

Educación para la salud en el Caribe colombiano: percepciones comunitarias de las violencias en contextos educativos para la construcción de paz

Education for health in the Colombian Caribbean: community perceptions of violence in education's contexts for the construction of peace

Francisco José del Pozo Serrano¹, Juana Borja González²,
Francisco Jiménez Bautista³, Giselle Paola Polo Amashta⁴

Resumen

Objetivo: Comprender las percepciones comunitarias vinculadas a la salud en la región Caribe colombiana, a fin de comprender las diversas problemáticas que afectan la paz en los entornos educativos.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de tipo cualitativo desarrollado en 13 instituciones educativas de la región Caribe colombiana. Se realizaron 35 entrevistas utilizando el método en bola de nieve y 7 grupos focales. Para el análisis de los datos se empleó la técnica de análisis de contenido y fueron sistematizados y procesados con el "software" NVivo.

Resultados: Se centran en las percepciones de los tres tipos de violencias vinculadas con la salud: a) violencia directa: negligencias y violencias en las familias: Cuidado de los niños y del colectivo, consumo de drogas; convivencia escolar, falta de salud, conflictos comunitarios; b) violencia estructural: la necesidad del derecho a la salud como justicia social, la precariedad en la promoción y la prevención de la enfermedad, perturbación de la paz, y c) violencia cultural: centradas en la capacidad simbólica del sujeto, exigencias por reconsideración de sus elementos culturales en beneficio de la construcción de paz.

Conclusión: La población estudiada se encuentra en contexto de vulneración, destacándose una necesidad de ejercer derecho a la salud y a la paz. Es necesario un enfoque de intervención desde la política pública para generar la coparticipación de la comunidad a partir del reconocimiento de su propia cultura.

¹ Doctor en Ciencias de la Educación. Profesor e Investigador del Instituto de Estudios en Educación de la Universidad del Norte, Colombia. fdelpozo@uninorte.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-5098-1407>

² Magister en Enfermería y profesora e investigadora de la Universidad del Norte, Colombia. jborja@uninorte.edu.co <https://orcid.org/0000-0003-1697-6641>

³ Doctor en Humanidades. Profesor titular de Antropología social e Investigador del Instituto de la Paz y los Conflictos de la Universidad de Granada, España. fjbautis@ugr.es <http://orcid.org/0000-0001-8827-2913>

⁴ Licenciada en Pedagogía Infantil. Joven Investigadora de Colciencias del Instituto de Estudios en Educación de la Universidad del Norte, Colombia. gamashta@uninorte.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-5603-3854>

Correspondencia: Oficina Bloque D, 1er piso, Departamento de educación, Instituto de Estudios en Educación, Km 5, vía a Puerto Colombia, Barranquilla. Tel. +57 3509509, Ext. 3437. Fax. (57-5) 3598852. Apartados aéreos 1569 – 51820.

Fecha de recepción: 8 de junio de 2017
Fecha de aceptación: 17 de noviembre de 2017

Palabras clave: Educación, educación para la salud, prevención y promoción de la salud, violencias, paz.

Abstract

Objective: To understand the community perceptions linked to health in the Colombian Caribbean region, in order to understand the diverse problems that affect peace in education environments.

Materials and methods: Qualitative descriptive study developed in 13 educational institutions of the Colombian Caribbean region. 35 interviews were conducted using the snowball method and 7 focus groups. For the analysis of the data, the content analysis technique was used and they were systematized and processed with NVivo software.

Results: They focus on the perceptions of the three types of violence linked to health: a) direct violence: negligence and violence in families: care of children and the group, drug use; school coexistence, lack of health, community conflicts; b) structural violence: the need for the right to health as social justice, precariousness in the promotion and prevention of disease, disturbance of peace and, c) cultural violence: centered on the symbolic capacity of the subject, demands for reconsideration of its cultural elements for the benefit of peace building. **Conclusion:** The population studied is in a context of vulnerability, highlighting a need to exercise the right to health and peace. It is necessary an intervention approach from the public policy to generate the co-participation of the community from the recognition of their own culture.

Keywords: Education, health education, prevention and health promotion, violence, peace.

