

# El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales

Emilia María Ochoa-Acosta\*, MsC.<sub>1</sub>, Ofelia Roldán-Vargas, PhD.<sub>2</sub>, Ángela María Franco-Cortés, PhD.<sub>1</sub>, Blanca Susana Ramírez-Puerta, MsC.<sub>1</sub>, Olga Lucía Mejía Pineda, Esp.<sub>3</sub>

<sub>1</sub>Grupo Salud Bucal y Bienestar, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

<sub>2</sub>CINDE, Universidad de Manizales, Manizales, Colombia

<sub>3</sub>Secretaría de Salud de Medellín, Medellín, Colombia

Recibido: 11 de agosto del 2014. Aprobado: 17 de octubre del 2014.

\*Autor de correspondencia: Emilia Ochoa. Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Calle 64 n.º 52-59. Correo electrónico: [emilia.ochoa7@gmail.com](mailto:emilia.ochoa7@gmail.com)

Cómo citar este artículo: Ochoa-Acosta EM, Roldán-Vargas O, Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Mejía-Pineda OL. El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales. Rev Nac Odontol. 2014;10(19):47-54. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i19.847>

**Resumen.** *Introducción:* el objetivo de este trabajo fue comprender los avances en la apropiación y el compromiso de la comunidad educativa con el proceso de promoción y educación para la salud bucal, e identificar condiciones del ambiente escolar que favorecen u obstaculizan el desarrollo de las acciones propuestas en el marco de la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables”, de la Secretaría de Salud de Medellín. *Métodos:* estudio cualitativo, enfoque y método hermenéutico. Para la recolección de la información, se hicieron cinco grupos focales con educadores de primero y tercero de Básica Primaria; cinco entrevistas en profundidad a directivos docentes y dos entrevistas a niños de tercer grado de Básica Primaria. El análisis se concibió desde una lógica inductiva y se trabajó a partir de tres niveles: identificación de regularidades, categorización de información y construcción de sentido. *Resultados:* la información se organizó en tres categorías de análisis y sus respectivas tendencias, entre las que se destacan: responsabilidad frente a la salud, un compromiso de todos los actores educativos; tímida inclusión de la salud bucal como apuesta curricular, e irrupción programática de la dinámica escolar que opaca la apuesta por el trabajo cooperado. *Conclusión:* mediante la implementación de estrategias de promoción de la salud en la escuela, se han logrado avances, especialmente frente al propósito de acercar salud y educación como sectores sociales de amplia trascendencia, para facilitar la apropiación de las acciones en salud. A pesar de esto, las iniciativas en salud bucal no han logrado consolidarse en la cotidianidad escolar.

**Palabras clave:** educación, salud bucal, escuela.

## *The School Environment and Oral Health Education at Public Education Institutions*

**Abstract.** *Introduction:* the objective of this work was to understand the progress attained by the educational community in appropriation and commitment to the process of oral health promotion and education, and in identifying school environmental conditions that favor or impede implementation of the actions proposed in the framework of the “Healthy Schools” strategy of the Secretariat of Health of Medellín. *Methods:* qualitative study with a hermeneutic approach and method. To gather the information, five focus groups were formed with educators from the first and third grades of basic primary education; five in-depth interviews were held with teaching administrators and two interviews with third-grade children in basic primary education. The analysis was based on inductive logic and the work was performed on three levels: identification of regularities, categorization of information and construction of meaning. *Results:* the information is organized into three categories of analysis and their respective trends, particularly: responsibility in health, a commitment by all educational actors; timid inclusion of oral health as a curricular initiative, and programmatic interference by the school dynamic, which negatively affects the success of cooperative work. *Conclusion:* through the implementation of health strategies in the schools, progress has been achieved, particularly from the standpoint of combining health and education as broadly transcendent social sectors in order to facilitate the appropriation of health actions. Nonetheless, oral health initiatives have not been consolidated in day-to-day school life.

