

EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD: ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LA DESNUTRICIÓN EN COLOMBIA

¹MANRIQUE CORREDOR, Edwar Javier / ²SALAZAR JIMÉNEZ, Juan Gabriel

**EDUCATION AND RESEARCH
AIMED TO PUBLIC HEALTH
OUTCOMES : STRATEGIES TO
FIGHT THE LACK OF
NOURISHMENT IN COLOMBIA.**

¹Médico Cirujano de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Estudiante del Master en Investigación en Atención Primaria - Universidad Miguel Hernández España. Investigador del Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá-UPTC. Docente Escuela de Medicina UPTC. Correo electrónico: emanrique85@gmail.com

²Psicólogo de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Magíster en Derechos Humanos UPTC, Líder Grupo de Investigación en Niñez y Juventud, Fundación Universitaria Juan de Castellanos; Docente Fundación Universitaria Juan de Castellanos. Correo electrónico: jugasaji@gmail.com

Recibido: 5 de junio de 2013

Aceptado para publicación: 10 de agosto de 2012

Tipo: Revisión

RESUMEN

En el siguiente artículo se realiza una revisión de las implicaciones que se tiene sobre el bienestar económico, social, cultural y político de un país y la situación nutricional de su población, con el fin de proponer dos estrategias que permitirían desde la Atención Primaria en Salud, una mayor comprensión de la desnutrición y la inseguridad alimentaria: la Educación para la Salud y la Investigación de Resultados en Salud, estrategias poco discutidas y desarrolladas en los ámbitos políticos y de salud, lo que ha llevado también a una mala aplicación de la Atención Primaria, centrando sus mayores esfuerzos en la atención hospitalaria y dejando a un lado los niveles de prevención, promoción de la salud y participación popular como se declara en Alma Atta en 1978.

Palabras clave: educación en salud, atención primaria en salud, investigación en salud, desnutrición.

ABSTRACT

The following article provides an overview of the nutritional status of children in Colombia, and the implications it has on the economic, social, cultural and political development; addresses two strategies that allow from the Primary Health Care more understanding of malnutrition and household food insecurity in Colombia: the health Education and health Outcomes Research, recently discussed and developed strategies in political and health of Colombia, which has also led to a misapplication of primary care, focusing their best efforts on hospital care and leaving aside the levels of prevention, health promotion and participation as stated in Alma Atta in 1978.

Keywords: Health education, primary health care, health research, malnutrition.

INTRODUCCIÓN

La educación como herramienta para el bienestar social e individual es uno de los mayores logros para heredar a las nuevas generaciones, ya que la mayor dádiva que se puede hacer a otra persona no es comunicarle nuestra riqueza, sino revelarle la suya; la educación como herramienta para el progreso de las sociedades, tiene la función no de decir lo que considera importante, sino de permitir las condiciones para que cada ser humano vea la importancia real de cada uno de sus actos (Pilon, 1986).

La educación tiene el objetivo de lograr que los individuos sean más valiosos y productivos para la sociedad, siendo al mismo tiempo más exigentes consigo mismo y sus semejantes; mayor nivel de educación permitirá mayor crítica social, política, económica y cultural, hecho que se traduce para el sistema de salud, superar lo simplemente asistencial, saliendo de los hospitales y teniendo mayor contacto con las comunidades, compartiendo mutuamente conocimientos que permiten una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad (Perea, 2002), enmarcados en una sociedad solidaria y respetuosa, y que siempre ha tenido como un valor social y cultural el luchar por alcanzar una vida plena (González de Haro, 2008).