INTRODUCCIÓN

Las violencias directas, estructurales y culturales vinculadas a la prevención y a la promoción de la salud

La construcción de la Cultura de paz supone tener en cuenta y prevenir las violencias que dañan o dificultan la misma y que desde múltiples vulnerabilidades afectan a la paz a partir de las violencias directas, violencias estructurales y violencias culturales (1). Las primeras son las que están especialmente vinculadas con las agresiones físicas, verbales y psicológicas o relacionales que pueden dificultar o impedir la adecuada convivencia entre las personas; las segundas tienen un énfasis en aquellas situaciones estructurales económicas, políticas o sociales que presentan un impacto en la vulneración de los derechos y las necesidades de los seres humanos y de ambiente y territorios; y las terceras son las que desde los sistemas o actitudes

socioculturales legitiman o naturalizan las violencias directas o estructurales (2).

Estas violencias fracturan nuevas formas de ciudadanía y convivencia pacífica; y en la región Caribe colombiana tienen que ver, según las percepciones sociales, con el desempleo, la delincuencia o la desprotección de la cobertura social y sanitaria del Estado de forma principal, entre otras (3).

En este artículo se propone la Educación para la paz (EpS) desde el enfoque de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad con las comunidades sociales más vulnerables desde la "participación como un proceso multidimensional entre las personas, las diversas organizaciones sociales y el entorno, promoviendo la democracia en la vida cotidiana, en todos los vínculos y en todos los espacios" (4) y generando desde el enfoque de Educación para la Salud resoluciones, gestiones y

transformaciones de conflictos personales entre personas, comunidades y territorios.

La Educación para la salud, constructora de paz, se vincula a los enfoques preventivos y de promoción que favorecen la prevención de las violencias desde los contextos escolares y comunitarios (5). Por tanto, este enfoque se vincula directamente con la construcción ciudadana para el posconflicto (o mejor aun, al posacuerdo), a fin de prevenir los diversos tipos de violencias: directas, estructurales y culturales, relacionadas con la salud.

La distribución inequitativa de la prestación de salud o la vulneración de la garantía de la política pública en salud son concebidas como violencias estructurales (6,7). La Organización Mundial de la Salud (OMS) valora el eje de la prevención de las violencias debe hacerse de forma transversal y holística, desde el sector de la salud, puesto que esta es un problema de salud pública, que no excluye a ningún grupo etario, cultural o de género y que presenta una dimensión física, pero también de tipo mental y psicológica. Existe población que además presenta especial vulnerabilidad. Las mujeres son víctimas de incidentes de violencia doméstica y de empeoramiento de la salud, con inequidades relacionadas con la educación o el nivel de vida. En particular, ellas viven la mayor incidencia de traumas y la disminución del bienestar psicológico (8,9).

A nivel general, ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas de 15 a 29 años están relacionadas con violencia o lesiones (8). Cada 5 segundos fallece una persona en el mundo a causa de un traumatismo generado por algún tipo de violencia, en la que muchos de los lesionados quedan con secuelas discapacitantes, y decenas de millones más sufren efectos psicológicos a largo plazo como resultado de esos episodios traumáticos o violentos (10).

Por el impacto que tiene la violencia para la salud y para el bienestar en sus diversas formas de presentación, la Asamblea Mundial de la Salud en 2014 adoptó mediante resolución el fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia (11).

Las violencias directas, vinculadas frecuentemente a las violencias interpersonales, son definidas por la OMS como

La violencia entre las personas o entre grupos pequeños de personas. Es un problema social insidioso y con frecuencia mortífero, e incluye el maltrato de los niños, la violencia juvenil, la violencia de la pareja, la violencia sexual y el maltrato de los ancianos. Se produce en los hogares, en las calles y otros espacios públicos, en los lugares de trabajo y en instituciones como las escuelas, los hospitales y los centros de atención permanente. (12)

Las violencias culturales, como ambientes que justifican o permiten la violencia directa y estructural, son, en definitiva, aquellas prácticas que desde lo comunicativo y sociocultural legitiman el uso o desarrollo, por acción y/u omisión, de cada una de las violencias asociadas (13).

La EpS se convierte, según lo expuesto, en una práctica preventiva y de resiliencia en las personas, los grupos y las comunidades que viven situaciones de vulnerabilidad y de conflicto, a partir de valores desarrollados en las pedagogías centradas en las comunidades; con fines tales como: concienciación, empoderamiento, cooperación, mediación, autoorganización, se desarrolla en dos contextos o enfoques donde se producen de forma múltiple las violencias descritas, con dos tipos de pedagogías principales orientadoras: pedagogía escolar (curricular/formal) y pedagogía social (relacional/no formal informal) (14,15).