**Keywords:** education, oral health, school.

## *O ambiente escolar e a educação para a saúde bucal em instituições educativas oficiais*

**Resumo.** *Introdução:* o objetivo deste trabalho foi compreender os avanços na apropriação e o compromisso da comunidade educativa com o processo de promoção e educação para a saúde bucal, e identificar condições do ambiente escolar que favorecem ou obstaculizam o desenvolvimento das ações propostas no marco da estratégia “Escolas e Colégios Saudáveis”, da Secretaria de Saúde de Medellín. *Métodos:* estudo qualitativo, enfoque e método hermenéutico. Para a coleta da informação, fizeram-se cinco grupos focais com educadores de primeiro e terceiro ano do Ensino Fundamental; cinco entrevistas aprofundadas a diretores docentes e duas entrevistas a crianças de terceira série de educação Básica Primária. A análise concebeu-se desde uma lógica indutiva e trabalhou-se a partir de três níveis: identificação de regularidades, categorização de informação e construção de sentido. *Resultados:* a informação organizou-se em três categorias de análise e suas respectivas tendências, entre as que destacam-se: responsabilidade frente à saúde, um compromisso de todos os atores educativos; tímida inclusão da saúde bucal como aposta curricular, e irrupção programática da dinâmica escolar que opaca a aposta pelo trabalho cooperado. *Conclusão:* mediante a implementação de estratégias de promoção de saúde na escola, conseguiram-se avanços, especialmente quanto ao propósito de aproximar saúde e educação como setores sociais de ampla transcendência, para facilitar a apropriação das ações em saúde. Apesar disto, as iniciativas em saúde bucal não têm conseguido consolidar-se na cotidianidade escolar.

**Palavras-chave:** educação, saúde bucal, escola.



## Introducción<sup>1</sup>

En el campo de la educación para la salud, se han hecho grandes esfuerzos en el país y a nivel de algunos departamentos y municipios. En este sentido, es pertinente señalar que los últimos planes de desarrollo, de salud y de intervenciones colectivas en Colombia han incluido a la educación para la salud como estrategia fundamental en el abordaje integral de algunas de las problemáticas de interés en salud pública.

Por ejemplo, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [1] definió el fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector, como una de las estrategias prioritarias inscritas en la línea de promoción de la salud y la calidad de vida. Asimismo, el Plan Decenal de Salud Pública [2] plantea el abordaje de los determinantes sociales de la salud para trabajar en las seis dimensiones consideradas como prioritarias en salud pública, y orienta la construcción de los planes territoriales y municipales, incluyendo la educación para la salud articulada a múltiples estrategias de acción intersectorial en salud. La elaboración de estos planes ha estado orientada desde distintos enfoques, en coherencia con cambios sociopolíticos y diferentes planteamientos epistemológicos que han guiado en su momento el quehacer educativo en salud.

Desde esta perspectiva, es necesario reconocer que, de acuerdo con la tendencia del momento histórico, han existido logros y limitaciones derivados de los procesos educativos en salud. En los años setenta, la educación en salud se denominó “educación sanitaria” y orientó sus acciones teniendo en cuenta la situación de salud de los grupos poblacionales, desde el enfoque de riesgo y con un marcado énfasis en los cambios de conducta. En la década de los ochenta, con la Declaración de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”, la educación se convierte en un aspecto esencial en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) y se genera un cambio fundamental en su enfoque, caracterizado por el posicionamiento de la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interdisciplinariedad y la inclusión de distintos actores como educadores en salud [3].

En este contexto, y con una gran influencia de los principios definidos para la APS, se formulan varias estrategias internacionales en salud. Una de las más destacadas es la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, promulgada en 1986 y reconocida por considerar

propuestas de educación vinculadas a un concepto amplio y positivo de salud, relacionado con las acciones cotidianas de individuos y colectividades [4].

De acuerdo con lo expuesto, cabe destacar que la Secretaría de Salud de Medellín ha venido implementando de manera continua procesos educativos en salud, en el marco de las estrategias y los enfoques anteriormente descritos. En el campo particular de la salud bucal, se ha realizado un trabajo educativo permanente, sobre todo en el ámbito escolar, orientado a partir del Plan de Desarrollo 2004-2007 desde los lineamientos de la Promoción de la Salud.