La alimentación como derecho fundamental para la conservación de la salud y la vida, se encuentra enmarcada en todos los procesos socioculturales y socio políticos de un país, por lo tanto, su estudio y abordaje debe ser multidisciplinar y trascender las barreras de los diagnósticos y tratamientos médicos, que de forma aislada, solo encubren su real situación y gravedad, y no permite la participación popular como se promulga desde 1978 en Alma Atta, por medio de la Atención Primaria en Salud, que trasciende del simple hecho de dar información, y se inmiscuye en todos los procesos

sociales con las comunidades y los entes gubernamentales, para lograr el máximo bienestar posible de las personas (Ortale, 2003).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La Educación para la Salud (EpS) realiza una integración conceptual de los términos educación y salud, sin que prevalezca uno sobre el otro, y enseña la necesidad de una integración de las estructuras políticas y sociales, para lograr una transformación real en el pensamiento y la conducta de las personas (Figueroa, Farías & Alfaro, 2004); de esta forma, la EpS parte desde el conocimiento que tienen los individuos y colectividades para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, concepto último definido en la Carta de Ottawa de 1986 como una estrategia complementaria que permite a las comunidades del mundo tener las herramientas necesarias para mejorar su salud y empoderarse de la misma, de forma que sea una responsabilidad social con la participación de todos los colectivos de un determinado país (OMS, 1986) y sea pensada de forma holística, desde los procesos vitales básicos del ser humano, hasta los niveles socioculturales, económicos y políticos en los cuales se encuentra un individuo y sociedad (Agudelo, Jaramillo & Álvarez, 1995).

La EpS se consolidó, a lo largo de su proceso de estructuración, como una herramienta que permite el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, pero no siempre fue así; a mediados del siglo XIX surge en medio de un conocimiento científico medicalizador, en el que se propendía activamente cambiar costumbres o hábitos de vida para evitar las enfermedades de la época reconocidas por las sociedades científicas (Enria, Fleitas & Staffolani, 2010). El quehacer de la EpS consistía en distribuir información, y realizar publicidad hacia la población, con el objetivo de cambiar hábitos que generaran una transformación del pensamiento, pero sin dar la posibilidad de un intercambio de conocimientos culturales que permitiesen ser más efectivas a estas campañas (Restrepo, 2005).

La EpS tenía una función preventiva y correctiva de la enfermedad de forma unidireccional en el que era necesario que el individuo y la comunidad tuviesen conocimientos acerca de la prevención de las enfermedades prevalentes en su sociedad, aceptando premisas que con el tiempo, eran rechazadas por no adaptarse a las características culturales de las personas a las que se pretendía enseñar (Castro, 2007).

Con la conferencia de Alma Atta se acelera una transformación de la EpS, ya que en esta se pronuncian principios como el de participación y democratización de la salud, por lo que educar deja de tener una función de transmitir o imponer recomendaciones médicas, y adquiere un concepto de investigación, para la creación de conocimientos y metodologías que fomenten el autoaprendizaje y el abordaje de la comunidad sobre las situaciones y prácticas que afectan la salud de sus pobladores (Costa, 1996; Perdomo, 1994).

La educación en salud realiza un cambio radical en su metodología; para su aplicación, requiere de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que estén de acuerdo con los rápidos cambios socio-culturales y necesidades emergentes de las poblaciones sobre las que actúa; adapta su enseñanza

en relación al contexto en el que se va a desenvolver, entendiendo que un proyecto de investigación o de intervención, no funciona de igual forma en todas las comunidades (Barrios, Masalán & Cook, 2011); la EpS constituye la acción educativa como el escenario para el reconocimiento de creencias, prácticas y actitudes que determinan el potencial de salud (Castro, 2007).

En la actualidad, la función principal de la EpS no es evitar una enfermedad específica, sino promover el conocimiento y estilos de vida saludables, para que las personas se empoderen de sus problemas de salud y sean ellos mismos los que generen las estrategias encaminadas a solucionarlos, permitiendo la participación activa de los ciudadanos (Perea, 2002); este objetivo de la EpS se articula al concepto de salud pública del informe Acheson en 1988, donde se declara que la acción social y política destinada a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, se debe hacer por medio de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria (OMS, 1998).