Las comunidades educativas se pueden convertir en multiplicadoras de la prevención de las violencias y la construcción de paz ambiental (16) desde las competencias ciudadanas (17) y los desarrollos de cátedra de la paz a partir de sus contenidos (resolución pacífica de los conflictos o prevención de riesgos, entre otros), así como los procesos de Educación para la salud desde la pedagogía social, que tiene en cuenta la gestión comunitaria, a las familias y a las comunidades (18).

Ambas pedagogías pueden estar centradas en el enfoque de educación para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La EpS puede entenderse

como generadora de posibilidades que pueden mejorar y optimizar a través de la educación, las condiciones de los sistemas de salud, la profesionalización de los agentes intervinientes en el campo socio-sanitario y la calidad de vida de las personas a fin de un desarrollo sostenible y sustentable de las instituciones, los pueblos y las comunidades. (19)

Educación desde las escuelas y desde las comunidades es fundamental en el reto de la construcción de Cultura de paz en las regiones más vulnerables de Colombia (20); contextos en los que en la mayoría de los casos está presente la vulneración, las necesidades, la pobreza y exclusión social. A la luz de la literatura, “datos probatorios indican cada vez más que los más pobres entre los pobres tienen la peor salud, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como gradiente social de la salud” (21).

Las violencias estructurales han llevado no solo al aumento en la morbilidad, sino a la crisis económica en la que se encuentra el sector salud por costos incalculables del tratamiento

y control de las enfermedades crónicas no transmisibles (22).

La pedagogía social y la pedagogía escolar tienen el gran potencial de la EpS, a fin de prevenir riesgos asociados a las enfermedades, crear cultura ciudadana de salud pública, prevenir los conflictos y resolverlos de forma no violenta o promocionar hábitos saludables.

La construcción de paz supone, entre otras cuestiones, la garantía de la atención oportuna ante riesgos que puedan incidir en la estabilidad de la salud pública del territorio; por ello ha propuesto acciones para la prevención de las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles (23,24). Acorde con lo planteado en la normativa vigente en la Ley 1438 de 2011, que establece que la Atención Primaria en Salud (APS) estará constituida por tres componentes integrados, interdependientes e integrales: “los servicios de salud, la acción intersectorial/transsectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (25).

METODOLOGÍA

La población de este estudio está constituida por comunidades educativas y sociales de la región Caribe colombiana, caracterizadas por su condición de riesgo, vulnerabilidad, discriminación y exclusión social de los siguientes departamentos: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre. En este estudio participaron las familias y actores sociales de la comunidad. Esta región presenta graves dificultades y necesidades reflejadas en el índice de progreso social del país (IPS) y en otros estudios vinculados a la conflictividad y a las violencias comunitarias condicionadas por los determinantes sociales en salud tales como: desempleo, actividades económicas informales, pobreza extrema, poca tolerancia a la diversi-

dad social como personas desmovilizadas y desplazadas o población LGTBI, inadecuado sistema sanitario, delincuencia, desplazamiento forzado, trata de personas, violencia intrafamiliar, etc., que hacen de la región Caribe una de las más desiguales del país (26).

Para este estudio cualitativo se empleó la técnica de análisis de contenido (27,28) a partir de tres macrocategorías vinculadas las violencias estructurales, directas y culturales y con enfoque de Educación para la salud a partir de su vinculación con la pedagogía escolar y social como prevención y promoción de la salud.

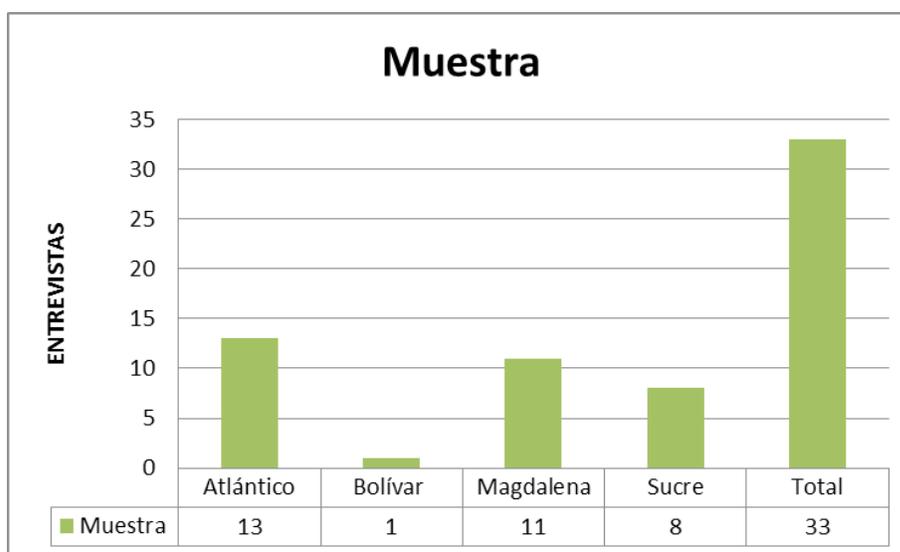
Los datos fueron sistematizados y procesados con el programa de análisis de datos NVivo.

