentales y a mecanismos de carácter interior (152).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

De acuerdo a lo anterior, el modelo se centra en cinco áreas de investigación: el aprendizaje, la estructura del conocimiento, la solución humana de problemas, el desarrollo cognitivo y la intervención. La co-orientación trata de aplicar los principios psicosociales a los problemas humanos y aborda los temas que interesan al funcionamiento social de los individuos y grupos en el propio contexto. En últimas el modelo tiende a favorecer el desarrollo de una variedad de estrategias –orientaciones– en la toma de decisiones y el actuar humano (91).

3.1.3. Modelo de Organización Comunitaria

La *organización comunitaria* tiene sus bases en teorías de redes sociales y apoyo. Hace hincapié en la participación activa y el desarrollo de comunidades que pueden evaluar y resolver mejor los problemas sociales de salud. El desafío de activar y hacer participar a grupos de población específicos, que con frecuencia están subatendidos, es algo con que se enfrentan muchas organizaciones de salud pública. Los modelos de la organización comunitaria son útiles para desarrollar programas que mejoren la salud en situaciones donde la población no recibe atención de salud necesaria.

La organización comunitaria es el proceso mediante el cual se ayuda a los grupos comunitarios a identificar problemas o metas comunes, movilizar recursos y elaborar e implantar estrategias para lograr sus metas. Tiene sus raíces en varias perspectivas teóricas: la perspectiva ecológica, la perspectiva de los sistemas sociales, las redes sociales y el apoyo social. También es compatible con la teoría del aprendizaje social y puede ser utilizada en forma fructífera junto con las estrategias a esta teoría.

3.2. Programas y proyectos con componentes de educación en salud de la tercera generación

3.2.1. MONICA (Monitoreo de Tendencias y Determinantes en Enfermedad Cardiovascular)

El Proyecto MONICA (monitoreo de tendencias y determinantes en enfermedad cardiovascular) se diseñó para contestar los interrogantes surgidos en la Conferencia de Bethesda, en 1978, sobre la declinación en la mortalidad por enfermedad coronaria.

Este proyecto, ideado en 1979, desde mediados de los años ochenta hasta mediados de los noventa, logró interesantes cambios en la intervención de la enfermedad coronaria. En su duración participaron cerca de 21 países, quienes estudiaron las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y los correspondientes factores de riesgo en lo que ha sido el mayor estudio en colaboración emprendido hasta la fecha.

3.2.2. CINDI: Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No Transmisibles (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme)

Siguiendo el ejemplo del Proyecto de Karelia del Norte –PKN– y otros programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en América del Norte y Europa, la Oficina Regional de la OMS para Europa inició el Programa Nacional Integrado de Intervención contra Enfermedades No transmisibles (CINDI) –en inglés, según sus siglas: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme– que

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

comenzó con programas nacionales de demostración de 1985 a 1992. El CINDI, representa un proyecto importante de colaboración entre países con diferentes grados de desarrollo y poblaciones diversas, a diferencia del PKN que comenzó en una región pequeña dentro de un país.

El objetivo principal del CINDI es reducir los factores de riesgo comunes y simultáneamente lograr el mejoramiento de la salud, mediante la reducción de la morbilidad y la mortalidad causada por las Enfermedades No Transmisibles –ENT-. Las áreas de intervención incluyen el tabaquismo, la hipertensión arterial, la nutrición, el colesterol elevado en la sangre y los programas dirigidos a la juventud. CINDI persigue sus metas valiéndose de mecanismos similares a los del PKN y utiliza:

- Actividades integradas para las que aprovecha la infraestructura sanitaria y los recursos esenciales para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los servicios de atención básica del área
- Extensión comunitaria por los medios de comunicación social, y educación pública
- Educación profesional, participación y cooperación intersectorial del sector sanitario y de los demás sectores de servicios
- Colaboración internacional para intercambiar experiencias en materia de ejecución, resultados y otros estudios
- Evaluación y métodos de investigación rigurosos
- Instrumentos adecuados para divulgar los resultados de las evaluaciones y lograr venderlos a los encargados de formular políticas locales y nacionales con el fin de lograr consenso y apoyo seguro.