En este punto la EpS, hace de la participación una acción que permite la construcción colectiva, que implica compromiso, interacción e intercambio de conocimientos, que posibilitan una conciencia crítica sobre la realidad en la que se desenvuelve una persona, permitiendo la autonomía o emancipación en la toma de decisiones que influirán sobre su vida, su familia y su núcleo social (Machado & Vieira, 2009). Finalmente, la EpS permite la elaboración de procesos

planificados y sistemáticos de comunicación, enseñanza y aprendizaje dirigidos a la adquisición, elección y mantenimiento de hábitos de vida saludable y a evitar las prácticas de riesgo (González de Haro, 2008), constituyéndose en una herramienta que permite la integración de acciones desde las comunidades hasta los niveles gubernamentales, para comprender la real situación de salud y enfermedad de cada una de las poblaciones, y así elaborar y ejecutar las acciones más pertinentes para cada una de las comunidades en las que se va a actuar; es esta la complejidad que se debe tener en cuenta antes de realizar cualquier programa, elaborado en muchos casos por personas que no han vivido y tampoco conocen la realidad social sobre la que intervendrán (Sanabria, 2007).

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD

La Investigación de Resultados en Salud (IRS) es una disciplina orientada y focalizada a cuantificar, analizar e interpretar los resultados en salud que generan las distintas intervenciones sanitarias en condiciones habituales, para mejorar la toma de decisiones no solo en los centros hospitalarios, sino en las comunidades, al permitir llevar los resultados de investigación científica a la vida real, al tener en cuenta las características socioculturales de las personas y la percepción de los pacientes sobre las intervenciones que se hacen sobre su salud a nivel individual y colectiva (Soto, 2007).

Existen cuatro características fundamentales para el desarrollo de la investigación en Atención Primaria en Salud



(APS), y necesaria para comprender a la IRS (García Alfaro, & Moreno, 2009):

1. EFICACIA: son los resultados de una investigación en condiciones ideales, es decir cuando se tiene el control de todas las variables de estudio.

2. EFECTIVIDAD: cuando los resultados obtenidos se aplican en condiciones habituales, generalmente es la aplicación de los resultados de investigación en un hospital o clínica.

3. EFICIENCIA: mide el impacto en términos monetarios sobre las intervenciones en salud, tanto para el sistema sanitario de cada región, como sobre el impacto económico en las personas y familias sobre las que se realizan las intervenciones.

4. UTILIDAD: evalúa la calidad de vida de las personas, midiendo la percepción que tienen frente a las intervenciones que se realizan sobre su salud.

Generalmente se trabaja en los tres primeros aspectos, relegándose al último nivel la opinión y percepción de los individuos sobre su bienestar, generándose un sistema de atención e investigación en salud unidireccional, donde el profesional se encarga de tomar medidas correctivas por verdaderas, dejándose a un lado la cultura y formas de vivir de las comunidades en las que intervendrá; lo importante es la persona y no la enfermedad, y se ha demostrado que lo que interesa es cómo se va a vivir y no cuánto tiempo, puede tener una larga vida, pero si esta es deplorable, es decir con pobreza y hambre, la dignidad del ser humano se derrumba y no podrá superar la brecha que le permita una vida sana (Badía & Lizán, 2002).

Como preámbulo al tema de IRS desde la nutrición en Colombia, es necesario clasificar las formas de hacer investigación en Atención Primaria en Salud (APS), y que Starfield en 1996, describió en cuatro ejes fundamentales (López & Segredo, 2013):

1. INVESTIGACIÓN BÁSICA: desarrollo de métodos útiles al estudio de la APS, como lo es la estructura, procesos y resultados.

2. INVESTIGACIÓN CLÍNICA: enfocado al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades.

3. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: organización de los servicios, para permitir el mejor desenvolvimiento de los profesionales y el mejoramiento de la salud de la población.

4. INVESTIGACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD: se tiene en cuenta los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, para la organización de acciones con impacto positivo desde la APS, en la salud de las comunidades.