Se realizaron 33 entrevistas y 7 grupos focales en departamentos de la región (ver anexo gráfico 1 y tabla 1); dirigidos a padres y madres de familia, cuidadores, actores sociales de la comunidad, así como a docentes y directivos de las instituciones educativas.

Los departamentos han sido codificados para el análisis que se presenta a continuación como: Atlántico (Atl.), Soledad (Sol.); municipio del departamento del Atlántico, Cartagena (Car.); capital del departamento de Bolívar, Magdalena (Mag.), Sucre (Suc.), Córdoba (Cor.), La Guajira (Gua.) y Valledupar (Valle.); capital del departamento del César.

Para la realización de la investigación se contó con la aprobación del Comité de Ética de la institución, así como con los lineamientos éticos de acuerdo con lo planteado en la Resolución 00830 de octubre de 1993 (beneficencia, autonomía y consentimiento informado verbal y escrito).

La naturaleza ética se tuvo en cuenta tanto en el diseño de la investigación como en la devolución y en la socialización de los resultados con las comunidades, la transferencia del conocimiento a partir de los datos obtenidos y la apropiación social del mismo.



Fuente: elaboración propia.

Gráfica 1. Muestra de la población participante

Tabla 1. Participantes y características de la muestra del estudio cualitativo

Participantes en entrevista*	Características de grupo focales
Ubicación geográfica	Ubicación geográfica
	Córdoba
Atlántico (n=13)	Bolívar
	La Guajira (Grupo 1: madres, padres y actores sociales; Grupo 2: docentes y directivos)
Bolívar (n=1)	
Magdalena (n=11)	
Sucre(n=8)	Valledupar (Grupo 1: madres, padres; Grupo 2: docentes y directivos; Grupo 3: docentes y directivos)
Total 33	
* 20 madres y padres de familia, 3 cuidadores y 10 actores sociales.	Total 7

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Percepciones comunitarias de salud y violencias directas

Las violencias conforman relaciones de poder sobre las personas o los colectivos. Aunque las violencias directas son las más explícitas de los tres tipos señalados, a veces las agresiones no son tan directas y visibles. De hecho, investigadores de esta temática mencionan que las agresiones indirectas suponen un ejercicio mucho más desarrollado a nivel cognitivo (29). “La agresión indirecta minimiza las posibilidades del agresor de ser identificado, mientras que maximiza el impacto negativo en la víctima” (30) y las consecuencias para la salud mental y física pueden ser muy complejas.

Una participante, responsable de la coordinación de convivencia de una comunidad educativa, manifestó lo siguiente respecto la educación mediadora de los conflictos:

Lo que nos preocupa es cuando a la salida encontramos conflictos entre ellos mismos y tratamos por todos los medios, con el servicio de vigilancia que tenemos aquí y el cuadrante de manzana, de hablar con ellos, y si no conseguimos, los cogemos, los agarramos y mandamos a llamar los padres, o sea, tratamos de que no se agrande más el conflicto entre ellos, tratamos por todos los medios de ayudarlos como agentes comunitarios de salud. (Ent.06.Atl)

En los territorios escolares, uno de los espacios principales de promoción de la salud *es la convivencia*. En Colombia, la sana convivencia está regulada por la ley, haciendo énfasis en diversas situaciones de conflicto y tipos de agresiones (31). Al respecto, un participante manifestó:

Bueno, este la vinculación social que tenemos con las escuelas de nuestros municipios es trabajar con nuestros estudiantes para tratar de manejar con ellos espacios de convivencias. (Ent.04.Mag)

Igualmente, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, como favorecedoras de construcción de paz territorial y contextual, es percibida como una necesidad de atención directa, aunque tenga, igualmente, su carácter estructural.