Los programas CINDI aplican el mismo protocolo y normas comunes para su elaboración, ejecución, vigilancia y evaluación a medida que los programas pilotos pequeños, lleguen a formar parte de una intervención nacional. El CINDI también ha establecido varios grupos de trabajo para reevaluar continuamente sus actividades y mejorarlas con el fin de lograr el éxito en los ámbitos propuestos.

En el 2002, el CINDI tenía proyectos piloto en 105 zonas así como en 29 países de Europa y Canadá. El CINDI no es solamente una labor de colaboración trascendental para prevenir las ENT en la región de Europa, sino que también se ha convertido en un modelo para la elaboración de otros programas regionales de la OMS. Las estructuras de ejecución del CINDI se parecen a las que ha usado provechosamente el PKN, pero el CINDI ha avanzado un poco más. Sus amplios instrumentos de evaluación pueden proporcionar un análisis muy detallado y uniforme de los resultados, integrados en un plan maestro para la medición crítica de las iniciativas de prevención de las ENT en la comunidad.

3.2.3. CARMEN: Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles

El proyecto Carmen nace en 1996, cuando la OPS dio los primeros pasos para apoyar a los programas integrados de prevención de las ENT en las Américas, la OPS aprovechó la experiencia y la colaboración del CINDI para elaborar la iniciativa CARMEN. Esta es una iniciativa liderada por OPS y tiene por objetivo mejorar el estado de salud de las poblaciones mediante la reducción de los factores de riesgo comunes a las ENT. Este modelo de salud pública considera el proceso salud–enfermedad de forma continua y

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

completa, sin considerar factores aislados de riesgo o intervenciones preventivas específicas.

Se parte del principio que la mayor parte de las enfermedades no transmisibles son prevenibles o se pueden detener. Muchas son reversibles y curables y otras tantas son susceptibles de prevención secundaria. No obstante, la lucha contra las ENT depende de la detección oportuna y del control de los factores de riesgo principales.

Los principales riesgos son:

En las personas		En las comunidades (factores contextuales)	
Factores de riesgo generales	Edad, sexo, escolaridad y composición genética	Condiciones sociales y económicas	Pobreza, empleo y composición familiar
Factores de riesgo conductuales	Tabaquismo, régimen alimentario inadecuado e inactividad física	Medio ambiente	Clima y contaminación del aire
		Cultura	Prácticas, normas y valores
Factores de riesgo intermediarios	Niveles de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad	Urbanización	Influencia en la vivienda, en el acceso a los productos y servicios

Los componentes claves del proyecto son:

- Las actividades innovadoras de comunicación social
- La participación de numerosas organizaciones comunitarias y de los residentes
- La participación sistemática de los proveedores de atención primaria de salud y de otros servicios
- Los programas de capacitación, que comprenden a proveedores no tradicionales (es decir, al personal no profesional)
- Los cambios ambientales mediante colaboración entre socios, incluyendo la colaboración con la industria alimentaria
- Las actividades de cambio en las políticas y la colaboración estrecha con los encargados de formular las políticas sanitarias nacionales
- La vigilancia y la retroalimentación constantes para mejorar los procesos de intervención.

Los principios sobre los que se crea CARMEN son:

1. Abordar el problema desde una perspectiva sistémica amplia y cohesionada, basada en pruebas epidemiológicas y que considere el contexto social y el entorno internacional
2. Evaluar la efectividad de las medidas aplicadas para promover cambios de política, elaborar programas comunitarios o intervenciones desde los servicios de salud
3. Contar con asistencia financiera y una infraestructura de apoyo para lograr la sostenibilidad y la cobertura
4. Tener en cuenta las necesidades y las perspectivas de la población para que puedan participar activamente en los programas de prevención y control.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

3.2.3. Municipio Saludable

“La estrategia de municipios saludables está inspirada en el movimiento de ciudades saludables de Europa y Canadá, surgió en la década de los 70 en Canadá, con el fin de resolver los problemas sociales, ambientales y de salud que genera el desarrollo económico y los procesos de industrialización de la sociedad contemporánea”(111). Un Municipio Saludable es un “escenario geopolítico y humano en construcción permanente en donde existe gobernabilidad, voluntad y compromiso político manifiesto para propiciar el desarrollo de sus habitantes, mediante la implementación de proyectos sectoriales e intersectoriales, participación social y comunitaria con el fin de lograr equidad, autonomía y crecimiento social.