SALUD Y NUTRICIÓN EN COLOMBIA

Actualmente en un país como Colombia, la salud vista como un fenómeno social, multidimensional y que sea alcanzable para toda la población, se encuentra en un estado de escasa integralidad, desarrollándose en un ámbito de intereses particulares que no permiten ver la salud como derecho fundamental para el desarrollo social, además de estar atada a un concepto medicalizador y biologicista, que no da cabida a ver la salud fuera de un hospital (González de Haro, 2008).

Un ejemplo claro de lo anterior son las altas cifras de pobreza en Colombia; para el 2010 las personas que se encuentran en la línea de pobreza a nivel nacional es del 45.5%, y las que se encuentran en la línea de la indigencia del 16.4% del total de la población (DANE, 2010), situación que afecta la salud de los colombianos, que en la mayoría de casos, mueren por causas prevenibles, como la desnutrición infantil y la violencia urbana, que además de las muertes o secuelas físicas, tiene un impacto negativo sobre la salud mental (Manrique, 2011).

Aunado a lo anterior, se tiene que Colombia atraviesa por una crisis de seguridad alimentaria; en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) del 2010, se reporta una prevalencia del 42.7% de inseguridad alimentaria en los hogares, siendo del 57.5% en el área rural, en un país que es agrícola e (Fonseca *e tal.*, 2011). La ENSIN también reporta que Boyacá es el departamento en el que existe la mayor prevalencia de desnutrición crónica en la población de 0 a 4 años, de los 20 municipios con mayor retraso de talla para la edad, 16 son de Boyacá, siendo Pisba, Paya y Labranzagrande los pueblos con más desnutrición del país (Ayala, Cadena, Fonseca & Sánchez, 2010).

El sistema de salud se encuentra adaptado para la atención de la enfermedad, dejándose a un lado aquellos aspectos que deben interesar para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, sin tenerse en cuenta el nivel social, siendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aspectos sin gran interés para el sistema vigente; lo anterior se evidencia por la alarmante cifra de más de 500.000 niños al año que sufren de desnutrición crónica en Colombia, según el centro de Investigaciones de la Facultad de Economía de los Andes, 13% de la población infantil del país, además reporta que los mayores índices de desnutrición infantil se encuentran en los departamentos de Boyacá y Nariño, con una frecuencia del 20% (Ramírez, 2009); y mientras tanto, se siguen desarrollando estudios de prevalencia, sin seguimiento de la población afectada, promoviendo planes alimentarios a los que tampoco se le realizan seguimiento, y en consecuencia, con una de las cifras más elevadas de desnutrición de Latinoamérica (Martínez, 2005; Ortiz, Ruiz & Álvarez, 2006).

La nutrición al igual que la salud, no solo es un tema que le corresponde al médico, por el contrario, es necesaria la participación de todas las personas para realizar intervención en los procesos políticos, sociales, económicos y culturales que influyen sobre la salud y la enfermedad del ser humano, pues la nutrición se constituye en un campo de diversas características psicoemocionales y socioculturales, que van ligados a la obtención, asimilación y metabolismo de nutrientes, lo que hace que sea un tema multidisciplinario, en el que deben participar, la biología, la ecología, la historia, la política, la psicología, la antropología y otras áreas, que pueden abordar los factores que afectan a la nutrición de un individuo y su grupo social (Macías, Quintero, Camacho & Sánchez, 2009).

La política de Seguridad Alimentaria es contundente al afirmar que se debe promover el derecho a la alimentación en la población colombiana y afirma que la buena alimentación es

decisiva para la libertad y el ejercicio de otros derechos como la salud; el hambre es un atentado a la libertad, de forma que se justifica una política activa orientada a garantizar el derecho a acceder a la alimentación sin restricciones (DNP, 2008); en 1948 al realizarse la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se afirmaba que, un hombre en la miseria no es un hombre libre (Eide, 2003), aspecto que debe ser tenido en cuenta por los profesionales de la salud al momento de decidir investigar e intervenir en alimentación y nutrición, en poblaciones que ven deteriorada su calidad de vida por el desempleo, el analfabetismo y la inequidad social.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: UNA ESTRATEGIA DE CAMBIO SOCIAL

