

# INVESTIGACION

## Los modelos pedagógicos en los programas de hipertensión arterial: entre la experiencia y los aprendizajes

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA  
ISSN 0124-4108 Vol. 9 No. 2 Julio-Diciembre de 2007  
Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia págs. 141-152

Artículo recibido: 5 de noviembre de 2007  
Aceptado: 20 de enero de 2008

### **Berena Patricia Torres Marín**

MSc en Salud Colectiva  
Profesora Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia  
Grupo de Investigación La Práctica de Enfermería en el Contexto Social  
berena@tone.udea.edu.co

### **Sandra Lucía Restrepo Mesa**

MSc en Salud Colectiva  
Profesora Escuela Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia  
Grupo de Investigación en Nutrición Humana  
sanres@pijaos.udea.edu.co  
Ana María Rojano Hoyos

### **Alexandra Ramírez Franco**

**María Alejandra Montoya Osorio**  
Estudiantes de Enfermería. Universidad de Antioquia

## Resumen

**Objetivo:** se analizó la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de programas de hipertensión en empresas prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Medellín-Colombia.

**Método:** se realizó un estudio cualitativo en 26 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), adscritas a seis Entidades Promotoras de Salud (EPS) en las que se recolectaron datos mediante 20 observaciones participantes en actividades educativas individuales y grupales.

**Resultados:** en la mayoría de las EPS las acciones educativas están dirigidas a impactar factores externos de individuos homogenizados, son descontextualizadas y se justifican por la norma; el modelo pedagógico tradicional y la didáctica son la repetición constante de temáticas sobre factores de riesgo, corresponden a un activismo irreflexivo que fomenta relaciones verticales con los individuos; la evaluación la constituyen el registro, la facturación y la adherencia a los tratamientos farmacológicos. **Conclusiones:** se aprecia que las acciones educativas en los programas de hipertensión arterial, no responden a modelos pedagógicos concretos, ni a una didáctica concebida como proceso. Los objetivos son poco definidos, los períodos de intervención cortos y hacen frágil el proceso, la evaluación responde más a la verificación de requisitos normativos.

**Palabras claves:** educación en salud, educación del paciente, promoción de la salud, programas de hipertensión, planes y programas de salud, evaluación de programas y proyectos de salud, modelos pedagógicos.

## Educational models applied in hypertension programs: experiences and significant learning

### Abstract

**Objective:** to analyze the process, evaluation and systematization of hypertension programs implemented in health care services (EPS) and health institutions in Medellín (IPS). **Methods:** a qualitative study was conducted in 6 EPS and 26 IPS health care services. Data was collected by participative and direct observation of groups and individual who were involved in twenty educational sections. **Results:** the majority of EPS, educational sections attend to impact external factors of standardized individuals; educational activities are out of focus. The pedagogic model used is conventional and recurring to point out only on risk factors. Those activities don't promote individual participation and the evaluation is based mainly on fill up records about patient's adherence to medications. **Conclusions:** the present study shows that hypertension educational programs implemented in health care services don't meet process of the pedagogic and instructive models; therefore they can not impact positively the health of the patients participating in this program.

**Key words:** educational process, hypertension programs, health education, health promotion, patient education, health programs and plans, program evaluation.

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad caracterizada por el mantenimiento de cifras elevadas de la presión sanguínea provocando a largo plazo daño en órgano blanco (1), es una enfermedad sistémica, asociada a alteraciones metabólicas y hormonales, responsable de cerca del 40% de incapacidades y alta frecuencia de hospitalizaciones (2), es un factor de riesgo coronario que constituye un problema de salud mundial (3).

Según la agencia Reuters, el informe de la Escuela de Medicina Pública y Tropical de la Universidad de Tulane (EEUU), revela que en el año 2000, unos 333 millones de adultos de países en desarrollo y 639 millones en naciones subdesarrolladas, padecían HTA (4). Su prevalencia es variable, oscila entre 22% y 44% en diferentes países y regiones en el mundo (2) y, se pronostica que para el año 2025 aproxima-

damente 1.560 millones de personas la sufrirán, lo que indica que será una epidemia mundial (4).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la hipertensión en Colombia, su prevalencia en 1998 era del 12,3%, y constituía el primer factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, que a la vez, son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años (5). Si bien esta proporción es alta, es más significativa aún si se tiene en cuenta que se ha incrementado en el tiempo debido a los múltiples factores de riesgo para dicha enfermedad y a la falta de un diagnóstico oportuno, pues las personas no consultan precozmente por la ausencia de síntomas que alerten al individuo.