La Organización Panamericana de la Salud en 1990 tomó el liderazgo de impulsar este movimiento en América Latina, teniendo como base los procesos de descentralización que se estaban dando en diferentes países, la transformación de sistemas nacionales de salud en sistemas locales y el papel que juega el municipio en el mejoramiento de la salud, tanto rural como urbana. En Colombia esta propuesta surge en 1992, el Ministerio de la Protección Social con la OPS ha realizado acciones de divulgación de la estrategia en varios municipios, así como la participación en la socialización de experiencias, disponiendo de recursos para que diferentes instituciones y sus dirigentes conozcan experiencias de otros municipios que desarrollan esta misma estrategia.

De las experiencias que se destacan, se encuentran la de Versalles en el Valle y la de Manizales, así como en Huila y Medellín. En Bogotá, la Universidad el Bosque formuló una propuesta académica en el marco de la estrategia de Municipio Saludable. Otro de los aspectos que da fuerza al desarrollo de la estrategia de Municipios Saludables, es el fortalecimiento de habilidades para la vida, que se refiere a “los diferentes procesos educativos, pedagógicos, de información y comunicación que el municipio desarrolla mediante educación formal (escuelas, colegios, institutos) y no formal (talleres de capacitación institucionales y comunitarios)” (112).

3.2.4. Escuela Saludable

"Escuelas saludables" es un programa intersectorial que se lleva a cabo en Colombia en forma conjunta entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El concepto de salud es tratado aquí ampliamente e implica que un buen estado de salud es aquel que posibilita, al mismo tiempo que requiere, una convivencia pacífica. El componente del medio ambiente escolar y los entornos saludables no sólo implican el estado físico y estructural de la escuela, sino que incorporan aquellos elementos constitutivos de las relaciones entre los individuos, que facilitan la posibilidad de crear un escenario propicio para el libre desarrollo de la personalidad.

El propósito último de esta estrategia es responder en forma efectiva a la problemática de salud de los escolares y contribuir con el pleno desarrollo de sus potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas, sociales y espirituales mediante acciones pedagógicas, de promoción y prevención, ambientales y del entorno, dirigidas a la comunidad educativa que buscan "transmitir los conocimientos y destrezas que promuevan el cuidado de la propia salud y ayuden a prevenir comportamientos de riesgo" . A través de la escuela se convoca a los diferentes sectores y a la sociedad civil con el objeto de promover el desarrollo humano y social de la comunidad educativa.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

El concejo directivo de cada institución educativa analiza la problemática de sus estudiantes para desarrollar acciones que minimicen las situaciones adversas y garantizar que todos los niños y niñas tengan niveles básicos de salud. La experiencia de Teruel-Huila, es un ejemplo al demostrar avances en el “mejoramiento de hábitos higiénicos, fomento de la buena nutrición, huertas escolares, casetas de reciclaje, recuperación de micro cuencas, prevención de enfermedades y padres semillas de paz”. Esta estrategia se replicó y en la actualidad cuentan con ocho escuelas saludables -cinco en el área rural y tres en la zona urbana del Huila-.

3.2.5. Habilidades para la vida

El concepto de habilidades para la vida (“life skills”) surgió, hace algunas décadas, como respuesta a la necesidad de incluir en el currículo escolar, elementos que pudieran ayudar a los estudiantes a hacer frente a riesgos, toma de decisiones, situaciones de emergencia y estrategias de supervivencia. En la actualidad las Habilidades para la vida, se consideran “capacidades” (conocimiento, habilidades, valores, actitudes, comportamientos) para enfrentar exitosamente los desafíos diarios de la vida (privada, profesional y social) con el fin de proyectar un futuro mejor.