Si se toma como partida la EpS para explicar la complejidad de la situación de salud de Colombia, al considerarse por ejemplo el tema de la pobreza, esta ya no solo es importante en términos de posesión de bienes, sino que trasciende estas mediciones para llegar al campo de la equidad social. La pobreza genera un impacto negativo que produce privaciones físicas, mentales y ambientales que afectan el desarrollo cognitivo y social de la población, principalmente de los niños que son los futuros ciudadanos del país, y que en estas circunstancias, llegarán a su vida adulta con un atraso de su desarrollo neurológico, generando un estado emocional negativo que perpetuará esta cadena de pobreza y enfermedad cuando estén a cargo de sus hogares (Lacunza, de González & Solano, 2010).

De igual manera para el país y desde el campo de la EpS, la desnutrición infantil es un problema prioritario que debe ser tratado con urgencia en la agenda política de las entidades gubernamentales y no gubernamentales, se debe considerar la magnitud que tiene esta enfermedad social sobre la mortalidad y las secuelas de los que sobreviven a este flagelo (Orzuza, 2011); el bienestar, el desarrollo físico y emocional de los niños debe ser una tarea permanente de las instituciones gubernamentales y la sociedad en general, como objetivo común (Lastra, 2000; Restrepo & Málaga, 2001).

La EpS es una herramienta fundamental para el país, desafortunadamente se ha desarrollado poco e inadecuadamente como ha ocurrido con la APS; es prioritario que siguiendo su metodología, y reestructurándola de acuerdo a las necesidades de la región, se realice primero un diagnóstico educativo que se base en los factores psicosociales, culturales, educacionales y económicos que influyen sobre las comunidades, determinando cuáles son las necesidades reales de enseñanza que se requieren, para decidir igualmente los métodos, medios y procedimientos más eficaces, efectivos y útiles para los educadores y educandos en términos de Paulo Freire (Dueñas, 1999; Freire, 2005; Gutiérrez, 2003).

La EpS puede contribuir a la solución de muchos problemas en salud, partiendo de la idea que su objetivo no es únicamente informativo y que su importancia radica en generar los elementos necesarios que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva (Figuerola *et al.*, 2004). La estructura social y política de Colombia debe comprender que la participación es una

estrategia que permite a los grupos vulnerables influir en la toma de decisiones que transformará su actual situación social, potenciando estrategias desde la EpS para la conservación y recuperación de su salud física y mental, teniendo en cuenta que la participación se fundamenta desde el aprendizaje de la cotidianeidad, la solidaridad y el diálogo como acto de pedagogía y convivencia (Restrepo, 2005), permitiendo una fuerza posibilitadora del cambio y sea impulso de libertad, ya que en la educación nace la verdadera sociedad humana y nadie vive al margen de ella (Freire, 2009).

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD: ESTRATEGIA DE INNOVACIÓN PARA EL BIENESTAR SOCIAL

Desde un modelo biomédico, para realizar intervenciones en salud, la investigación se ha basado fundamentalmente en la medida de variables a partir de síntomas y pruebas de laboratorio, pero desde un modelo biosicosocial la IRS también toma otras medidas de relevancia, como lo es la morbi-mortalidad de una población, la calidad de vida relacionada con la salud, las preferencias y satisfacciones de las personas y los análisis de coste-efectividad, motivo por el que la IRS en el sistema de salud colombiano debe integrarse para mejorar la salud de sus comunidades (Badia & Lizán, 2002); cada día se hace más importante conocer cuál es la percepción del individuo respecto a la enfermedad y los tratamientos que recibe y cómo influyen en su vida diaria, evaluando su ambiente, cultura y educación; el estudio de la enfermedad desde lo multifactorial de forma precisa y con rigurosidad científica permitirá el logro de estos objetivos (Castro, 2001; Soto, 2006).

