



Capítulo XII

Brechas en la educación para la salud

Nelly Hernández Molina

Martha Beatriz Díaz Lozano

Universidad del Tolima

Luz Mery Hernández Molina

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Introducción

La *educación para la salud* hace parte de las estrategias orientadas a garantizar la salud de la población. Inicialmente, sus efectos se consideraron predominantemente sanitarios, posicionándose, posteriormente, como una práctica gubernamental en el sentido de mecanismo regulador de la enfermedad, que permite compartir el saber médico con la población, para que esta contribuya a auto gestionar sus riesgos, adoptando estilos de vida saludables.

Nos referiremos a la educación para la salud ofrecida a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a instituciones presta-

doras de servicios de salud públicas y privadas 12 de Ibagué; dada la importancia que esta tiene en las acciones que, desde la vida cotidiana, requieren hacer el paciente, su familia y la comunidad en general; ya sea para ratificar, modificar o negociar aspectos de su estilo de vida que le permitan mitigar el impacto de la enfermedad y sus consecuencias.

Para investigar sobre la educación para la salud ofrecida a estos pacientes, se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, con enfoque etnometodológico, cuyo objetivo fue analizar este tipo de educación y sus efectos en las creencias y prácticas y, por ende, en el estilo de vida de los pacientes atendidos en consulta médica, controles de enfermería y programa de hipertensos, en las instituciones de salud antes referidas, quienes voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Se obtuvo información de 54 pacientes cuyas entrevistas dieron lugar a la identificación de 721 funciones enunciativas, organizadas en dominios y temas.

Lo referido por los participantes y las recomendaciones científicas adoptadas por el talento humano en salud para ser enseñadas a los pacientes, se abordaron como dos cuerpos documentales relacionados entre sí que, al ser comparados, permitieron identificar los estilos de enseñanza y los modos en que los pacientes se aproximan al saber médico, a partir de sus efectos en las creencias y prácticas de los participantes.

Es importante señalar que la hipertensión arterial corresponde a una de las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT de mayor impacto negativo en la población colombiana. Su control inadecuado la ubica dentro de las primeras causas de muerte prevenibles y prematuras (entre 30 y 70 años). Su asociación con el accidente cerebrovascular, segunda causa de discapacidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2017), afecta las condiciones de vida de quienes la padecen, así como las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio de sus familias y la comunidad; generando una alta carga social y económica (Organización Mundial de la Salud-OMS, 2017).

En Colombia, la enfermedad hipertensiva es la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportan-

12 Entidades oficiales, mixtas y privadas, comunitarias y/o solidarias, organizadas para prestar servicios de salud (ambulatorios y/o con internación de pacientes), en su nivel de atención correspondiente, a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la ley. Corresponden a clínicas, hospitales, centros de salud, centrales de urgencias, entre otras.

do el 12,2% (8.841) de las muertes, mostrando una tendencia similar para ambos sexos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En el departamento del Tolima, durante los últimos doce años, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad general, presentándose tasas significativamente más altas que el promedio nacional (Secretaría de Salud Tolima - Gobernación del Tolima, 2018). En Ibagué, la prevalencia de la hipertensión arterial (8,8) es mayor que el promedio departamental (6,0) y Nacional (7,7), lo que hace que los habitantes de la ciudad tengan una alta afectación por esta enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Nos enfocamos en la educación para la salud que se ofrece a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, por cuanto la evolución y el pronóstico favorables de esta enfermedad dependen de la articulación de aspectos farmacológicos y no farmacológicos. Estos últimos dependen en gran medida de intervenciones desde la educación para la salud, toda vez que, soportados en prescripciones científicamente reconocidas, al ser escasamente prescritos y aceptados, afectan de manera importante el logro de las metas propuestas en el tratamiento de la enfermedad, con resultados catastróficos.

Intervenir este problema de salud es un gran reto social desde todo punto de vista para los gobernantes, poblaciones, sistemas sociales y de salud, en el que se requiere de la gestión articulada de procesos de promoción, prevención y atención, de tal forma que involucre tanto a la población sana, para que conserve su salud, así como a los afectados, en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la superación del daño, si llegara a presentarse (Díaz Lozano, 2017).