La Secretaría de Salud de Medellín (6) reporta en los indicadores de salud del año 2006, que la HTA es el primer motivo de consulta externa (290.840

personas) con una proporción del 9,9% del total de consultas. La magnitud de la enfermedad puede apreciarse cuando esta misma institución reporta casos de personas hipertensas desde los 15 años, frecuencia en aumento en los mayores de 65 años; además, registra 779 muertes por enfermedades cerebro vasculares en el 2006 asociadas a la HTA las cuales representan la tercera causa de mortalidad con un 6,6% de las muertes reportadas (6).

Las investigaciones señalan que a medida que aumenta la edad aumenta el número de personas con HTA (7); en Colombia la población adulta mayor está en aumento y el tratamiento está lejos de su ideal (1). Es posible, que esta enfermedad se convierta en una epidemia nacional, para evitarlo de debe insistir en el mejoramiento de los hábitos saludables y en el tratamiento farmacológico y, adicionalmente, explorar situaciones del contexto que pueden influir en su principio o gravedad (8). En todos los casos, los programas de detección, control y tratamiento, deben estar acompañados de procesos educativos que impacten la vida de las personas.

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) clasifica la hipertensión arterial como una de las enfermedades de interés en salud pública, definidas en el Acuerdo 117 de 1998, como las que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial por ser de alta prevalencia, y que de no recibir control, seguimiento constante y adecuado, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad con secuelas irreversibles como invalidez y muerte prematura (9). La normatividad vigente obliga a las Entidades Promotora de Salud (EPS)<sup>1</sup>, a las Instituciones Pres-

tadoras de Salud (IPS)<sup>2</sup>, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, a través de la Resolución número 412 del 2000 del Ministerio de Salud de Colombia, a establecer actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida con acciones de protección específica, detección temprana y la atención a la población (10).

Cada institución de salud tiene la autonomía para definir las guías de atención y los procedimientos informativos y educativos para la protección específica y la detección temprana, conocidas como programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (programas de p y p). En estos procedimientos se pueden encontrar prácticas pedagógicas similares o completamente diferentes en algunos aspectos.

La práctica pedagógica manifiesta de manera clara las intencionalidades del proceso formativo y las teorías sobre las cuales se fundamentan dichas prácticas; consiste en poner sobre el tapete las teorías prácticas para someterla a análisis y discusión crítica y tener más oportunidad de tomar conciencia de sus fortalezas y debilidades (11).

Flórez plantea que el propósito de los modelos pedagógicos ha sido reglamentar y normativizar el proceso educativo para moldear ciertas cualidades y virtudes en los alumnos (12), son representaciones ideales del mundo real de lo educativo, para explicar teóricamente su hacer, son dinámicos, se transforman y pueden, en determinado momento, ser imaginados para ser vertidos en el mundo real (13).

La pedagogía engloba a la didáctica que se ocupa de la relación de quién enseña y quién aprende a

1 Entidad Promotora de Salud: es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y deben organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud en el sistema de salud colombiano.

2 Instituciones Prestadoras de Salud: se refiere a hospitales, clínicas, centros médicos o profesionales de la salud (oficiales, privados, mixtos, comunitarios o solidarios) que prestan directamente la atención médica a los afiliados en el sistema de salud colombiano.

través de un proceso que integra: un problema que guía a la transformación del sujeto; un objetivo que pretende alcanzar la transformación y resolver el problema; los contenidos construidos; el método que organiza el proceso definido como comunicación y acción; los medios y las herramientas utilizadas para la transformación; la forma precisada por los tiempos y elementos organizacionales; y la evaluación que es la revisión periódica del proceso (14).

El objetivo del estudio fue caracterizar y describir los modelos pedagógicos y las didácticas que guían a los programas de hipertensión de las diferentes EPS e IPS de la ciudad de Medellín y la forma en que se hacen efectivos los procedimientos planeados, pero sobre todo, desentrañar los elementos que pudieran potenciar o impedir prácticas saludables de carácter individual y colectivo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El estudio utilizó la metodología cualitativa entendiendo que esta profundiza en el mundo de los significados de las acciones y relaciones humanas, y tiene como tarea central comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales, las estructuras e instituciones, resultados de la acción humana objetivada y depositarias de creencias, valores, actitudes y hábitos (15). Esta metodología permitió interactuar con personas que compartieron sus experiencias, luchas cotidianas y procesos sociales de importancia (16).

Para garantizar la recolección ordenada y ágil de información se realizaron los contactos con diferentes personas que contribuyeron a la conducción y desarrollo de la investigación, ya que fueron un canal de comunicación (16), en este caso fueron los coordinadores de los programas de interés en salud pública, la Secretaria de Salud y los directores de las EPS e IPS de la ciudad de Medellín.