En la actualidad, la participación de la IRS como estrategia frente a la toma de decisiones en salud, se encuentra desarticulada, además de no tenerse en cuenta la participación comunitaria frente a estos procesos (Mosquera, Gómez & Méndez, 2005), y que en un mundo que propugna por un modelo biosicosocial como baluarte para comprender los procesos de salud y enfermedad, debería apoyar los procesos comunitarios y académicos, fortaleciendo la investigación desde las universidades, mejorando la enseñanza de la educación profesional en salud e incentivando el aprendizaje continuo (Badia & Lizán, 2002).

Un tema poco estudiado en Colombia y que la IRS podría evaluar, es el impacto de la nutrición en los niños y el grado de educación de las madres, ya que se ha demostrado que por cada año de escolaridad que las madres reciban, se disminuye de un 4 a 5% el riesgo de que los infantes que están a su cargo, padezcan de algún tipo de retraso en su desarrollo físico y mental (Behrman & Deolalikar, 1990; Chen & Li, 2009; Gakidou, Cowling, Lozano, & Murray, 2010; Müller & Krawinkel, 2005), aumentando este beneficio, si también se previenen los embarazos en adolescentes (Gaviria & Palau, 2006; Malik, 2013); aspectos a ser tenidos en cuenta para el desarrollo de proyectos de investigación e intervención en nutrición en Colombia. Aplicar la IRS como una fuente importante de conocimientos sobre la eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad de las investigaciones e intervenciones en el ámbito clínico y social (Badia & Lizán, 2002).



La salud y la enfermedad se comportan de forma diferente en todas las regiones del mundo; como se ha visto, influyen diversos aspectos: la percepción de la enfermedad y su afectación individual y colectiva, motivo también por el cual la IRS debe contribuir a que cada país estudie y resuelva sus problemas en nutrición, y no esperar adoptar posturas de otros países, que quizá, por las realidades diferentes, arrojen resultados también diferentes, (Muzzo, 2008; Perea, 2009).

Se resalta la importancia de realizar investigación en nutrición infantil, teniendo en cuenta que las carencias nutricionales afectan el crecimiento y desarrollo de los niños, principalmente en los primeros cinco años de vida, deteriorando el potencial educacional y afectando el desarrollo del capital humano de Colombia (Aguilar & Uauy, 2003).

Diferentes estudios a nivel mundial hacen hincapié en la necesidad de registrar y evaluar el impacto de la atención hospitalaria sobre la salud de las personas, es necesario comprobar que los procedimientos instaurados tienen un efecto positivo sobre la calidad de vida, para que las medidas que se tomen sean las más adecuadas y proporcionen los mayores beneficios al paciente (Mendivil & Martínez, 2003); la mayor dificultad del país, es que sus estudios se centran en la detección de la población enferma, pero no se toman las medidas adecuadas para su mejoramiento, enfocándose la investigación en el tratamiento en un ambiente hospitalario, donde las condiciones son controladas y en el caso de los menores con desnutrición, se permite su rehabilitación, pero deja de ser efectiva al salir de este ambiente y llegar a sus hogares en los que hay una crisis de seguridad alimentaria, a causa del desempleo y el analfabetismo, recayendo nuevamente en una enfermedad que trasciende el ámbito clínico y se convierte en una enfermedad social producto de la pobreza.

CONCLUSIONES

Para el acceso a los diferentes niveles de atención en salud con eficacia, efectividad y eficiencia, es fundamental reducir la desigualdad social, educativa, económica, laboral, de género y ambiental (González de Haro, 2008), haciéndose necesario que en Colombia las propuestas de investigación e intervención tengan en cuenta estos aspectos para posibilitar el bienestar social de toda la población.

La EpS, la IRS y la APS, son herramientas que permiten un mejor conocimiento de la realidad en salud de cada sociedad, con rigurosidad metodológica, que potencian los procesos para el diálogo comunitario y cultural, permitiendo la comprensión que tienen las personas sobre la salud y la forma en que llevan su proceso de prevención o curación.