En consecuencia, estudiar los efectos que la educación para la salud tiene sobre las creencias y prácticas de los pacientes que sufren hipertensión arterial en Ibagué redunda no solo en beneficio de los pacientes y la comunidad, sino que posibilita una retroalimentación a los miembros de los equipos de salud sobre las actividades de educación que rutinariamente ofrecen a los pacientes, con el fin de reducir la incidencia y complicaciones de la hipertensión arterial.

Algunas perspectivas teóricas

La expresión educación para la salud proviene de dos campos del conocimiento, cuya coalición ha mostrado alta efectividad en materia de pro-

moción de la salud y prevención de la enfermedad. Se soporta en los conceptos sobre educación y salud, toda vez que estos definen y delimitan su objeto y alcances, los cuales pueden ser leídos desde diversas perspectivas. Desde un punto de vista subjetivo:

Para Kant podemos sentirnos bien, esto quiere decir, juzgar según nuestra impresión de bienestar vital, pero nunca podemos saber si estamos bien. La ausencia de la impresión (de estar enfermo) no le permite al hombre expresar que él está bien, sino decir que él aparentemente está bien; [mientras que para Canguilhem:] no hay ciencia de la salud. La salud, no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Esto no quiere decir trivial sino simplemente común, al alcance de todos (Canguilhem, 1990, p. 14).

Por otro lado, se pueden leer desde los discursos que constituyen a los profesionales de las diferentes áreas de las ciencias de la salud, a partir de los cuales el talento humano determina a quién, por qué, qué, cómo, dónde, cuándo, para qué y para quién o quiénes, se desarrollan las actividades de educación para la salud. Entre estos sobresalen dos vertientes que definen los conocimientos que debe aprender el talento humano en salud, para que individuos y comunidades preserven su salud y, en caso de su pérdida, puedan recuperarla o mitigar el daño.

La primera de estas vertientes, con un fuerte componente anatomo-patológico, etiológico, fisiopatológico, clínico, biomédico e individual, es dirigida a la atención de la enfermedad, inclinada a aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano, y en el alivio de enfermedades incurables (Asociación Médica Mundial, 1987). Esta ha llegado a ser leída en clave de resistencia de los profesionales de la salud, a constituirse en “sólo uno de los componentes de un grupo, cada uno de cuyos miembros desempeñan la función para la que ha sido preparado [en el que las decisiones sobre salud serán] adoptadas y ejecutadas por la comunidad” (Mahler, 2009, p. 19). De acuerdo con lo previsto en los postulados de la atención primaria, esta vertiente plantea un estilo de educación para la salud centrada en el individuo y su familia, la atención del enfermo, el cuidado del cuerpo, el tratamiento médico, la ejecución de procedimientos específicos y, en algunas oportunidades, complejos, a partir de la instrucción brindada por profesionales de la salud.

La segunda está orientada al mantenimiento de la salud, a través de la cultura de la promoción y de la prevención, con un fuerte componente

social y de salud pública. Fue postulada en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, y focaliza la consecución del objetivo Salud Para Todos:

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor (...), de tal manera que trascienda la mera responsabilidad de prestar servicios clínicos y médicos. Deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Así mismo, deberá favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos (OMS, 1986, p. 3).

Esta racionalidad propone un concepto de salud que trasciende los de ausencia de enfermedad y de bienestar, al considerar que:

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana (...) Es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (OMS, 1986, p. 3-4).

Esta perspectiva también plantea que el conocimiento médico debe hacer parte del intercambio de saberes con profesionales de otros sectores, representantes del gobierno, políticos, administradores, técnicos sanitarios y con la comunidad en general; a través de programas de formación superior centrados en la comunidad y orientados a las prioridades de salud, recalcando la promoción, la prevención, así como la necesidad de cooperación entre los ministerios de salud y de educación para el desarrollo conjunto de políticas, planificación y desarrollo de programas, ajustados a las realidades locales (OMS, 1988).

De otra parte, los cambios del concepto de salud, como efecto de la naturaleza, de la voluntad divina, del desarrollo técnico-científico, de la labor individual del médico, de la cooperación del paciente para con éste, del producto de acciones conjuntas de carácter gubernamental y comunitario, a través de lineamientos generales que debían ser apropiados en los niveles locales, de acuerdo con las especificidades de las poblaciones, incide en forma directa en lo que se considera importante o no a ser abordado desde la educación para la salud (Hernández Molina & Martínez Posada, 2019).