Las Habilidades para la vida principales hacia las que se dirigen los programas son: el desarrollo de la comunicación efectiva, el conocimiento de sí mismo, la empatía, la resolución de problemas y toma de decisiones, el pensamiento crítico, el pensamiento creativo, la capacidad para establecer/ mantener relaciones interpersonales, la asertividad, el manejo de las emociones y el estrés, el autoestima y la resiliencia³⁵.

Así descritas y enmarcadas en el contexto de la salud, son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de habilidades personales para la promoción de la salud señaladas como un área de acción clave en la carta de Ottawa de 1986. El desarrollo de habilidades para la vida ha formado parte de los programas de adolescentes alrededor del mundo, ya sea como elemento de desarrollo de los jóvenes, formación de valores, prevención de embarazos precoces, planificación de la vida, aprendizaje social y emocional, iniciativas para la prevención de abuso de drogas y la solución de conflictos y la prevención de conductas negativas o de alto riesgo, tales como el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, sexo inseguro y violencia. Los resultados obtenidos han sido tan gratificantes que organismos internacionales como la UNICEF, la OMS y la OPS han apoyado iniciativas que fomentan el desarrollo de este tipo de programas.

En Colombia el programa de habilidades para la vida ha sido liderado por el programa Fe y Alegría, quienes promueven el desarrollo humano integral, la promoción de la convivencia pacífica, los estilos de vida saludables y la prevención de problemas psicosociales. Este programa ha sido desarrollado en diferentes ciudades de Colombia³⁶.

35 El concepto resiliencia se considera como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas, e inclusive, ser transformados por ellas (32). Así como el conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano, considerando la conjugación de atributos personales y factores ambientales (33)

36 De acuerdo a la información publicada en la página WEB de Fe y Alegría, se considera que aproximadamente 35.000 estudiantes se han beneficiado del programa en 20 ciudades, entre 1997 y 2003, el cual puede atender demandas desde Barranquilla, Cali, Bucaramanga, Cúcuta, Medellín, Manizales y Bogotá.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

Anexo No. 2 La educación en salud dentro del sistema general de seguridad social en salud

La Constitución Política de Colombia “garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (92). En la Ley 100 de 1993, se reafirman estos conceptos cuando en sus artículos 3 y 4, respectivamente, se establece que “el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la Seguridad Social” (93), siendo esta entendida como “un servicio público obligatorio cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y será prestado por las entidades públicas o privadas” (94). Dentro de las actividades de seguridad social, se incluyen las relacionadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aspectos que se han consignado en las actividades de educación, que de acuerdo al Artículo 1 del acuerdo 72 de 1997 agrupa “las acciones de promoción de la salud [dirigidas] al individuo y a la familia, según el perfil epidemiológico de los afiliados, con el ánimo de mantener la salud, promover estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado y la solidaridad” (95).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contempla dos planes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Atención Básica (PAB). El primero cubre un plan mínimo de beneficios individuales organizados por la lógica del mercado de aseguramiento; dentro de estos se incluye la educación en salud, como uno de los componentes de la prevención. El segundo, el PAB se integra por las actividades colectivas de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la vigilancia en salud pública en donde el componente de educación a la comunidad tiene una relevancia particular por cuanto se plantea la necesidad de un abordaje intersectorial.

1. Plan Obligatorio de Salud –POS-

El Plan Obligatorio de Salud es la herramienta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por medio del cual “se permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y complejidad que sean definidos”. El POS contempla actividades individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales deben ser desarrolladas de maneras diferentes de acuerdo al nivel de complejidad de las instituciones de salud. El POS es de dos tipos: contributivo (para los que cotizan) y subsidiado (para quienes lo reciben como subsidio). Tanto en el uno como en el otro se incluyen actividades de atención personal de promoción y prevención.