Como ya lo expresé, coordino un grupo de promotores de la salud, que estamos haciendo trabajo comunitario, nos asignan ciertos barrios, nos corresponden seis barrios... He trabajado referenciales, paso de referencia en paso a la villa, queda aquí en el barrio... La vinculación que tenemos con las instituciones educativas aledañas es el trabajo que hacemos todo lo referente en prevención y en salud. Ejemplo, estamos trabajando con el ICBF (...), que ha sido de gran apoyo para nosotros, retroalimentándonos con ellos, haciendo actividades educativas, y con los niños hacemos lo que es el programa de crecimiento y desarrollo; nos trasladamos allá, hacemos el censo

y hacemos lo que es crecimiento y desarrollo; también hacemos vacunación, revisamos todas las carpetas, entonces ahí hacemos el censo, cuáles son los niños que están sin vacunar de acuerdo con los esquemas de vacunación, y nos trasladamos allí también, un día en específico, y vacunamos a esa población. (Ent.06.Atl)

Las violencias directas comunitarias se generan, en gran parte, por las familias y cuidadores, igualmente. Al respecto, una de las líderes sociales del Magdalena expresó:

[...] he visto mucho abandono, mucho ausentismo por parte de los padres ¡Sí! Muchos casos porque el padre o la madre abandonan el hogar, pero en otros porque papá y mamá son simplemente figuras que no inciden dinámicamente en el proceso de formación de sus hijos. Creo que ese ausentismo es determinante en las personas que estamos formando; creo que también el creer que la violencia es un método de educación, el creer que la letra con sangre entra, el creer que es necesario golpear a los niños, hablarles fuertes y enseñarles un principio obligado y basado en el miedo; eso también es un problema basado en el seno de los hogares. (Ent.03.Mag)

En el fragmento de otra entrevista encontramos algunas de las violencias intrínsecas y extrínsecas según uno de los actores sociales:

Lo que estamos viendo ahoritica, la drogadicción, el alcoholismo, nos da mucha tristeza sinceramente; tratamos de por todos los medios de ayudarlos. (Ent.06.Atl)

Percepciones comunitarias de salud y violencia estructural

La dificultad del goce a la salud como derecho humano y como servicio para la promoción de la calidad de vida de los individuos, los grupos y las comunidades, supone que las limitaciones, ausencias e injusticias que se practican desde el Estado hacia la ciudadanía

generan conflicto social y estructural que es percibido por parte de la comunidad como carencias de los servicios sanitarios y sociales garantes de la construcción de Cultura de paz. Así lo expresó el actor social del municipio de Soledad en una entrevista:

La paz desde el punto de vista social es vista como un proceso de injusticia social, ya que todo radica desde los aspectos de justicia social de salud, del trabajo; no hay fuente de empleo, la gente no tiene forma de producir. La paz es justicia social. (Ent.04.Sol)

Otra planteó, en este mismo sentido de vulneración del derecho a la salud como violencia estructural, lo siguiente:

Se hace necesario que en el puesto de salud haya un médico permanente para que pueda tratar a las personas de aquí que se enferman; incluso hay veces que uno tiene que salir corriendo a Fonseca para que lo pueda atender el médico; entonces esa es una problemática bastante grave que se debe solucionar: que haya un médico permanente en el puesto de salud. (GF.02.Gua)

El derecho a un medio ambiente saludable; supone fortalecer y desarrollar los llamados derechos colectivos de tercera generación (de solidaridad estructural nacional e internacional), que son aquellos que tratan de dar respuesta al variado elenco de transformaciones sociopolíticas, económicas, demográficas, culturales, tecnológicas, ambientales. En este sentido, la salud ambiental debe ocuparse de los llamados “riesgos modernos” producidos por el rápido crecimiento urbano y el consumo insostenible y, hasta cierto punto, incontinente de los bienes naturales (32).

Sin embargo, América Latina y el Caribe, según el Informe de Eurosocial (33), cuentan con sistemas de salud mayoritariamente mixtos,

con una alta participación pública, que buscan ir más allá de la atención en salud para reducir las desigualdades injustas e innecesarias en salud como ruta para disminuir las inequidades, también históricas en su proceso de desarrollo; aun así, falta mayor participación ciudadana y políticas públicas claras en torno a esta temática de alto impacto. Así lo percibe un agente social y comunitario en Soledad (Atlántico):

La falta de empleo y educación y también, por ejemplo, problemas de salud; nosotros a veces, la comunidad, hemos salido a marchar porque las empresas de la 30, M... y C... echan el agua hedionda para la calle y todo ese ambiente se viene para acá. O sea, yo pienso que deben darle como una charla para que tomen conciencia. Esto es un problema ambiental, y por eso hemos tenido problemas; ellos deben ser conscientes que eso causa daño para la salud, problemas respiratorios, incluso causa problemas en la escuela, ya que tienen que soltarlos por los malos olores. Falta desarrollo, falta alcantarillado, las vías, falta más desarrollo. (Ent.02.Sol)