Desde un punto de vista crítico, la educación para la salud opera como una estrategia gubernamental dirigida a la “gestión de las poblaciones sobre la base de la naturalidad de su(s) deseo(s)” (Foucault, 2006. p. 96), aspiraciones y creencias; tanto de los equipos de salud, quienes “deberán ver con satisfacción que sin perjuicio de sus funciones clínicas, se les ofrezcan nuevas funciones, como las de dirigentes sanitarios, educadores, orientadores y generadores de técnicas más sencillas y socialmente aceptables” (Mahler, 2009, p. 20), como de los miembros de la comunidad, a quienes mediante la redistribución del saber, les fue asignado el poder de hacer seguimiento, priorización, planeación, control y evaluación de los sistemas de salud.

De este modo, el poder soportado en un saber de circulación reducida, que ostentaba el personal de salud, para procurar el bienestar de los individuos, así como la prestación de los demás servicios sanitarios, se redistribuye en las comunidades,

...con el propio pueblo (...) aportando información y potenciando las habilidades para la vida. (...), para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud (OMS, 1986, p. 21).

Con esto, la responsabilidad de la salud pasó de estar asignada al Estado, al médico, a los profesionales y demás personal del área de la salud; a ser redistribuida con los sectores económicos, de construcción, de infraestructura sanitaria, administrativa, financiera y educativa, así como entre los miembros de la comunidad, para el agenciamiento de cada uno de los individuos.

La población comienza a aparecer allí en su complejidad y con sus censuras. Ya podrán ver que aparece tanto, en cuanto objeto, es decir, el blanco al cual apuntan los mecanismos para obtener de ella determinado efecto, [como en cuanto] sujeto, se le pide que se conduzca de tal o cual manera. (Foucault, 2006).

En adelante, el Estado propició políticas públicas tendientes a trasladar la responsabilidad de la salud a las comunidades, así como a establecer las modalidades de participación de los individuos en la toma de decisiones en instituciones del sector salud, siendo escasos los procesos de educación para la salud en este ámbito.

Puede afirmarse, entonces, que la educación para la salud sufre transformaciones en diversos sentidos: se descentra de lo eminentemente patológico y biológico y se expande hacia lo político, económico, social y cultural; se enfatiza que el conocimiento sobre la salud no es de dominio exclusivo del hospital, los médicos, el equipo de salud, por el contrario, debe involucrar todo cuanto configura la estructuración del ser humano para el buen vivir; y pasa de dirigirse al individuo y al grupo social en el que este se inscribe, a “todos” en tanto población en general; constituyéndose, de esta manera, en una tecnología de gobierno, en la que la educación para la salud es la encargada de

...proponer unos objetivos hacia los cuales debe ser dirigida la acción, la utilización calculada de unos medios para alcanzar esos objetivos y la elección de unas determinadas estrategias que permitirán la eficaz articulación entre medios y fines o, en su defecto, el uso de los efectos imprevistos para un replanteamiento de los propios fines (Castro-Gómez, 2011, p. 34).

Lo anterior adquiere particular importancia bajo la “Atención Primaria Renovada” (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 2007), adoptada en la Política de Atención Integral en Salud PAIS¹³ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), recientemente asumida en Colombia, y para cuya implementación se recomiendan cambios curriculares en la educación superior que forma profesionales de la salud, dirigidos a fortalecer su rol como “educador, investigador, gestor del riesgo, entre otros” (Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional, 2017, p. 19).

En cuanto a los modelos pedagógicos de la educación para la salud, Serrano González (2002) describe tres modelos: informativo, persuasivo motivacional y político-económico ecológico, anotando que es necesario superar la hegemonía de los dos primeros, caracterizados por la entrega de información en los que no se esperan procesos de reflexión de quienes aprenden.

13 La Política de Atención Integral en Salud tiene como objetivo general orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las formas de intervención de los agentes, para propiciar “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” en pro de garantizar el derecho a la salud, de acuerdo con la ley.

Para Zea Bustamante (2019), la educación popular posibilita a la educación para la Salud, fomentar nuevas formas de interacción entre los agentes de salud y las comunidades, así como avanzar en la reflexión al interior de sus prácticas, en la posibilidad de un accionar educativo que supere las entrañas biomédicas y plantee discusiones epistemológicas y pedagógicas propias de un discurso que convoca a las áreas de la salud, la educación, las humanidades, así como al campo político.