El estudio se desarrolló en seis EPS: Cafesalud, Cruz Blanca, Saludcoop, Coomeva, Susalud y Comfenalco y veintiséis IPS administradas directamente por las EPS, en las que se recolectaron datos a través de veinte observaciones participantes de las actividades educativas individuales y grupales dirigidas a usuarios del régimen contributivo, cada una en promedio de una hora y con un mínimo de intervención. La observación directa buscó preservar la espontaneidad de lo sujetos observados(17), permitió conocer de forma directa el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada, además permitió al investigador estudiar un determinado fenómeno social, adentrándose personalmente en él, para vivirlo desde dentro y estar en capacidad de ofrecer una descripción directa del mismo (18). La observación científica requiere una planeación cuidadosa y esclarecimiento de lo que se quiere observar, por ello se diseñaron guías que incluyeron situaciones sociales representativas de las sesiones educativas y, aunque a simple vista pueden parecer claras, estas responden a una serie de actos, normas y relaciones implícitas, que no son evidentes ni siquiera para los mismos actores, por ello se fueron enriqueciendo en el proceso, para obtener una información válida y veraz (19). Además de esto, se realizaron cuatro sesiones de tres horas cada una, con los administradores y ejecutores de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las diversas EPS para recolección de datos, confrontación de las observaciones y reflexión de hallazgos.

Se tomaron algunos elementos de los estudios de caso cualitativos para comprender y aprender cómo funcionan los procesos educativos y servicios sociales, lo que tienen de único y de común, dejando de lado muchas presunciones mientras aprendíamos (20).

El registro de la información se hizo a través de notas de campo, que consistieron en descripciones

concretas de los procesos sociales y su contexto, se realizaron las transcripciones detalladas, también se registró el análisis de documentos como guías, material promocional, material proporcionado por administradores y ejecutores de los programas. De todos estos materiales a menudo surgieron ideas teóricas fructíferas que fueron de utilidad en los momentos de análisis (21).

El análisis se hizo en tres momentos, el primero de ellos fue una lectura cuidadosa de la información recogida, que permitió una estrecha familiaridad con los datos para extraer cuestiones significativas en un proceso de codificación recurrente hasta que se logró tener un grupo estable de categorías (22). Un segundo momento fue la codificación axial proceso que permitió relacionar las categorías con subcategorías, se reagruparon los datos que en el anterior momento se fracturaron, todo ello con el fin de poder dar explicaciones más precisas y completas sobre el fenómeno (22). El tercer momento fue la comunicación bien por vía oral como por la escrita, lo que implicó ordenar los hallazgos, sistematizar y hacer pública esta información para que pudiera recibir la difusión, contrastación y la crítica necesaria en la evolución del pensamiento científico (23) y en la labor práctica de las EPS e IPS. En todo el proceso investigativo se respetaron criterios éticos, especialmente los expuestos por la Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (24). El ingreso a un escenario implica una especie de pacto en el que no se debe violar la privacidad o confidencialidad de los informantes, ni exponerlos a prejuicios, ni interferir en sus actividades, pero con la responsabilidad ética y política que implica acercarse a prácticas sociales (16). Se solicitó el consentimiento a todas las personas para participar o ser observadas.

Se tuvieron en cuenta las recomendaciones generales de confiabilidad y validez del estudio como concordancia interpretativa entre diferentes

observadores para triangular la información y el análisis, la precisión de las posiciones asumidas por los investigadores frente a los datos, la descripción detallada de las observaciones y la claridad en los procesos de análisis, esto ha sido juzgado por la coherencia en los resultados y la confrontación con los actores sociales de la investigación (25).

## RESULTADOS

### Funcionamiento de los programas

Un 69% de los usuarios fueron del género femenino y un 31% del género masculino. El 47% de los usuarios realizaron la primaria (completa o incompleta), 38% secundaria (completa o incompleta) y solo el 7,5%, tenía nivel de educación universitaria. El 83,2% han permanecido por más de un año en el programa, 9,4% entre 6 a 12 meses y 7,4 % entre 3 y 6 meses.

Los usuarios hipertensos que se clasifican para la atención bajo el “rótulo” de riesgo cardiovascular, ingresan al programa a través de la cita médica, éste es el espacio donde se hace el diagnóstico y se clasifica el grado de riesgo para remitir a los programas, proceso que puede llevar de tres a seis meses.

“si el riesgo es bajo la frecuencia puede ser una o dos veces con el médico y las otras veces con la enfermera pero si el riesgo es mediano o alto se puede apoyar en la enfermera pero en sí la responsabilidad del paciente es siempre del médico, prima el control médico, se dan unos parámetros pero siempre bajo criterio medico”.E3F3.<sup>3</sup>

El funcionamiento de los programas es diverso, la administración de cada EPS define unas guías ge-

3 Los códigos usados para identificar los testimonios son E (entrevista) O (observación) # (número de la entrevista) F (funcionario) E (ejecutor) # (corresponde al código numérico asignado en la clasificación a los datos).

nerales que incluye aspectos como: si es en forma individual o grupal, el personal profesional que se encargará, los tiempos de atención, periodicidad de los controles, que es variable y oscila entre uno hasta seis meses y depende también del tiempo de medicamentos que ordene el médico.