En Colombia se tiene el potencial humano para satisfacer las necesidades de sus habitantes de forma digna y pertinente, que junto a sus riquezas naturales y su gran diversidad cultural, se podría hacer del país un mejor lugar para la convivencia y el respeto por el otro; la EpS y la IRS, son estrategias poco conocidas en Colombia, para el desarrollo de sus políticas en Atención Primaria, y es el momento de colocarlas en práctica de forma adecuada, dadas las circunstancias de inequidad social por las que atraviesa el país, y que comprendiendo las premisas explicadas con anterioridad, se podría dar un gran salto en el mejoramiento de la salud y calidad de vida de todos sus habitantes; aunque falta un largo camino por recorrer, el simple hecho de reconocer que nos hemos equivocado, pero que se puede trazar un nuevo camino permitiendo la participación de todos, se podría lograr un objetivo básico de la humanidad, vivir con dignidad.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUDELO, S. JARAMILLO, D. & ÁLVAREZ, M. (1995). La promoción de la salud y la seguridad social. Corporación Salud y Desarrollo.
- AGUILAR, A. & UAUY, R. (2003). Desnutrición y las metas del milenio, un desafío para los Pediatras Bolivianos. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 44(1), 1-3.
- AYALA, D. CADENA, E. FONSECA, Z. & SÁNCHEZ, F. (2010). Mapas de la Situación Nutricional en los Municipios de Colombia (1 ed.). Bogotá: Da Vinci.
- BADIA, X. & LIZÁN, L. (2002). Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Aten Primaria*, 30(6), 388-391.
- BARRIOS, S. MASALÁN A. & COOK, M. (2011). Educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras. *Ciencia y enfermería*, 17(1), 57-69.
- BEHRMAN, J. & DEOLALIKAR, A. (1990). The intrahousehold demand for nutrients in rural south India: Individual estimates, fixed effects, and permanent income. *Journal of human resources*, 25(4), 665-696.
- CASTRO, J. (2007). Los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud. *Educación corporal y salud: Gestación, infancia y adolescencia*.
- CASTRO, M. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En *Promoción de la salud. Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Médica Panamericana.
- CHEN, Y. & LI, H. (2009). Mother's education and child health: Is there a nurturing effect? *Journal of Health Economics*, 28(2), 413-426.
- Costa, M. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Pirámide. Madrid.
- DANE. (2010). Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística-Departamento Nacional de Planeación.
- DNP. (2008). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Departamento Nacional de Planeación.
- Dueñas, J. (1999). Educación para la salud: bases psicopedagógicas. *Educación Médica Superior*, 13(1), 92-98.
- EIDE A. (2003). El derecho humano a una alimentación adecuada y a no padecer hambre. *Doctrinas*, 1, 43-46.
- ENRÍA, G. FLEITAS, M. & STAFFOLANI, C. (2010). El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Ciencia, docencia y tecnología*, (41), 49-71.
- FIGUEROA, I. FARIAS, M. & ALFARO, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*.
- FONSECA, Z. HEREDIA, A. OCAMPO, P. FORERO, Y. SARMIENTO, O. ÁLVAREZ, M. RODRÍGUEZ, M. (2011). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (1 ed.). Bogotá: Da Vinci.
- FREIRE, P. (2005). *Pedagogía del oprimido (2a ed.)*. México: Siglo XXI.
- FREIRE, P. (2009). La educación como práctica de la libertad. Siglo XXI de España Editores.
- GAKIDOU, E. COWLING, K. LOZANO, R. & MURRAY, C. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *The Lancet*, 376(9745), 959-974.
- GARCÍA, F. ALFARO, A. & MORENO, J. (2009). Evaluación de Resultados de Salud: Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 286-293.
- GAVIRIA, A. & PALAU, M. (2006). Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política. *Coyuntura Económica*, 36(2), 36-49.
- GONZÁLEZ, M. (2008). La educación para la salud: « asignatura pendiente» para la escuela. *O XXI, Revista de Educación*, 10, 123-136.