En lo que respecta a los intereses pedagógicos, predomina, como finalidad, fomentar en los individuos y en la comunidad "... la autorresponsabilidad y la participación en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud" (Organización Panamericana de la Salud & OMS, 1978, p. 2). Parfraseando a Castro-Gómez (2013), aunque la meta no siempre ha sido consentida por los gobernados, esta permite que los individuos mejoren, mantengan o potencialicen sus condiciones de salud, toda vez que propicia que "asuman responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoren la capacidad de contribuir al desarrollo económico y social [generando] confianza en el propio esfuerzo" (OMS, 1978, p. 52).

Aunque se enfatiza en el individuo y la comunidad como población objeto, la tendencia a definir los problemas a ser intervenidos, así como la prescripción de las formas de intervenirlos desde instancias ajenas a la comunidad misma, da lugar a que, pedagógicamente, se ignore y desvalorice la dimensión humana, las emociones, las creencias y las prácticas de los individuos. Con lo anterior, paradójicamente, se privilegia el discurso procedente de la educación en salud, en tanto saber con el que son constituidos los profesionales de este campo, que a su vez procuran transmitirlo de manera estandarizada a las personas previamente identificadas e individualizadas, para recibir dicha información, lo cual limita el desarrollo de procesos de subjetivación, y apropiación de estilos de vida saludables.

De este modo, prevalece la individualización, que corresponde a las modalidades con que una sociedad reconoce y recorta sobre la masa de la población a sus unidades componentes: es la forma en que la sociedad separa al individuo para actuar sobre él o ella y tiene lugar en la exterioridad de este (Foucault, 2006). Lo anterior, para el caso que nos ocupa, opera a partir del diagnóstico y la inscripción del paciente en un grupo de servicios conducentes a atender a los hipertensos.

De otra parte, la subjetivación:

permite a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de los otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta o cualquier otra forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos, con el fin de alcanzar cierto grado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad (Foucault, 1990, p. 48).

De tal forma que, articular los procesos de individualización y de subjetivación de la población a ser intervenida, es fundamental para lograr los objetivos de la educación para la salud, toda vez que las condiciones de vida reales y particulares de la persona, su familia o su comunidad, las creencias que tengan respecto de su salud y de su enfermedad, así como las prácticas en el sentido de los hábitos o maneras tradicionales de vivir, determinan el modo en que los individuos y grupos sociales cuidan de sí mismos. Esto no necesariamente coincide con los modos en que otros grupos humanos lo abordan, o con cómo el equipo de salud, el conocimiento científico y la medicina basada en la evidencia, lo recomiendan.

Desde la perspectiva de las ciencias de la educación, en la medida en que se requiere la articulación de las necesidades en salud, los aspectos culturales y los desarrollos tecnológicos locales, la educación para la salud adquiere diversos matices, constituyéndose en una expresión atravesada por las particularidades culturales del grupo social al que esta se dirige, que demanda desarrollos didácticos, pedagógicos y teórico-metodológicos diversos. Adicionalmente, la educación para la salud requiere ser enriquecida desde las diferentes disciplinas y profesiones del área de la salud, las cuales “ofrecen al estudiante un conjunto de competencias que se adaptan a las necesidades (...), de los sistemas de salud en los que ha de trabajar, y a las expectativas de los miembros de la sociedad a la que prestará sus servicios” (Martínez Posada, Hernández Molina, & Hernández Molina, 2019, p. 136).

Acerca de la educación en salud que ofrece el talento humano a la población, existen múltiples denominaciones que obedecen a diferentes corrientes pedagógicas, las cuales están en relación con los criterios que en cada contexto temporoespacial se han atribuido a la salud y la educación, que, desde su desplazamiento semántico, dan cuenta de los objetivos y metas a alcanzar, así como de los modelos y paradigmas diferenciales. Se le ha denominado educación higienista (Viñao Frago, 2010), educación sanitaria (Salleras Sanmartí, 1990), educación en salud (De

Almeida & Baldini, 2011), alfabetización en salud (Sørensen et al., 2012) y, más recientemente, educación para la salud (García, Sáez, & Escarbal, 2000). Cada una de estas congrega un conjunto de valores, saberes, intencionalidades, alcances y prácticas que le enmarcan bajo preceptos de una educación tradicional, conductista o crítica; según los autores, sus objetivos, métodos e intencionalidades.

El amplio espectro de definiciones, escenarios y funciones que se le atribuyen a la educación para la salud, dificulta establecer una definición precisa que sea capaz de abarcar la totalidad de sus componentes, dando lugar a enunciaciones comprensivas y genéricas dado su amplio marco de intervención (García Martínez, 2006).