Dentro de la atención básica del primer nivel, se encuentran las acciones de promoción y educación, que comprenden las acciones de educación en derechos y deberes en el SGSSS y desarrolla acciones de salud dirigidas a los individuos y a las familias, de acuerdo a las condiciones del contexto y los problemas de salud propios de cada sitio, con el fin de consolidar un estado óptimo de salud a través de la promoción de estilos de vida saludables y dotar a los individuos y los grupos en el propio cuidado de la salud en busca de un incremento de la calidad de vida (96).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

En el acuerdo 72 de 1997 se relacionan los contenidos de las acciones de promoción y educación en forma individual, familiar o grupal que deberán orientarse a:

1. La promoción de la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.
2. La promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR): en este campo se trabaja de forma conjunta mediante estrategias de información, educación y movilización con otros sectores, especialmente de educación, en aspectos como: la promoción del suministro de métodos de anticoncepción a adolescentes desplazados no asegurados, la promoción del desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes, así como la evaluación de la percepción que ellos tienen sobre los servicios, los factores protectores y los comportamientos de riesgo (97). Específicamente para el cáncer de cuello uterino, se desarrollarán estrategias de IEC para promover la toma de la citología cérvico uterina y la prevención de los factores de riesgo asociados.
3. La promoción de la salud en la tercera edad.
4. La promoción de la convivencia pacífica, con énfasis en el ámbito intrafamiliar.
5. El desestimular la exposición al tabaco, al alcohol y a las sustancias psicoactivas.
6. La promoción de las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario.
7. El incrementar el conocimiento de los afiliados en los derechos y deberes, en el uso adecuado de los servicios de salud y en la conformación de organizaciones y alianzas de usuarios.

Estas acciones deben ser desarrolladas para toda la población siendo las entidades territoriales, en coordinación con la dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, las encargadas de verificar el cumplimiento de esta obligación. Para este propósito las Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS- deberán presentar un reporte trimestral de las actividades adelantadas. Dicho reporte se elaborará en el formato único establecido por el Ministerio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado. De las irregularidades encontradas debe darse informe a la Superintendencia de Salud. En el evento de incumplimiento, por parte de las ARS, la entidad territorial descontará en los pagos siguientes los valores no ejecutados por concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los reintegrará a la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA (Fondo de solidaridad y garantías).

En la norma también se contempla el manejo dentro del POS para las población indígena, el cual debe ser ajustado y concertado entre las mismas comunidades, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial, con aprobación de los consejos territoriales de Seguridad Social en Salud, dentro del tope máximo de la UPC (Unidad de pago por capitación) subsidiada³⁷ (98).

El POS contiene acciones de promoción y prevención a nivel individual, familiar o grupal que deben ser prestados obligatoriamente por las Entidades Promotoras de Salud (ES), las ARS a sus afiliados y por las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas a los vinculados, su reglamentación está contenida en la Resolución 3997/96.

37 Acuerdo Numero 72 de 1997. Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

2. El Plan de Atención Básica -PAB-

El PAB se define como el conjunto de acciones realizadas por los entes territoriales, la comunidad y los servicios de salud con el ánimo de propender por una mejor condición de salud. El fin de estas acciones es dotar a la gente de los medios y condiciones para ejercer un mejor control sobre el entorno, su salud y la de su comunidad (99). Dentro del PAB se incluyen aquellas acciones de salud pública, mediante las cuales se busca garantizar un entorno sano, orientar y coordinar a la población para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad; es de carácter gratuito, obligatorio y de cobertura universal. El PAB debe ser parte integral de los Planes Sectoriales de Educación y Salud³⁸ (100, 101, 102) y deben ser elaborados por los departamentos y distritos.

En tal sentido, corresponde a los gobernantes, a través de las direcciones departamentales y locales de salud, orientar y desarrollar la infraestructura necesaria e implementar los procesos requeridos para el cumplimiento de las acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. El alcalde, como director de la política local, debe liderar las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de la población de su municipio, garantizando el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud, el desarrollo del Plan de Atención Básica y la oferta de servicios del primer nivel de atención para la población no asegurada, para lograr esto debe, entre otros aspectos, promover la participación social.

Las acciones del PAB son de dos clases: por un lado, están las de obligatorio cumplimiento, como la información a la población sobre derechos y deberes en el SGSSS, desarrollo del sistema de vigilancia en salud pública, y por el otro lado, están los proyectos intersectoriales en salud pública como la adopción de estrategias de municipios saludables y escuelas saludables, entre otras (103).