Las actividades del programa consisten en chequear las cifras de tensión y el peso de los usuarios, brindar información sobre los factores de riesgo y controlar la adherencia y forma del consumo de medicamentos. La asistencia a los programas no es obligatoria, excepto en los casos cada vez más comunes de no autorizar los medicamentos si no asisten a la sesión educativa, sea grupal o individual, de esta manera también mantienen una regularidad en los indicadores de cobertura y facturación de los programas educativos.

Los programas educativos son dirigidos por profesionales de enfermería o de psicología, estos acuerdan con otros profesionales como médicos, nutricionistas dietistas, odontólogos, educadores físicos, trabajadores sociales, entre otros, para que los apoyen en algunas actividades, los administradores coincidieron en la necesidad de contratar nutricionistas entrenados en procesos educativos, ya que la alimentación es el factor de riesgo en el que se encuentran mayores dificultades, reconocen también que los programas no siempre funcionan como se espera:

“Está escrito pues como son los protocolos y todo este tipo de cosas, pero no todo el mundo hace lo mismo, aparte sabemos que en la hipertensión fase uno el primer paso es la dieta y el ejercicio, pero muchas veces como no hay una continuidad en quién lleva el programa, entonces por ejemplo yo le digo al paciente vas a empezar con la dieta y el ejercicio y dentro de un mes consulta con otro médico y él de pronto no tiene la misma concepción del tratamiento” E6F3.2.

Se reconoce también por los administradores y ejecutores que hace falta más trabajo interdisciplinario:

“Los médicos podrán saber mucho sobre lo técnico, pero como emitir ese concepto de la metodología educativa de pronto no nace, entonces en esa discusión le toca otros que de pronto si tienen un enfoque dentro de la profesión más hacia lo educativo” E3F2.2.

Algunos ejecutores le ven más ventajas al trabajo grupal, pero reconocen que las instituciones han inclinando la balanza hacia la atención individualizada, medicalizada, y el tratamiento sólo con medicamentos:

“Entonces los controles con enfermería se pusieron en forma colectiva, en forma grupal buscando lo mismo el desarrollo de una estrategia metodológica de tipo taller, el famoso intercambio de saberes, la presentación de experiencias, es decir eso es importante; pero desafortunadamente no todo el mundo tiene la capacidad ni la estrategia de aplicar esos conceptos por que no tienen la formación. E3F3.2.

Algunos ejecutores reseñan los factores contextuales que afectan el desarrollo de los programas,

“Estamos muy lejos de cumplir con la ley 100 por las barreras administrativas del sistema, porque las EPS son un negocio y siendo así no se avanza, la Ley 100 cambió estos programas” E5F4.1

Se identificó el deseo de cambio en algunos administradores, pero sobre todo en los ejecutores de las acciones:

“La empatía entre el expositor y el grupo y obviamente la dinámica que no todos los meses sea igual y aburridora; el establecimiento del diálogo porque son las experiencias de los demás compañeros lo que realmente se les queda, hay que incentivar esa situación y dar ejemplo” E2E1.2

## El proceso educativo

La **intencionalidad** en las acciones educativas es fundamentada en las normas y busca educar, detectar y controlar enfermedades definidas por el actual SGSSS colombiano y que deben cumplir las EPS. No existe explícitamente un modelo o un ideal, se desarrollan acciones informativas que buscan impactar realidades materiales como son los hábitos y conductas que pueden ser razonadas por sujetos si son tratados en procesos del desarrollo del ser, sin embargo, los aspectos tratados tienen fuertes nexos con elementos externos sociales y económicos que no dependen de las personas.