En términos generales, se reconoce que la educación para la salud conserva en sus bases epistemológicas y pedagógicas una apuesta más amplia y crítica, que supera las visiones biomédicas y morbo céntricas provenientes de la educación en salud o la educación sanitaria; y busca fomentar el trabajo organizativo, la reflexión crítica sobre la realidad del individuo, su historia, creencias y representaciones sobre la vida, la salud, el bienestar, la participación social, la enfermedad y la muerte.

Marco metodológico

La investigación corresponde a un estudio cualitativo descriptivo, con abordaje etnometodológico propuesto por Leininger y Macfarland (2006), desarrollado en la ciudad de Ibagué, con la participación de 54 pacientes, en el periodo comprendido entre julio de 2016 a marzo de 2018.

El equipo de investigadoras adoptó la etnografía, dada su calidad de registro del conocimiento cultural, o el análisis holístico de sociedades y la investigación detallada de patrones de interacción (Gumperz, Bennett, & Cardín, 1981), lo cual posibilitó conocer el efecto de la educación para la salud ofrecida por los profesionales de la salud, sobre las creencias y prácticas del cuidado de su salud referidas por los pacientes hipertensos.

Por tratarse de una investigación cualitativa de corte etnográfico, la cual da cuenta de la perspectiva émica de los pacientes, sus experiencias se abordaron de manera natural y espontánea por las investigadoras, quienes se comportaron como aprendices y el papel de transmisor del conocimiento lo ejercieron los participantes. La recolección de la información

se realizó a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad, que incluían preguntas de tipo estructural, descriptivo y de contraste.

Los criterios de selección fueron: hombres o mujeres mayores de 18 años, atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital San Francisco E.S.E. de Ibagué¹⁴, o en consultorios de instituciones prestadoras de servicios de salud privados; y usuarios del Programa de Hipertensos, sin antecedentes de trastornos mentales que afectan su autonomía, al margen de la edad cronológica y del periodo de tiempo transcurrido desde que fueron diagnosticados y que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

El hospital facilitó un área privada en la que fueron entrevistados de manera individual los pacientes, algunos de ellos estuvieron con el cuidador que regularmente los acompañaba a la consulta. Posterior a ser efectuado el control regular programado, los pacientes eran contactados por las investigadoras e invitados a realizar la entrevista, previa firma del consentimiento informado. Igual proceso se efectuó a los pacientes de consultorios privados.

La entrevista inicial fue grabada, transcrita y analizada, generando una guía para orientar, aclarar y verificar la información en las siguientes entrevistas telefónicas pactadas con el paciente. De esta manera, cada entrevista complementó la información aportada, hasta cuando no hubo información adicional. La muestra se logró por saturación de la información, y el rigor metodológico se garantizó implementando los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferencia propuestos por Guba y Lincoln (2002).

La categorización de las funciones enunciativas se estableció a partir de la articulación de las creencias y prácticas referidas por los participantes, con las recomendaciones nacionales e internacionales consideradas como efectivas, tanto de orden farmacológico como no farmacológico,

14 En Colombia, a partir de la promulgación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100 de 1993), los hospitales públicos se crearon o transformaron, de acuerdo con esta Ley, en Empresas Sociales del Estado, constituyéndose en una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. El Hospital San Francisco ESE presta servicios de promoción, prevención y mantenimiento de la salud del *primer nivel de atención* (Medicina General, Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, entre otros), con una extensa red de servicios en el área rural y urbana del Municipio de Ibagué.

manejados como elementos relacionados entre sí, que, al ser agrupados, permitieron comparar los cuerpos documentales procedentes de ambas fuentes. Desde allí fue posible proponer el refuerzo, el abandono o la negociación de las creencias y prácticas descritas por los pacientes participantes en el estudio.

Durante el desarrollo de la investigación, se adoptaron los principios éticos planteados por la Asociación Americana de Antropología en 1971 (American Anthropological Association, 1971), y en la Resolución 8430 de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud” de acuerdo con el Artículo 11, corresponde a una “investigación sin riesgo” (Ministerio de Salud Colombia, 1993). Así mismo, la investigación fue aprobada por el Comité de Investigaciones de la Universidad del Tolima y los Comités de Bioética de la Universidad y del Hospital San Francisco E.S.E.