En el PAB se deben articular las acciones de todos los sectores y fuerzas vivas de la sociedad hacia la formulación y el desarrollo de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables a la salud en las dimensiones físicas y sociales, el desarrollo de aptitudes personales y colectivas para la protección y fomento de la salud y el redireccionamiento de los servicios de salud hacia la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Para lograr este proceso se hace necesaria la priorización en el diseño de planes, programas, estrategias y actividades encaminadas a la capacitación de la población, procurando una mejor interacción con la misma comunidad en la cual se desenvuelven (104).

Para el desarrollo del PAB se debe (105,106):

- a. Capacitar el recurso humano para la promoción de la salud, y en especial el adelanto de programas dirigidos a las promotoras de salud y demás personal de salud
- b. Desarrollar programas de educación interpersonal a grupos específicos de la población para el desarrollo de comportamientos saludables
- c. Desarrollar programas de educación para la mujer en aspectos de salud reproductiva y educación sexual en las zonas menos desarrolladas del país
- d. Desarrollar programas de comunicación para la salud a través de medios masivos que tengan por objeto educar a la población en prevención y fomento

38 Resolución 5165 del 2 de agosto de 1994, y documento CONPES 026 de la Política Social

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

- e. Organizar y promover las acciones de diagnóstico precoz para tamizaje por riesgo como programas especiales de citología vaginal, examen de mama, sintomáticos respiratorios, centinela de sida prenatal y garantía de calidad en sangre³⁹.

Dentro de las acciones de promoción del PAB se encuentran las siguientes (105,106):

1. Prevención del uso de sustancias psicoactivas nocivas para la salud
2. Promoción de la salud sexual y reproductiva: en esta se articulan las intervenciones de los diferentes planes de beneficios alrededor de las siguientes líneas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual de los adolescentes, infecciones de transmisión sexual, violencia doméstica y sexual y cáncer de cuello uterino (las acciones en este campo se dirigen al fomento de la toma de la citología de cuello uterino y la prevención de los factores de riesgo)
3. Promoción de la alimentación sana y prevención de los problemas derivados de la malnutrición: mediante el diseño de estrategias de IEC se promueve la alimentación saludable, prevención de la deficiencia de micronutrientes en los diferentes grupos de población, especialmente en gestantes y menores de 5 años, así como la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, difusión de las guías alimentarias y la capacitación al personal de salud en el manejo de las mismas.
4. Municipios saludables (107)
La información sobre Municipios Saludables la puede encontrar en el **Anexo No. 1.**
5. Escuelas saludables

La información sobre Escuelas Saludables la puede encontrar en el **Anexo No. 1.**

6. Promoción de la convivencia pacífica y prevención de la violencia intrafamiliar
7. Estrategias de Información educación y comunicación (IEC)
Las estrategias de IEC buscan dar a conocer a la población sobre los deberes y derechos que tienen dentro del SGSSS, el conocimiento de factores protectores y factores de riesgo para la salud y el fomento de la participación social, con el ánimo de generar un impacto importante en la comunidad (115). La IEC se debe entender e implementar como una estrategia que supere la idea errónea que se tiene de promoción de la salud que reduce sus actividades a la charla o el taller dirigido a un pequeño grupo de personas. Es el diseño y la ejecución de estrategias y metodologías integrales de información y comunicación acordes con la realidad cultural de cada región teniendo en cuenta y haciendo especial énfasis en el grupo de riesgo que se desea impactar. El plan de IEC debe ser elaborado por las direcciones departamentales de salud, de acuerdo con la situación de salud de su departamento y teniendo en cuenta los proyectos priorizados dentro del Plan de Atención Básica. El Plan se debe elaborar teniendo en cuenta las etapas de: análisis de prioridades de intervención, definición de la audiencia o población a la que se quiere llegar, objetivos educacionales acerca de lo que espera la audiencia y los cambios que se esperan en la población.