Consecuente con dichos planteamientos, la Secretaría de Salud de Medellín viene implementando, en algunas de las instituciones educativas oficiales de las dieciséis comunas y los cinco corregimientos, la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables”, orientada al desarrollo de potencialidades personales, comunitarias y del entorno para el logro de mejores condiciones de vida y de salud durante el proceso vital humano [5].

A pesar de todos los esfuerzos realizados, en la práctica ha sido muy complejo establecer vínculos efectivos que soporten un trabajo colaborativo con las instituciones educativas y sus respectivas comunidades. Esto debido a razones que, muy probablemente, están asociadas a la permanencia de concepciones reduccionistas que siguen considerando la salud y la educación como responsabilidades independientes y exclusivas del sector que tradicionalmente las ha orientado. A su vez, puede deberse a la implementación de metodologías que, por un lado, no responden cabalmente a las pretensiones del modelo y, por otro, resultan ruidosas en la dinámica escolar en tanto se desarrollan sin el conocimiento profundo de las condiciones del contexto y de las características pedagógicas, culturales, psicosociales y de espacios temporales de la institución educativa.

El presente ejercicio investigativo da cuenta de una aproximación comprensiva al componente bucal de la salud en el escenario escolar, con el interés de develar aspectos relacionados con los procesos educativos en salud y el ambiente escolar, en tanto pueden favorecer u obstaculizar la construcción social de la salud, entendida como proceso participativo determinado por aspectos macro y microsociales.

Asimismo, se identificó el compromiso institucional con la salud bucal, mediante la revisión de iniciativas autogestionarias consignadas en las propuestas curriculares o evidenciadas en los textos de los participantes.

<sup>1</sup> Investigación realizada en el marco del Convenio Interadministrativo N.º 46000186444, Secretaría de Salud de Medellín, Universidad de Antioquia.

## Métodos

De acuerdo con el interés fundamental de comprender lo que está sucediendo en las instituciones educativas respecto a la salud bucal como objeto de aprendizaje, se opta por la investigación cualitativa como lógica orientadora del estudio, y se considera pertinente, en primer lugar, presentar lo que se entiende por “comprender” en una investigación de esta naturaleza, en la que están implicados los actores educativos-estudiantes y maestros.

Es por eso que, partiendo de la convicción de que comprender implica “aprender a ver más allá de lo cercano y de lo muy cercano, sin desatenderlo, sino precisamente verlo mejor integrándolo en un todo más grande” [6], en este proceso investigativo se dio la posibilidad del acercamiento personal y profundo (tipo conversacional) entre investigadora y participantes alrededor de situaciones que configuran la cotidianidad de la escuela. En tales situaciones, lo referente a la salud bucal fue emergiendo de una manera natural, sensible, contextualizada y dotada de sentidos, que cada actor le otorga según sus propias experiencias y que construye con sus grupos de referencia.

La metodología cualitativa se fundamenta en una concepción heterogénea, reconstructiva y holística de la realidad, la cual es configurada mediante procesos intersubjetivos y de permanente interpretación entre quienes comparten contextos cotidianos de actuación, que no podrían de ningún modo reducirse a variables previamente establecidas por quienes asumen la tarea investigativa.

Desde esta perspectiva, en la lógica cualitativa las personas y los escenarios son parte constitutiva de un todo, es decir, que cada persona experimenta un acontecimiento dentro del contexto al que está vinculada [7], razón por la cual su voz individual y su sentir particular tienen especial importancia en el intento de comprender.

Este reconocimiento del sujeto como constructor de la realidad, en un mundo de múltiples pertenencias, donde el sentido se construye en presencia y en relación con los otros, ha hecho que no se tenga que renunciar a la posibilidad de construir regularidades (categorías) y explicitar inclinaciones (tendencias), vistas como constantes que emergen y se tejen en torno a la configuración del campo de análisis, como una manera de hacer inteligible el fenómeno social en cuestión e incluso de abrir una ventana a “la posibilidad del cambio y la creación de una realidad deseable, no solo el enfoque en las realidades actuales” [8].