Resultados

El análisis de lo dicho acerca de la hipertensión y su tratamiento por los participantes en la investigación permitió obtener 721 funciones enunciativas, identificadas mediante códigos y analizadas desde la evidencia científica disponible.

Los aspectos relacionados con el programa de educación para la salud en el que participan los pacientes fueron descritos por los participantes mediante 164 funciones enunciativas, agrupadas en dos taxonomías, acerca de la opinión sobre la atención y recomendaciones hechas a los médicos.

De acuerdo con lo referido por los participantes en el estudio, predominó el modelo pedagógico persuasivo motivacional, el cual podría resultar insuficiente para el logro de los objetivos en salud, toda vez que se requiere de un proceso en el que el sujeto que aprende sea el eje, con una búsqueda de la autonomía de las personas, de tal forma que este pueda ser propositivo, activo, participativo, y que decida realizar acciones que favorezcan su salud.

Por tratarse de una enfermedad crónica, los pacientes asisten en forma frecuente y planificada a consulta médica, controles de enfermería y un programa de educación. Sin embargo, se evidencia un gran desconocimiento acerca de la enfermedad como se manifiesta a través de las siguientes expresiones

“Es una enfermedad. No sé qué será, no” (SE-CN24), “La presión arterial es peligrosa: que más le digo yo, no se me ocurre nada” (SE-CN38), “no nos dicen nada de eso (que es la HTA), solo dice nada de azúcar, nada de sal, todo simple” (SE-CN23)

Sin embargo, reconocen que “Es una enfermedad que es silenciosa” (SE-CA8), crónica “Es por toda la vida” (SE-CA16), con efectos sobre diversas funciones del organismo “Esto no lo mata a uno, sino que lo va llevando poco a poco que queda ciego y como loco” (SE-CA21), llegando en ocasiones a ser mortal: “yo sé que de eso tengo que morir. Ya, cuando viejitos llegará el momento que la droga que nos estamos tomando así nos la aumenten más fuertecita, esa droga ya no nos va a servir” (SE-CN27).

Pocos pacientes comprenden en qué consiste y cómo se manifiesta la enfermedad: “No se siente nada, yo no siento nada, cuando se me sube” (SE-CA24); sin embargo, la mayoría de los participantes le atribuyen síntomas interpretando de manera errónea el resultado del tratamiento, así como signos de alarma que los inducen a tomar decisiones equivocadas frente al cuidado de su salud y al tratamiento:

“Se le sube a uno y le da borrachera y dolor de cabeza” (SE-SR8), “dolor de cabeza, el cuerpo se pone rojizo” (SE-SR16), “me da dolor de cabeza, comienzo a sudar frío y me da estrés. Me da calorías. Pero no sudadera” (SE-SR9).

Los participantes relacionaron la aparición de la enfermedad con diversos factores que incluyen la falta de promoción de la salud:

“La hipertensión arterial es una enfermedad que le da a uno porque nadie dice cómo comer sino hasta cuando ya lo ven enfermo, no sé dónde da, ni como da, de tal manera que eso le dio a mi mamá y la mató del corazón pero dicen que es por la tensión alta, y pues como yo fui el que vivía con ella pues a mí me dio lo mismo, seguro es eso, en sí, en sí, en sí, no sé muy bien qué es, eso coge todo el corazón, el pulmón, la orina por todos lados da ese mal” (FR-H5).

El estrés aparece como determinante. Tiene una mayor correlación con los factores de riesgo. En algunos casos este concepto ha sido transmitido por diferentes miembros del equipo tratante:

“...una vez que fui al control una enfermera de Cafesalud, me dijo que se le subía la presión por angustias” (FR-M11), “el doctor de la cuarenta

y dos con quinta, y él dice lo mismo. De las preocupaciones, de un susto. Mal de no poder dormir bien" (FR-M7).

Seguido del reconocimiento de factores heredofamiliares: "donde hay uno, luego salen más enfermos porque es una familia, por eso" (FR-H1), lo que en ocasiones posibilitó el diagnóstico:

"Cuando ya mamá, murió hace diez años, ella murió de hipertensa entonces después yo empecé a venir a el médico y el médico me dijo que yo era hipertensa, como a uno le preguntan que, si uno tiene familiares hipertensos, pues entonces me dijo que eso era hereditario, y entonces así habemos (sic.) casi tres hermanos hipertensos" (FR-H4).