Como puede verse en lo previsto en la Ley 100 para el PAB, este plan “está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad o aquellas que son dirigidas a

39 Colombia Ministerio de Salud. Decreto 1891 de 1994. Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2,3,4,10,21 y 22 de la ley 60 de 1993 y el artículo 160 del decreto ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento y prevención de la enfermedad

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

los individuos, pero tienen altas externalidades, como: la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles y de enfermedades tropicales” (106).

3. Limitaciones y Alcances

El reordenamiento del Estado a partir de la Constitución Política de 1991 y la transformación del SGSSS, dio mayor competencia a los municipios en materia de salud y los ha facultado a asumir un papel más protagónico en su fortalecimiento y desarrollo⁴⁰. Sin embargo, es evidente que los alcances en promoción de la salud y prevención de la enfermedad han sido limitados.

El Estado, a pesar del proceso a favor de su reducción, sigue teniendo, a través de los entes territoriales, una gran responsabilidad frente a la salud. Sin embargo, la fragmentación del actual SGSSS sumado a los problemas estructurales de los municipios hace difícil la aplicación de medidas eficaces para mantener y mejorar la calidad de vida de las poblaciones. Esta situación se ejemplifica con el contenido que expone el estudio de Municipios Centinelas de 1998, realizado por el Ministerio de Salud de Colombia con la participación de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, donde se revisaron los avances del SGSSS y los procesos para la implantación de la reforma en el ámbito municipal. Los resultados evidenciaron que “hay un desarrollo precario del PAB, un incipiente desarrollo institucional de los municipios caracterizándose por la falta de compromiso de los alcaldes y demás actores, la incapacidad técnica para la gestión de los planes y la falta de claridad en la destinación de recursos asignados” (107).

Esta situación se ve complicada con el peso que tienen las acciones individuales dentro del sistema, ya que se espera que “las personas deben asumir un estilo de vida saludable, aportando elementos a favor de la salud, ya que un Estado benefactor no es capaz de brindar lo necesario, por muchos que se esmere” (108). Esta afirmación demuestra que dentro del SGSSS del mismo sistema se asume la necesidad de dotar al individuo de acciones que le permitan tomar decisiones sobre su propia salud, ante los problemas que tiene el mismo Estado. Además se debe tener en cuenta que el Estado, a partir del cambio de sistema está en un proceso de transición y está acondicionando las diferentes formas de asumir todo lo relacionado a la protección social.

Al entrar a mirar específicamente las acciones de educación en salud dentro del PAB y del POS, se encuentra que en el SGSSS se han logrado avances. Sin embargo, se han generado un conjunto de problemas y dificultades en el área de promoción y prevención, con respecto al desarrollo institucional, la planeación, la gestión, las herramientas de vigilancia y la capacitación.

Aunque con génesis y desarrollos diferentes, la promoción y la prevención han logrado un puesto específico en el discurso sanitario y una vitalidad descollante que las hace un campo en permanente movimiento y evolución. Sin embargo, dos obstáculos siguen interponiéndose en el camino: el primero, tiene que ver con el gran peso que tiene aún el

40 Lineamientos para el desarrollo del PAB. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. 2002

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

componente curativo en los sistemas de salud el cual opaca en mucho la labor desarrollada desde los otros componentes, y el segundo, tiene que ver con una confusión y cierta sutil rivalidad que se ha generado entre promoción y prevención lo que ha llevado a que se sobrepongan acciones, se generen suspicacias y, en últimas, se impida el despliegue de estas dos dimensiones del accionar en salud, “pese a las tensiones y las disputas existentes, es claro que la promoción ha propiciado el giro de la acción sanitaria de la enfermedad a la salud y ha intentado darle concreción y “materialidad” a esta última. En este esfuerzo, no concluido por cierto, lo que ha quedado claro es que la salud, en sentido positivo, se torna eje y referente de trabajo” (107).

A partir de las transformaciones que se han suscitado en el sector sanitario en los últimos años, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, han cobrado mayor importancia y visibilidad aunque aún existen grandes obstáculos para su pleno desarrollo. La articulación de estas dimensiones no ha sido fácil y, por momentos, ha estado obstaculizada por la misma concepción del modelo. En particular, la profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema sanitario, la confusión generada por el nombre y el papel de las Empresas Prestadoras de Salud (ES) y la concepción eminentemente preventivista de las acciones desarrolladas tanto en el POS como en el PAB, han impedido que se desarrolle una política de salud realmente integral donde se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (108).