“Un grupo de 25 personas entre los 35 y 70 años se encuentran sentados en un salón las sillas están en filas, algunos se saludan y dos parejas conversan en voz baja, la enfermera entra y saluda buenos días, se ubica adelante, todos responden buenos días, la enfermera dice hoy vamos a hablar de las enfermedades crónicas, ¿alguno de ustedes sabe de eso?, tres mujeres y un hombre levantan la mano. La enfermera continúa, la charla hoy es fisiopatología la vamos a combinar con diabetes. La hipertensión es 120/80 que son las cifras tensionales normales, dependiendo del estado de ánimo. La enfermera sigue hablando con un ejemplo de mangueras y bombas y entra la auxiliar de enfermería, no saluda se sienta en un extremo del salón y comienza a llamar a uno por uno de los asistentes para anotar en una hoja, les toma la presión arterial y ellos firman, esto distrae a varias personas porque quieren pasarle el carné a la auxiliar, la enfermera continúa, si la familia aprende lo que se aprende aquí se van a prevenir los factores de riesgo, la hipertensión es una enfermedad silenciosa, que no me de rabia, el estrés es un riesgo modificable” O1005

El **problema** está en los factores de riesgo, no se aprecia intención en tratar un problema concreto como la enfermedad hipertensiva, o escuchar a los usuarios, incluso no se aclara porque siempre se

habla de los factores de riesgo, el encabezado en 17 de las sesiones educativas observadas “hoy vamos a hablar”, se pasa incluso de unos temas a otros, y en lo posible se evita que las personas intervengan, el problema se define desde la perspectiva del ejecutor y se basa en acciones instrumentales para prevenir o controlar los factores de riesgo. Se programan algunas sesiones en dónde no se logra expresar la relación entre lo planteado y la hipertensión, así la tenga.

“Grupo de 15 mujeres entre los 30 y 55 años, cuatro de ellas con niños menores de 5 años, están sentadas en un salón grande que tiene colchonetas y espejos, las sillas están en fila, llega una mujer joven de bata blanca, saluda, buenas tardes, las personas responden buenas tardes, soy la odontóloga, se recuesta en el escritorio de frente y descarga un bolso, vamos a hablar de salud oral, saca del bolso simuladores de la cavidad bucal y les comienza a explicar todo lo que esta contiene, después de media hora algunas señoras se están durmiendo, la odontóloga no se ha movido del sitio, sigue con el aseo de la cavidad bucal y se concentra especialmente en los cepillos dentales, no lleva ninguno, les habla de números que tienen los cepillos y les dice que deben escoger los suaves (...), ha pasado otra media hora y se despidió del grupo” O605

El **objetivo** que se busca lograr es intervenir, induciendo a hábitos que permitan un comportamiento individual determinado en cada uno de las personas que conforman el grupo; se asume a los grupos que asisten a las sesiones educativas como una masa homogenizada por la enfermedad. La tendencia es dar información o cultura suponiendo que el otro carece de ellas, se les entregan soluciones fabricadas externamente, y se esperan respuestas efectivas a este que hacer cuando se controlan los factores biológicos.

Esta didáctica es jerárquica porque no se cuenta con los usuarios para definir el problema ni los objetivos,

se desconocen la historia y los intereses presentes, los usuarios están sentados allí como seres ahistóricos, sin capacidad de discernimiento.

Los **contenidos** desarrollados obedecen a temáticas que orientan las acciones, pueden verse dos tendencias: una primera tendencia es hacia los hábitos de vida saludable y manejo del cuerpo como alimentación, actividad física, adecuado consumo de medicamentos, uso del tiempo libre, salud oral y sustancias nocivas como el alcohol y el cigarrillo, que se presentan como factores de riesgo. Otra tendencia es a los comportamientos como: respeto hacia uno mismo, toma de decisiones, autoestima, manejo del estrés, estas son más escasas. No hay alusión a referentes teóricos que sustenten las temáticas, son acciones puntuales pensadas sólo desde la experiencia de los ejecutores, y se califican especialmente como acciones preventivas.

“El listado de factores de riesgo modificables que se le entrega a los pacientes con el objetivo de que tiene que cambiar su alimentación, dejar el cigarrillo, el licor comenzar una rutina de ejercicios... mire usted que representa para esa persona”. E2E1.2

El **método** no existe como un proceso reflexivo del desarrollo de las acciones, no se logran observar pasos metodológicos que permitan a los usuarios recorrer un proceso en la lógica de ser sensibilizados, informados, capacitados y formados. La acción se presenta sin soporte teórico y menos epistemológico, se prioriza la **forma** que tiene un orden, aspectos generales del factor, el riesgo fisiológico y como se previene o se controla. Los **medios** son muy escasos la tendencia es la conferencia magistral, el uso de simuladores y empieza una tendencia al uso del vídeo para proyectar presentaciones.

“Entonces a través de esto se puede dar recursos claros para que sepa por que es importante hacer lo que se le está recomendando para que lo asuma con iniciativa” E5E1.1

“Se le muestran los factores de riesgo y se entra a explicar el costo beneficio, se le enseña y se le muestran las consecuencias de sus actos”. E2E1.1

Solo una experiencia utiliza formas y medios diversos para el desarrollo de las sesiones y ha generado una dinámica distinta a las demás, según la profesional que lo dirige ha logrado adherencia al programa y evitado la repetición:

“Yo siempre he dicho que lo principal es tener vínculo con ellos, eso ha sido lo primordial, conocerlos y establecer vínculo con ellos, que no puede venir porque tiene el papá enfermo y llamarla a ver como sigue, hay que interesarse por la vida de ellos” E7E2.3.