Si bien los participantes refieren que les fue ofrecida información, esta es poco comprendida, por lo que la conceptualizan desde los síntomas o las recomendaciones:

"a mí me comenzó con mareítos, como borrachera y yo tomaba bastante limón porque cree uno que es colesterol alto, que las grasas, pero nada de eso me siguió y vine donde la doctora y ella me hizo que por aquí que por allá y dijo que es eso que es la tensión una enfermedad que... que mucha azúcar... que la sal. Eso más o menos así. La doctora dice eso, nada de sal. Depende de eso. Yo pienso, digo yo. La doctora no nos dice eso, solo dice nada de azúcar, nada de sal, todo simple" (SE-SR17).

Predominan indicaciones de tratamiento en el que se otorga mayor importancia a las intervenciones farmacológicas "eso es mejor dicho que no puede faltar la pastillita porque eso es para toda la vida" (ADTTO-FA2), sobre las prescripciones no farmacológicas, las cuales son fundamentales para que, con el tratamiento farmacológico, se logren los resultados esperados; la descripción de estas últimas en lo que respecta a la dieta, dan cuenta de recomendaciones restrictivas generales.

"uno como tenía hipertensión, tenía que cuidarse en la alimentación llevar una dieta adecuada libre de grasas, poca harina, poca azúcar, poca sal" (AM-R3), "que no comiera carne, porque me enfermaba más que pescado y cómo sin plata? (AM-R15)".

Se evidencia la falta de diálogo entre el paciente y los miembros del equipo de salud, afectando la adherencia a las prescripciones que en materia de estilo de vida deben adoptarse, "en la consulta le deberían dar una

lista de lo que uno puede comer porque solo le dicen que no, que no, que no" (AM-O5).

Algunos opinan que en la consulta y en los controles "no le queman un minuto a darle educación a uno. No le preguntan nada de antecedentes, ni lo miran a uno. Unas consultas muy rápidas muy mal hechas" (AM-O2). Lo que denota que predomina el interés en ofrecer información, sin indagar sobre la comprensión o la posibilidad de que esta sea apropiada por el paciente, que es quien debe autogestionar su cuidado.

Es escasa la información ofrecida a los pacientes sobre otros aspectos del tratamiento no farmacológico, resultando imprecisas para algunos de ellos.

De otra parte, los pacientes reciben información y a su vez no comparten y en ocasiones ocultan muchas de sus creencias prácticas

"Pues bueno... uno baja la cantidad de droga, no la suspendo, solo la bajo y sigo bien porque las yerbas son mejores que las pastas, cuando vengo al control no le he contado al doctor porque él dice que no le deje la droga, es que ellos de eso no saben, y algunos se ponen hasta bravos" (ADTTO-FN42).

Aunque en el grupo de participantes predominan las creencias y prácticas etno- farmacológicas, estas no suelen ser abordadas con el médico ya que los pacientes prefieren no comentar al respecto:

"No le digo nada sobre eso a la doctora porque ella es muy jovencita y de eso no dice nada, no saben mucho lo tratan a uno bien, pero zapatero a su zapato de eso sabemos es la gente mayor y la gente del campo. Eso se está perdiendo por eso es bueno que escriban estas cosas" (ADTTO-FN24).

La consulta y los controles son referidos como mecánicos, poco interesantes y rutinarios, con escaso aporte a las necesidades y condiciones socioeconómicas y culturales de los pacientes. El interés principal de asistir a los controles es el de recibir las prescripciones u órdenes médicas de exámenes y medicamentos, para ser presentadas ante la entidad responsable del pago de servicios.

Conclusiones

La educación para la salud ha venido ampliando sus horizontes teóricos, metodológicos, éticos y políticos. Su relación con las acciones del campo de la salud es directa, puesto que, tanto en el ámbito clínico como en el comunitario, las acciones que se realizan vinculan la educación, ya sea como una estrategia, como un medio o en algunos casos, como un fin en sí mismo.

Los miembros del equipo de salud, si bien tienen conocimientos sobre los problemas de salud, no disponen de las estrategias pedagógicas y didácticas para lograr que estos sean aprendidos, apropiados y aplicados por los pacientes en su vida cotidiana, de tal forma que en los programas de educación para la salud, transmiten a los pacientes, conocimientos sobre la salud, en los que hacen uso del lenguaje técnico en que son formados, lo que dificulta la comprensión de los pacientes, quienes a su vez los repiten, aunque no necesariamente los adoptan dentro de las prácticas del cuidado de su salud.