Dentro de este contexto se hace visible la separación de servicios de salud en dos grandes categorías: la referente a salud pública y a los servicios de beneficio individual, con base en esta separación se organizaron dos paquetes de beneficios conocidos como el PAB y el POS. El primero entendido como el que organiza acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la comunidad, estas acciones deben ajustarse a las características específicas de cada comunidad y tener implícito el carácter gratuito, obligatorio y universal a otros planes de salud y otros sectores. El POS se ha organizado como el conjunto de servicios a que tiene derecho el cotizante o la persona receptora de los servicios del SGSSS. Se esperaba que estos dos paquetes se reforzaran, procurando una atención integral y complementaria, pero la realidad que se ha visto es que “el PAB y el POS no han podido ser articuladas adecuadamente y más bien lo que ha pasado es que funcionan totalmente independientes y, en algunos momentos con fuertes tensiones, como se ha evidenciado en los problemas que se han tenido con relación a las vacunaciones” (108).

En la reforma sanitaria se ha visto que el principal interés sigue siendo el componente curativo-asistencialista, los dineros del sistema han sido utilizados, en una buena parte, para desarrollar infraestructura asistencial, fortalecer la demanda de los servicios asistenciales y pagar los altos costos que mantiene el mercado farmacéutico. En la obsesiva dinámica de la facturación, las actividades asistenciales siguen siendo más rentables y, por eso mismo, más añoradas que las actividades de promoción y prevención. “Es la enfermedad la que organiza la lógica de la acción de protección y detección y, por tanto, la lógica de la Promoción en Salud. La salud en sentido positivo, no aparece por ninguna parte, ni siquiera en la atención al recién nacido, en la medida en que su finalidad está asignada por el propósito de disminuir el riesgo de enfermar o de morir” (108).

Este es un documento preliminar que se ha hecho público para su discusión; sugerencias o comentarios serán gustosamente recibidos a través del correo cwiesner@incancerologia.gov.co

De acuerdo a los aspectos expuestos, se puede afirmar que el sistema de salud colombiano está lejos de ese ideal de construcción de una política integral de salud que en su seno incluya articuladamente las dimensiones de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Y por esto es necesario insistir en la necesidad de trabajar en esta dirección ampliando los enfoques y permitiendo la incorporación de nuevos saberes, nuevos recursos y nuevos actores. Sólo así se podrá generar el equilibrio necesario entre promoción, prevención y atención de la enfermedad y la mejora de la situación sanitaria, utilizando de manera fecunda los aportes que, desde muchos lados, han venido enriqueciendo la comprensión de la salud de los pueblos (108).

Lo anterior se evidencia en la información contenida en una investigación realizada por un grupo de profesionales de la universidad de Antioquia acerca de la evaluación del PAB, donde se hace especial hincapié en la importancia de la participación comunitaria en el desarrollo de las acciones de salud, donde la participación de la comunidad debe contenerse en las primeras etapas del proceso de gestión del PAB, y a medida que se va implementado debe verse su representación significativamente reducida en las etapas de ejecución, evaluación y control del mismo.

Es importante tener en cuenta que los esfuerzos institucionales por promover la participación comunitaria no deben reducirse a la normalización de los espacios participativos, pues más que reglamentar es necesario estimular el empoderamiento de las comunidades para que asuman sus propios retos y se difunda el compromiso frente al desarrollo. Se debe buscar lograr una participación real y genuina es un proceso largo y poco fácil, puesto que las comunidades paulatinamente se han desmotivado a participar de las actividades de salud porque sienten que su voz no es tenida en cuenta para tomar las decisiones importantes y por el contrario en la administración, finalmente se incorporan los lineamientos que desde el nivel central se definen como prioridades o actividades de obligatorio cumplimiento muy a pesar de lo expresado por la comunidad (106,107).