## Unidad de trabajo y técnicas de recolección de la información

### Relatos de experiencias en contexto de grupos focales

“La vida, como unidad inteligible, no es algo dado, existente por fuera del relato, sino que se configura de acuerdo con el género discursivo/narrativo en cuestión, y en el marco de una situación y una esfera determinada de la comunicación” [9].

De ahí el valor de los grupos focales como forma de conectar pasado y presente, de dar cuenta y visionar, de recordar y anticipar, y sobre todo, de reconstruir con otros las experiencias que han sido significativas debido a lo mucho que han aportado o a la carencia que las ha caracterizado.

Se hicieron cinco grupos focales con educadores de primero y tercero de básica primaria, pertenecientes a cinco instituciones educativas oficiales que forman parte de la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables” de la Secretaría de Salud de Medellín.

### Entrevista en profundidad

Se optó por la entrevista en profundidad como técnica para la construcción de los datos, porque en ella el entrevistado tiene la posibilidad, no solo de aportar información, sino también de expresar sus criterios y valoraciones, narrar sus experiencias con la emoción que ellas le generen, y hacer alusión crítica frente a sus actitudes y a las de los demás miembros de la comunidad educativa, gracias al formato conversacional que caracteriza a esta técnica.

En el caso particular de esta investigación, “se trata de captar en la conversación el acontecimiento contenido en la experiencia del sujeto, que muestra la forma de constitución creadora de la subjetividad en su singularidad y no desde generalizaciones y significados fijos y comunes, valorando la particularidad de los acontecimientos sobre la generalidad de cualquier concepto para llegar al sentido que le dan los sujetos a las experiencias vividas” [10].

Se entrevistó a cinco directivos docentes de instituciones oficiales, pertenecientes a la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables” de la Secretaría de Salud de Medellín, y a dos niños de tercer grado de básica primaria.

## Análisis de la información

Es importante precisar que aquí el análisis se concibe desde una lógica inductiva; dicho de otra manera, el objeto de estudio se va construyendo en la medida en que se tiene acceso a una mayor cantidad de información y se hace su respectivo análisis, con el fin de dar respuesta a los interrogantes que le dieron origen.

De acuerdo con los planteamientos de Habermas [11], el análisis en una investigación cualitativa como esta corresponde a una perspectiva hermenéutica de la construcción de conocimiento, en tanto que los hallazgos no están estrictamente estructurados en los aportes informacionales que provienen de los sujetos participantes de la investigación, sino que corresponden precisamente a la interpretación que hace el investigador de las expresiones de significado que aparecen como objetivaciones inteligibles de la realidad y/o del fenómeno social que interesa analizar.

Como parte constitutiva del análisis, se hizo la codificación de la información, entendida, según Coffey y Atkinson, como “el proceso que le permite al/la investigador/a identificar datos significativos y establecer el escenario para interpretar y sacar conclusiones”, o como una forma de “condensar el grueso de los datos en unidades analizables, creando categorías con ellos o a partir de ellos, para abrir la indagación y pasar a la interpretación” [12]. Desde esta perspectiva de trabajo, en el análisis se pueden diferenciar tres niveles, así:

- 1) *Identificación de regularidades mediante la sistematización de la información y el uso de la codificación abierta.* Esta parte del proceso se logró haciendo un recorrido, paso a paso y con todo el nivel de detalle, por las expresiones o los textos que produjeron los profesores y los estudiantes participantes del estudio.
- 2) *Categorización de la información.* Una vez revisado todo el grueso de la información recogida con la aplicación de las técnicas de grupo focal, entrevista en profundidad y revisión documental, gracias a un ejercicio que Strauss y Corbin [13] denominan “codificación axial”, se logra organizar en torno a cuatro grandes categorías: apropiación del proceso educativo en salud bucal, condiciones del ambiente escolar que favorecen e inhiben la salud bucal, y compromiso de la escuela con la promoción de la salud bucal.
- 3) *Construcción del sentido.* Esta fase del análisis es la construcción propiamente dicha de cada una de las

categorías, la descripción o sustentación de las tendencias que las constituyen. Por último, se presenta la interpretación del texto producido socialmente en el ambiente escolar por estudiantes y profesores.