Y expresa que ha implementado un trabajo por grupos en los cuales los participantes se pueden conocer y además planea su trabajo por ciclos:

“Otra cosa que me parece muy importante es que nosotros a diferencia de muchas entidades invitamos a la familia y amigos, entonces, mucha gente que le daba pereza venir sola se viene con una amiga” E7E2.3.

Las sesiones se **evalúan** con relación a resultados de asistencia para la facturación, se plantean dificultades que refieren estereotipos que se tienen de los usuarios y del contexto: pareciera que muchas prácticas partieran de que no hay nada que hacer ni hay sujetos con quien hacerlo, en este sentido se aprecia una simbiosis entre saber y poder reflejado en un ejecutor que tienen el conocimiento científico y académico, sabe lo que requieren los usuarios, pero estos carecen de conciencia y preparación para recibir la información; lo que lleva a múltiples acciones, no siempre pertinentes, casi nunca efectivas.

“Llevo 3 años en este servicio, al principio el paciente se pesa y se le realiza el índice de masa corporal y la encuesta de factores de riesgo más que todo concentrado en los hábitos... al segundo



mes se le enseña el aparato digestivo y como debe ser una alimentación balanceada, y así con todos los factores de riesgo, en enero se hace un recuento y se valoran los registros en los cuales se observa que los pacientes aumentan de peso en diciembre y se descontrolan”.

La valoración y estímulo a logros de los usuarios por pequeños que sean no se evidencian, lo que se observa es un desencuentro entre usuarios y profesionales de la salud: los usuarios se sienten satisfechos con lo que se les da así sea poco o deficiente y los profesionales sienten que no encuentran respuesta, no se controlan los factores de riesgo. Por su parte, y a pesar de lo anterior, las EPS se sienten complacidas con el cumplimiento del servicio médico y suministro de medicamentos, reforzando la idea que eso es obtener salud.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al caracterizar y describir los modelos pedagógicos y didácticas que guían los programas de HTA en las EPS e IPS, se aprecia que las acciones no responden a modelos pedagógicos concretos, ni a una didáctica concebida como proceso, se trata más bien de acciones puntuales con incongruencias epistemológicas, teóricas, y metodológicas que se aprecian en el desconocimiento de la realidad subjetiva e intersubjetiva, de los usuarios, al objetivizar todo lo que se transmite. Es decir se homogenizan modelos para diferentes grupos humanos con diferentes culturas, historia y modos de relacionarse, lo que en la mayoría de los casos no propicia aprendizajes significativos, pues no hay esquemas previos que engranen los conocimientos nuevos, y estos entonces, carecen de sentido. En el estudio de Peñaranda y Blandón sobre la educación en los programas de crecimiento y desarrollo se afirma que se genera un sentimiento paradójico de éxito y frustración en los educadores y educandos, por la poca comprensión del rol de los participantes por parte de los profesionales de la salud, y esto puede

ser por el modelo educativo que portan, la formación biomédica-positivista y a la falta de conocimiento de las ciencias sociales (26).

En el diseño de las acciones se aprecian discordancias, los objetivos son poco definidos, los periodos de intervención son cortos y hacen frágil el proceso, la evaluación responde más a necesidades de la norma, son actividades múltiples generalmente aisladas. Todo esto puede ser por hacer los programas más fáciles y de menor costo, en comparación con procesos más complejos como los orientados a cambiar condiciones de vida, mejorar niveles de bienestar con la acción empoderada de sujetos que transforman su propia vida y la vida en sociedad.

Según Serrano (27) el modelo tradicional más utilizado en la educación para la salud es el informativo que se sustenta en un concepto higienista, supone que las personas son pobres en ideas para evitar la enfermedad, busca eliminar los riesgos al asumirlos como hábitos individuales, se caracteriza por ser autoritario y asume que las personas son responsables si obedecen a los requerimientos de quién da la información, la salud es ausencia de enfermedad, y además como afirma García (28) no se tiene en cuenta que las personas perciben la información de acuerdo a la edad, la cultura, la escolaridad, vivencias e intereses diversos, por lo que se hace necesario confirmar que el otro ha entendido e incluso escribirle ciertas instrucciones y recomendaciones individuales.

Chapela y Jarillo (29) afirman que el sujeto se construye al interior de las relaciones pedagógicas, que se organizan en procesos que le permiten a individuos y colectivos una representación de sí mismos, de su identidad, su experiencia y su saber. En este sentido las relaciones pedagógicas son favorables en espacios pedagógicos que reivindicuen la otredad, dónde los sujetos se construyen en interacciones intencionadas de elevar los niveles de salud, y se renuncia a la pretensión de construir al otro, educar o capacitar al otro.