- GUTIÉRREZ, J. (2003). Formación en Promoción y Educación para la Salud (p. 93). España: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- LACUNZA, A. DE GONZÁLEZ, N. & SOLANO, A. (2010). Las habilidades cognitivas en niños preescolares. Un estudio comparativo en un contexto de pobreza. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 25-34.
- LASTRA, L. (2000). Desnutrición, un problema prioritario de Salud Pública del nuevo milenio. *Salud en Tabasco*, 6(1).
- LÓPEZ, P. & SEGREDO, A. (2013). El desarrollo de la investigación en la atención primaria de salud. *Educación Médica Superior*, 27(2), 259-268.
- MACHADO, M. & VIEIRA, N. (2009). Educación en salud: perspectiva del equipo de salud de la familia y la participación del usuario. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(2), 174-9.
- MACIAS, A. QUINTERO, M. CAMACHO, E. & SÁNCHEZ, J. (2009). La tridimensionalidad del concepto de nutrición: su relación con la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 36(4), 1129-1135.
- MALIK, K. (2013). Informe sobre Desarrollo Humano 2013. Nueva York: PNUD.
- MANRIQUE, E. (2011). Pobreza, desnutrición y reformas de salud en Colombia. *SHS*, 6(1).
- MARTÍNEZ, R. (2005). Hambre y desigualdad en los Países Andinos: La desnutrición y la vulnerabilidad alimentaria en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú (Vol. 112). United Nations Publications.
- MENDIVIL, J. & MARTÍNEZ, J. (2003). Introducción a la investigación de resultados (outcomes research) en gastroenterología. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 18(4), 244-246.
- MOSQUERA, J. GÓMEZ, O. & MÉNDEZ, F. (2005). Use of research results in public health in the Valle del Cauca Secretariat of Health, Colombia. *Colombia Médica*, 36(1), 16-22.
- MÜLLER, O. & KRAWINKEL, M. (2005). Malnutrition and health in developing countries. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), 279-286.
- MUZZO, S. (2008). Situación actual y planes futuros de las revistas de nutrición en iberoamérica. *Revista chilena de nutrición*, 35(1), 8-9.
- OMS. (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1986). Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Ottawa (Canadá): OMS.
- ORTALE, M. (2003). Saber médico y desnutrición infantil en el Gran La Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina). En: Barone, M. y Shiovoni, L.(comp): *La Argentina de los 90: trabajo, salud y género. Estudios en sectores edios y pobre*. Ed. De la Univ. Nac. De misiones/Secretaría de Cultura de la Pcia. de Misiones.
- ORTIZ, R. RUIZ, M. & ÁLVAREZ, C. (2006). Nutritional policy and its framework in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(1), 1-13.
- ORZUZA, S. (2011). Mujeres que conviven con la desnutrición infantil. Análisis desde sus condiciones de vida. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3(1), 20-28.
- PERDOMO, G. (1994). La Investigación-Acción-Participante como estrategia para la capacitación y evaluación en educación sanitaria. *Cad. Saúde Públ*, 10(3), 331-338.
- PEREA, R. (2002). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, (4), 15-40.
- PEREA, R. (2009). Promoción y educación para la salud: tendencias innovadoras. España: Díaz de Santos.
- PILON, A. (1986). Desarrollo de la Educación en Salud, Una actualización de conceptos. *Rev Saúde Pública*, 20(5), 391-6.
- RAMÍREZ, H. (2009). ¿Quién responde por la desnutrición infantil en Colombia? Cuadernillos culturales.
- RESTREPO, H. & MÁLAGA, H. (2001). La promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Pan American Health Org.
- RESTREPO, S. (2005). La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. *Invest. educ. enferm*, 110-117.
- SANABRIA, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salu. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-7.
- SOTO, J. (2006). Valoración de los resultados en salud percibidos y comunicados por los pacientes: ¿ necesidad o lujo? En *Anales de medicina interna (Vol. 23, pp. 136-138)*.
- SOTO, J. (2007). Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *Anales de Medicina Interna*, 24(11), 517-519.