### *Componente ético*

Según la Resolución 008430 de 1993, esta es una investigación sin riesgo. La recolección de la información se hizo en las instituciones educativas de Medellín, pertenecientes a la estrategia “Escuelas Saludables” de la Secretaría de Salud, con plena garantía del anonimato y la confidencialidad de la información y contando con la firma del consentimiento informado de los participantes.

## Resultados

### Apropiación del proceso educativo en salud bucal y compromiso de los actores

#### *La responsabilidad frente a la salud: un compromiso de todos los actores educativos*

Los profesores comprometidos con la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables” dejan ver la necesidad de generar un mayor compromiso de los padres y cuidadores con la salud y la salud bucal de los niños. En este sentido, también manifiestan que las problemáticas para establecer una adecuada comunicación con las familias a pesar de implementar acciones que busquen este acercamiento, ha impedido obtener unos mayores logros en salud. A continuación, algunas de las expresiones de los participantes que reflejan dichas dificultades:

“Yo pienso que la mayor dificultad es que algunos padres no se comprometen. El compromiso de las niñas es excelente, el de las profesoras también es excelente, porque se ha dado el espacio para acompañamiento y el trabajo en relación con el cuidado de la boca, pero los padres de familia son muy pobres haciendo eso”. E4

“Que la familia asuma la responsabilidad con el proceso en salud es muy difícil, pero por lo menos logré iniciar la sensibilización con ellos. El asunto del tiempo es complicado, no tienen disponibilidad de tiempo ni en la casa, ni para asistir a las actividades, las que trabajan porque trabajan y las que no trabajan porque están cuidando el muchachito, tienen un montón de cosas...



es como difícil y esto hace que los niños no adquieran los hábitos”. E1

### *Irrupción programática de la dinámica escolar que opaca la apuesta por el trabajo cooperado*

Los textos de los docentes y de algunos niños que han estado involucrados en el trabajo educativo en salud bucal hacen referencia a su carácter de actividad puntual, centrada en la enseñanza de las técnicas de higiene bucal, y asimismo a la falta de programación y continuidad en las acciones, lo que constituye un obstáculo para la construcción colectiva y la interiorización de prácticas saludables:

“Lo que nosotros tratamos de hacer es enlazar esos hábitos que deberían haberlos adquirido en la familia, con la cotidianidad académica, como para que los niños lo entiendan desde lo pedagógico, pero una de las cosas difíciles es que los encargados del programa cuando nosotros no sabemos, aparecen aquí con un bulto de cepillos entonces así no permiten avanzar en algo más integral”. E5

“A mí me gusta mucho lo que hacemos en salud oral, pero a veces las higienistas vienen y después se demoran mucho para volver”. E8

“En el momento en el que llegue está bien, porque uno sabe que se manejan los problemas del transporte, que trancones, mucha cosa, no pudo llegar a la hora programada, luego aparece y pues... qué más se hace, recibirlo”. E4

“Lo único que vi de dificultad también en la estrategia fue que a veces las visitas eran muy cortas, eran así a la lata, entonces muy triste todo tan a la carrera, pues la exposición de las carteleras y todo lo demás había que hacerlo como muy rápido; a mí me gusta como todo despacio, como bien hehecito, o sea como que quede”. E10

### *Tímida inclusión de la salud como apuesta curricular*

Se hace evidente, en los textos, la intención de incluir las acciones de salud bucal en el currículo, a fin de integrarlas a la cotidianidad escolar y de esta manera contribuir con su permanencia. Sin embargo, se reconoce la dificultad para superar el imaginario acerca de la responsabilidad exclusiva del sector salud en el desarrollo de estrategias educativas y de promoción de la salud:

“Yo ya podría incorporar la salud oral en mi que-hacer académico pero no, uno supone que como el otro

trae el programa, el otro se hace cargo del resultado y del alcance de los logros de ese asunto...”. E6

“Bueno si hacemos muchas cosas, pero no es fácil integrar todo en el PEI para que realmente haga parte de la vida escolar”. E10

### **Condiciones del ambiente escolar que favorecen o inhiben la salud bucal**

#### *Espacios reducidos y dotación insuficiente*

En gran parte de las instituciones educativas, la infraestructura física, especialmente en relación con la escasa disposición de servicios sanitarios, es uno de los aspectos que obstaculizan la implementación de las prácticas de cuidado bucal. También, existen limitaciones derivadas de la duración de la jornada escolar y del gran número de actividades, tanto de las que forman parte de la programación académica, como las propias de los programas y proyectos externos. A continuación, los textos de los participantes que se refieren a estas situaciones:

“El problema acá es que las pocetas no son suficientes y que nos encontrábamos varios grupos. También, es difícil sacar el tiempo todos los días y eso no se puede hacer a la carrera, y algunos niños se ponen a usar la seda ahí de cualquier manera y a veces se cortan, la usan mal y hay que hacerlo, pues, bien hecho, no cepillarse por cepillarse”. E1

“También, el problema es los cepillos, que uno los guarda en el morral y empiezan a oler mal, entonces, hay que estarlos secando todos los días con una toallita o con una servilleta, es lo único pues”. E2

“No se puede decir como que ‘tengan aquí un cepillero’, porque como hay dos jornadas, quién va a responder por los cepillos en la otra jornada. Yo, por ejemplo, me estuve llevando los cepillos para la casa, pero es que esos cepillos necesitan aire, estar en un lugar ventilado, aislado, aquí en la institución yo no veo como espacios para eso”. E9

“Aquí no hay dónde guardar el cepillo y uno se lo lleva pa la casa y allá todo mundo se lava con él”. E3

#### *La conversación y el trabajo cooperado como punto de partida en la construcción de ambientes saludables*

La apertura de los integrantes de la comunidad educativa para compartir espacios y hablar de temas relacionados con la salud bucal ha posibilitado la

construcción de ambientes escolares favorables, en los que las prácticas saludables empiezan a tener un lugar. Las relaciones dialógicas y la confianza entre niños y docentes son aspectos que permiten la generación de salud en un sentido amplio y positivo:

“Aunque nos falte mucho por hacer, el valor de este trabajo de salud oral es que ya es parte de la conversación de los profesores, los niños, las higienistas y el otro personal del proyecto, y así las cosas de a poquito van calando en el ambiente”. E5

“Me parece bueno cuando nos sentamos en el patio o en el corredor con la profe a hablar de los dientes y de la boca, hacemos dibujos, jugamos y conversamos”. E9

“Como hay niños que tienen mal aliento, la profe se sienta a conversar con nosotros para que todos seamos más aseados con los dientes”. E3

## Discusión

Sin desconocer los logros y la importancia de las acciones de promoción de la salud que se han estado implementando, desde diferentes ámbitos, durante los últimos años en Medellín, y con el interés de fomentar ambientes educativos favorables para quienes interactúan en el escenario escolar, es fundamental reconocer: que los resultados no compensan los esfuerzos realizados, que la perspectiva de la atención disciplinar sigue siendo el telón de fondo de las acciones implementadas, que la fragmentación de las iniciativas aún no ha sido superada totalmente, y que muchas de las actitudes y las prácticas individuales y colectivas que predominan en los escenarios escolares, distan de los discursos actuales de salud [14].

Aunque el componente bucal ha estado incluido en los programas de promoción de la salud en la escuela, también ha sido complejo trascender su orientación reduccionista. Si bien el presente estudio presenta algunas evidencias que ilustran el interés por superar el carácter de actividad puntual, centrada casi exclusivamente en la enseñanza de técnicas de higiene oral, aún no son claros los avances que den cuenta de la integración de este componente en la salud general y en la vida cotidiana escolar.