La educación para la salud no sólo comprende algunos comportamientos reconocidos como saludables, tales como la alimentación saludable, ejercicio físico, ausencia del consumo de sustancias dañinas, sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, participación, solidaridad, respeto por la diferencia y lo derechos humanos, que inciden en la vida colectiva. No se puede exigir que una persona o grupo se interese por un cambio conductual cuando éste no forma parte de sus necesidades y prioridades. Estudios realizados muestran como los profesionales de salud que aprovechan las oportunidades de acercarse al contexto cultural y familiar de la persona hipertensa e involucrarlo en la educación para la salud pueden ayudar a controlar y prevenir enfermedades cardiovasculares (30, 31), también se muestra como un control sobre el proceso educativo ayuda a mejorar el entendimiento de las terapias específicas y las metas de tratamiento, corrigiendo conceptos erróneos, mejorando la adherencia terapéutica, favoreciendo el bienestar (32).

Las estrategias y mecanismos para lograr impactar en el desarrollo de actitudes saludables están ligadas con el autocuidado y la autogestión (33), por ello la educación para la salud es necesario enriquecerla de contenidos y adelantos tecnológicos modernos para la información y la comunicación. Transformar el proceso educativo implica involucrar a los otros como actores válidos en la construcción, potenciar las relaciones interpersonales, desarrollar habilidades como la comunicación, participación y el trabajo en equipo y esto no está como intención en el discurso de los ejecutores.

En 1986 en Ottawa (Canadá), se concibió la primera "Declaración de Promoción de la Salud" (34), y en ella se planteó un área operacional llamada "Reorientación de los servicios de salud", si se lograra desarrollar esta iniciativa permitiría impulsar procesos investigativos y prácticas guiadas por enfoques ya probados para que las intervenciones y los programas demostraran su efectividad en términos de

resultados y de impacto sobre los niveles de salud y de calidad de vida de los grupos poblacionales.

Se espera que la educación para salud, realizada por los diferentes profesionales vinculados a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las IPS, sea concebida como expresión directa del derecho fundamental de la vida. En este sentido la identificación de las necesidades sociales implica una participación colectiva dentro de contextos específicos culturales, geográficos, económicos, entre otros, que evidencien la complejidad que origina un fenómeno, y que a su vez es interpretado y expresado de forma diversa por los actores involucrados. Esta mirada puede permitir superar incoherencias pedagógicas evidenciadas y mejorar la calidad de la atención en salud.

La evaluación es entonces, no solo un concepto sino parte de un proceso que nos permite en términos generales, comparar eventos con el fin de promover acciones de ajuste y control que optimicen el beneficio de la situación evaluada (35).

En los programas de prevención de la enfermedad la evaluación debe contar, hasta dónde sea posible, con la participación de quienes están involucrados, como son los profesionales y las comunidades, con el fin de que pueda convertirse en un espacio de empoderamiento (36).

Esta investigación arroja elementos para la reflexión sobre el tema de educación para la salud en la cual se rescate al sujeto como pilar central de la práctica en salud, para la reorientación de los programas educativos en los servicios de salud, y como motivo de reflexión para las instituciones formadoras de recursos humanos.

## RECOMENDACIONES

Los procesos educativos en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en especial en los programas de hipertensión arterial

deben fomentar la autonomía, la participación y la organización de los sujetos, desarrollar procesos que contribuyan a mejorar el cuidado de la salud y la calidad de vida de los participantes.

El diseño metodológico debe ser contextualizado y coherente en la relación teoría-práctica, privilegiando relaciones significativas de y entre los sujetos, sin desconocer los factores de riesgo, pilar de la prevención primaria y secundaria; deben potenciar aspectos de la promoción de la salud como el desarrollo de la creatividad y la toma de decisiones de quienes se involucran en un proceso educativo.

La evaluación y la sistematización deben ser procesos permanentes que permitan el mejoramiento

continuo, la construcción de la memoria del proceso y la replicabilidad y ajuste de las acciones.

## AGRADECIMIENTOS

Al Sistema de Investigaciones CODI de la Universidad de Antioquia por la financiación de la investigación.

A las EPS que nos permitieron realizar la investigación.

A la Facultad de Enfermería y la Escuela de Nutrición y Dietética por conceder el tiempo a los investigadores y colaboración en general.