La educación para la salud reconoce las condiciones de salud-enfermedad y su relación con el contexto epocal, sociopolítico, económico y cultural. Sin embargo, el equipo de salud, en la práctica, hace un escaso reconocimiento de los aspectos individuales de cada persona, de cada paciente y su relación con el contexto; haciendo de los programas de educación un ejercicio más de información, que de reflexión, empoderamiento y diálogo, que motiven para la acción propositiva en favor de la salud.

Como fue planteado en los resultados, en el presente estudio fue recurrente el modelo pedagógico persuasivo motivacional, con un fuerte componente biomédico, en el cual el eje se centró más en quienes enseñan. Esto permite identificar la necesidad de incluir aspectos pedagógicos y didácticos específicos dentro de los planes de estudio de los programas de educación de las diferentes áreas de las ciencias de la salud, toda vez que, mientras los profesionales de la salud no identifiquen y apropien estilos de enseñanza pertinentes, seguirán realizándose intervenciones que no logran alcanzar los objetivos propuestos en materia de Salud Pública.

Las acciones educativas en salud, al igual que las acciones asistenciales, al orientarse a la persona, al paciente, su familia y la comunidad, requieren de escenarios de intercambio y de diálogo, donde se procure la integración activa con el mundo; de tal forma que se genere la reflexión, el trabajo conjunto con el otro, con sus historias, sus creencias, sus prácticas

y sus potencialidades, a fin de lograr decisiones voluntarias y conscientes en favor de la salud y del buen vivir.

La educación para la salud requiere traspasar el ámbito de las instituciones y el talento humano en salud, para ser implementada en la vida cotidiana. En tal sentido, precisa de intervenciones y apuestas que involucren otras disciplinas y otros sectores para que, efectivamente, llegue a las personas, a los pacientes, sus familias y las comunidades, aportando al bienestar y el desarrollo social.

Referencias

- American Anthropological Association. (1971). *Statements on Ethics. Principles of Professional Responsibility*. Recuperado de: www.aaanet.org
- Asociación Médica Mundial. (1987). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica*. Recuperado de Asociación Médica Mundial: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-asociacion-medica-mundial-sobre-la-ensenanza-medica/>
- Castro-Gómez, S. (2011). La educación como antropológica. En R. A. Cortés & D. L. Marín (comp), *Gubernamentalidad y educación discusiones contemporáneas* (pp. 9-15). Bogotá: Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico IDEP.
- Canguilhem, G. (1990). *La santé: concept vulgaire e question philosophique*. París: Sables.
- De Almeida, A., & Baldini, C. (2011). Educación en salud: análisis de la enseñanza en la graduación en enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (3), 1-8.
- Díaz Lozano, M. B. (2017). Caracterización del estilo de vida de la población de Ibagué. *Informe de Estudio Técnico*, 63.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- García Martínez, A. (2006). *Contextos no formales y educación para la salud*. Recuperado de Revista de Estudios de Juventud: http://www.injuve.es/sites/default/files/revista74_articulo3.pdf
- García, A., Sáez, J., & Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud*. Madrid: Arán.
- Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). *Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa*. Recuperado de Por los rincones. Antología de métodos cualitativos: http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/MetodoLicIII/7_Guba_Lincoln_Paradigmas.pdf
- Gumperz, J., Bennett, A., & Cardín, A. (1981). *Lenguaje y cultura*. Madrid: Anagrama.
- Hernández Molina, N., Martínez Posada, J. E. (2019). *Ontología crítica del presente en la educación médica colombiana (1992 – 2018): emergencia de la relación médico – paciente*. Recuperado de Repositorio Universidad del Tolima: http://repository.ut.edu.co/bitstream/001/2879/2/Ontologi%cc%81a_Cri%cc%81tica_Del_Presente.pdf
- Leininger, M., & Macfarland, M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory. Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Mahler, H. (2009). El sentido de “la salud para todos en el año 2000”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (4), 3-28. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu02409.pdf>
- Martínez Posada, J. E., Hernández Molina, N., & Hernández Molina, L. M. (2019). Ontología crítica de las prácticas formativas en medicina y enfermería. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 11 (23), 135-150. doi: 10.11144/Javeriana.m11-23.ocpf.
- Ministerio de Salud Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (enero de 2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>