De igual manera, otros estudios desarrollados en Medellín han mostrado que los estudiantes tienen claridad acerca del deber hacer en materia de salud bucal y que lo manifiestan a través de la alusión continua a las prácticas de higiene, al hacer énfasis en el número de veces que se cepillan, en el uso del enjuague bucal

promocionado en los medios masivos de comunicación, etc.

Situaciones como estas reflejan la utilización de un lenguaje y de unas expresiones que dan cuenta de la adquisición de información puntual, pero no de comportamientos coherentes con ella. Lo último corresponde a un modelo educativo conductista que se fundamenta en la repetición permanente de instrucciones acerca de “lo que hay que hacer”, acompañada de refuerzos, es decir, de castigos o recompensas [14].

Al igual que en este proceso investigativo, los resultados de otros estudios han confirmado el mero énfasis transmisionista de los programas educativos: las acciones de promoción de salud ejecutadas por los diferentes programas institucionales consisten en aportar información como una estrategia para lograr cambios en el comportamiento de las personas hacia el cuidado de su salud bucal. Estas acciones no han conseguido consolidarse como verdaderos programas de educación en salud [15].

No obstante, hay que destacar que, aunque se muestran logros importantes, aún persiste algún grado de desconexión conceptual y programática entre las instituciones educativas y las de la salud, que se deja entrever en la cotidianidad de las interacciones y/o que se manifiesta, aunque de forma tímida, en las evaluaciones procesuales o terminales de los programas y proyectos de salud bucal.

Cabe agregar que son escasos los estudios que han permitido develar las consecuencias reales en cuanto a la calidad de los procesos educativos y de promoción de la salud bucal, a la pertinencia de las estrategias implementadas, a la apropiación del modelo de salud que subyace en ellos, y a los factores del ambiente educativo que potencian o inhiben la construcción de la salud.

En esta última observación radica el valor del presente ejercicio, en el cual se logra inferir que ha empezado a valorarse el compromiso compartido de ambos sectores en cuanto al fortalecimiento de las condiciones *autopoiéticas* [16] de los actores educativos para la construcción social de la salud. Lo anterior, de igual manera, puede representar el inicio de un proceso de ampliación de los marcos comprensivos de la salud, incluyendo concepciones que plantean que los seres humanos producen salud en su diario deambular, entonces, la fuerza o el poder fundamental para alcanzarla se encuentra en las poblaciones mismas y en su vida.

No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud [17]. Esto se ve reflejado en el presente estudio,

entre otras cosas, en el deseo de hacer trabajo cooperado en torno a la salud y de incluir en el currículo los conceptos y las acciones planteadas en la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables”.

De acuerdo con lo expresado, los procesos educativos en salud que se desarrollan desde el enfoque de la promoción de la salud requieren partir de concepciones de educación fundadas en la formación y ancladas a la consolidación de oportunidades para la participación de todos los actores en la planeación, ejecución y evaluación de acciones concertadas con las instituciones [18].

Los hallazgos de este estudio plantearon que, aunque hay avances, no se ha logrado superar del todo la toma unilateral de decisiones en educación para la salud. Es decir, surgen en gran medida desde las instituciones y los entes rectores en salud, sin vincular previamente a los participantes en los programas, en especial a los padres de familia, lo que constituye uno de los aspectos que dificulta su adherencia.

Respecto a la situación expuesta, varios estudios en Medellín han mostrado que a pesar del gran esfuerzo que se ha hecho para vincular a padres, madres y demás adultos al proceso de promoción de la salud bucal, persisten dificultades significativas para lograr su participación, lo cual amerita la elaboración de un trabajo continuo orientado a fortalecer las relaciones entre padres de familia y escuela [19].

Otro elemento que puede contribuir a retrasar los logros tiene que ver con la aparición en la institución educativa del personal de programas y proyectos, sin una programación y unos acuerdos construidos con la escuela y sus representantes.