## Referencias

1. Laterza MC, Rondon MUPB, Negrão CE. Efeito anti-hipertensivo do exercício. Rev Bras Hipertens. 2007; 14:104-11.
2. Moreira GC, Paiva NJA, Godoy MRP, Cipullo JP. Hipertensão arterial: aspectos farmacológicos e terapêuticos. Rev Soc Bras Clín Méd. 2007; 5: 92-9.
3. Flores A, Llerena LR, Llerena L, Cabalé MB. La angioplastia coronaria transluminal percutánea en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Rev Cubana Med. 2006; 45:0-0.
4. La hipertensión arterial se extenderá por el mundo. [sitio en Internet] <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/128628.la-hipertension-arterial-se-extendera-por-el.html>. Fecha de acceso 25 de noviembre de 2007.
5. OPS. Factores de riesgo [Sitio de Internet] <http://www.col.ops-oms.org/sivigila/Indicadores/2004/2-DOCUMENTO%20TECNICO%20Datos%20BasicosSalud%20Colombia%202004.xls>. Fecha de Acceso 14 de marzo de 2008.
6. Medellín. Secretaría de Salud de. Indicadores básicos de salud 2006. Medellín; 2007; p. 63, 99.
7. Vázquez A, Fernández MA, Cruz NM, Roselló Y, Pérez MD. Percepción de la hipertensión arterial como factor de riesgo: aporte del día mundial de lucha contra la hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 2006;45:0-0.
8. Beilin LJ. Hypertension research in the 21st. century: where is the gold? J Hypertens. 2004;22: 2243-51.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 117 de 1998. Bogotá; 1998; p. 1-6.
10. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Bogotá; 2000; p. 1-6.
11. Liston D, Zeichner K.M. La formación del profesorado y las condiciones sociales de la enseñanza. Madrid: Morata; 1993; p 24-26.
12. Flórez R. Hacia una pedagogía del conocimiento. Bogotá: Editorial McGraw Hill; 1994; p. 154-74.

13. González EM. Corrientes pedagógicas contemporáneas. 3 ed. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Educación; 1999; p. 48.
14. Álvarez CM, González EM. Lecciones de didáctica general. Medellín: Magisterio; 2002; p. 122.
15. Minayo MCS. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007; p. 18-20.
16. Taylor J, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Madrid: Paidós; 1996; p. 21, 37-45, 96-8.
17. Anguera, MT. La observación participante. En: Aguirre Baztán A, editor. Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. México: Alfaomega; 1997; p. 76.
18. Corbertta P. Métodos y técnicas de investigación social. Buenos Aires: Mc Graw-Hill; 2003; p. 322.
19. Bonilla E, Rodríguez P. La investigación en ciencias sociales. Métodos cuantitativos y cualitativos. Más allá del dilema de los métodos. 3 ed. Bogotá: Norma; 2005; p. 228-9.
20. Stake E. Investigación con estudios de caso. 2 ed. Madrid: Morata; 1999; p. 16.
21. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. 2 ed. Barcelona: Paidós; 2001; p. 193-22, 228-31.
22. Strauss S, Corbin, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002; p. 135.
23. Tolchinski LL, Hurtado MJ, Escofet RA. Tesis, tesinas y otras tesituras. De la pregunta de investigación a la defensa de la tesis. (Metodología 5). Barcelona: Universidad de Barcelona; 2002; p. 82.
24. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Bogotá; 1993; p. 21.
25. Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual teórico práctico. 4 ed. Bogotá: Círculo de Lectura Alternativa; 1999; p. 125-8.
26. Peñaranda F, Blandón LM. La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006;24: 28-36.
27. Serrano MI. Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica. Madrid: Díaz de Santos; 1990; p. 30-41.
28. García OC. Algunas reflexiones sobre la educación para la salud. Rev Hacia la Promoción Salud. 2001;6:11-6.
29. Chapela MC, Jarillo E. Promoción de la salud, siete tesis del debate. Cuad Med Soc. 2001; 79:59-69.
30. Van der Sande M, Walraven GEL, Milligan PJM. Antecedentes familiares: una oportunidad para intervenir precozmente y mejorar el control de la hipertensión, la obesidad y la diabetes. Bol OMS. 2001; 5:34-9.
31. Price Y, Muñoz LA. Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. Rev Invest Edu Enferm. 2003; 21: 38-46.
32. Barrón AJ, Torreblanca FL, Sánchez LI. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública Mex. 1998; 40:503-9.
33. Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. Manizales: Universidad de Caldas; 2003; 8: p. 45.
34. OPS. La Carta Ottawa para la promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS; 1996; p. 367-72. Publicación científica N° 557.
35. CEDETES. Guía metodológica para la evaluación de acciones de promoción y prevención asociadas al plan de atención básica PAB. Cali: Universidad del Valle; 2003; p. 22.
36. Gómez RD, González ER. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Rev Fac Nac Salud Pública. 2004; 22; 87-106.