## Conclusiones

- Mediante la implementación de estrategias de promoción de la salud como la de “Escuelas y Colegios Saludables”, se han conseguido avances importantes, en especial, frente al propósito de acercar salud y educación, como sectores de acción social de amplia trascendencia, en la constitución y el desarrollo de procesos de salud general y bucal.
- Los hallazgos del ejercicio investigativo hacen posible repensar el tema de los ambientes, por el cual se entienden las condiciones físicas y psicosociales que favorecen y posibilitan u obstaculizan la vida en relación con los integrantes de la comunidad

educativa, y de estos con las demás manifestaciones vitales, entre ellas la salud.

- Los resultados del estudio permiten visualizar que en la institución educativa concurren las condiciones del contexto social, algunas posibilitadoras y otras inhibidoras, unas alimentadoras de la esperanza y otras limitantes de la visión. Estas, además de influir en la calidad de los programas y proyectos que en ella se realizan, aportan a la configuración del *ethos* cultural que está en la base de los ambientes y de los procesos educativos, en este caso en relación con la salud. Se demuestra también que, además de las condiciones materiales, habría que pensar en el peso que tiene la simbología en el escenario escolar y la relación que ello guarda con el direccionamiento de las acciones a ejecutar.

## Agradecimientos

A la comunidad educativa de las instituciones participantes en la estrategia “Escuelas y Colegios Saludables” de la Secretaría de Salud de Medellín.

A la Secretaría de Salud de Medellín, por la ayuda para el desarrollo de la investigación.

Al grupo “Salud Bucal y Bienestar” de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia.

## Referencias

- [1] Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039, Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (2007 ago 10).
- [2] Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Pacto Social y Mandato Ciudadano. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social; 2012.
- [3] Organización Mundial de la Salud, Unicef. Declaración de Alma-Ata Atención Primaria en Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma-Ata URSS 1978 Sep. 6-12. Ginebra: OMS/Unicef; 1978.
- [4] Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: OMS [Internet]. s. f. [citado 2014 may 12]. Disponible en: [www.Phao.org/Spanish/AD/SDE/HS/Ottawa\\_charterspdf](http://www.Phao.org/Spanish/AD/SDE/HS/Ottawa_charterspdf)
- [5] Ochoa EM, Mejía OL. El componente de promoción de la salud bucal en la Estrategia Escuelas Saludables, municipio de Medellín, 2009. Revista de Salud Pública de Medellín. 2011;5(1):107-117.

- [6] Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 1991.
- [7] Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona: Paidós; 1993.
- [8] Prilleltenski I, Nelson G. Doing Psychology Critically. Making a Difference in Diverse Settings. New York: Palgrave; 2002.
- [9] Arfuch L. El espacio biográfico. Dilemas de la subjetividad contemporánea. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.
- [10] Piedrahita C. Subjetividad política y diferencia sexual: miradas a experiencias de poder y deseo en las mujeres [tesis doctoral]. [Manizales]: Fundación CINDE; 2007.
- [11] Habermas J. Conciencia moral y acción comunicativa. Barcelona: Península; 1985.
- [12] Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Nueva York: Sage Publications; 1996.
- [13] Strauss A., Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- [14] Ochoa EM, Franco AM, Ramírez BS. Significados, experiencias y prácticas acerca de la salud y enfermedad bucal. Revista de Salud Pública de Medellín. 2008;3(2):74-6.
- [15] Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta Odontol Venez. 2006;44(2).
- [16] Maturana H, Varela F. El árbol del conocimiento. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1993.
- [17] Almeida-Filho N. La ciencia tímida: ensayos de construcción de la epidemiología. Buenos Aires: s. l.; 2000.
- [18] Peñaranda Correa F. La educación de los padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2003;1:1-15.
- [19] Ochoa Acosta EM, Mejía Pineda OL. El componente de Promoción de la Salud Bucal en la Escuela. Revista de Salud Pública de Medellín. 2011;(5)1:11.