El favorecimiento de prácticas sociales, que desde la pedagogía social para la salud estén centradas en la construcción ciudadana de una Cultura de paz, a partir de relaciones sociales y colectivas para los cambios estructurales desde el bien común, enfoca la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en la exigencia ciudadana hacia modelos de desarrollo sostenibles y, por tanto, saludables. En algunas ocasiones, la inadecuada salubridad de los entornos, así como las infraestructuras y equipamientos de las instituciones sociales y educativas, dificulta gravemente los entornos promotores de salud, tal y como comentaron docentes de una comunidad educativa:

Ahora, en la institución hay un problema con una pared de la institución que se cayó, y eso siempre lo escucho en la reunión de padres;

eso hace que el colegio sea más inseguro para la salud. (Ent.01.Sol)

Para cerrar con este tipo de violencia estructural se presentan a continuación dos participantes del Magdalena en los siguientes registros de las entrevistas, en los que se valoran la reducción del conflicto en salud como principio fundamental de la construcción de paz:

[...] que no tengamos tanto conflicto en cuanto a la salud, que todos contemos con buena salud, que si vamos a una EPS encontremos todo, que encontremos que nuestros profesores están dando todo lo mejor de sí para nuestros niños, que contemos con un excelente gobierno, que el gobierno seamos todos, no solo una sola persona. (Ent.01.Mag)

Mi expectativa para el futuro próximo en relación con la paz es que haya justicia, que haya verdad, reubicación, restitución y reparación para las víctimas. Otra expectativa que tengo es que el gobierno en estos momentos nos tiene olvidados, entonces ¿qué anhelamos? Anhelamos que enfoque su visión hacia este sector que ha sido vulnerado, que ha sido maltratado por el conflicto armado. ¿En qué aspectos? Que su visión sea en cuanto a educación, salud, vías, viviendas y todo lo que tenga que ver con inversión social. (Ent.03.Mag)

Percepciones comunitarias de salud y violencias culturales

El estado de salud personal, vinculado al concepto de paz interior y salud mental, es una percepción que han tenido en cuenta varios participantes a la hora de valorar cualitativamente cómo es necesario el desarrollo de construcciones personales que aporten a escenarios de la neutralización de las violencias culturales y simbólicas en las relaciones sociales; y por tanto, usamos el “concepto de violencia cultural (o simbólica) para señalar a todo aquello que en el ámbito de la cultura legitime y/o promueva tanto la violencia

directa como la violencia estructural” (34), y por tanto también las conductas personales que favorecen o promueven la violencia de algún tipo.

Así lo expresa una de las líderes comunitarias del Atlántico, que otorga significado simbólico a la construcción de paz desde pedagogías sociales para la salud:

[...] tratamos por todos los medios de ayudarlos como agentes comunitarios de salud. (Ent.06.Atl)

El cubrimiento de las necesidades humanas básicas y espirituales supone la base simbólica y cultural de las personas para asumir opciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde abordajes conscientes respecto a las conductas humanas. Así lo expresó un participante a partir del registro de una entrevista de Córdoba:

Bueno, la paz es la satisfacción personal...el estar lleno completamente... ni espiritual, ni de alimentación, ni de salud. (Ent.01.Mag)

En el mismo sentido, en el departamento del Atlántico, otra participante expresó que la salud mental es la base para construir cultura simbólica que desde las opciones y autoafirmaciones personales permitan ejercicios de construcción de Cultura de paz:

Para mí, principalmente estar en armonía conmigo misma, en salud mental. (Ent.06.Atl)

La violencia estructural está íntimamente relacionada con la violencia cultural. Se cierra este apartado a partir de la voz de un participante del Magdalena, que concibe la construcción de paz como progreso cultural comunitario:

El Estado debe llegar a las comunidades más necesitadas; si el país logra hacer esa inversión

social, no solamente inversión social de mejorar la calidad de vida: educación, salud, agua potable, cultura y todo lo que la comunidad necesita, yo pienso que estaríamos mirando a una Colombia diferente. (Ent.04.Mag)

CONCLUSIONES

Primera: La violencia directa vinculada a la salud, derivada de la violencia estructural y cultural, se asocia principalmente a la falta de atención directa en salud y a la falta de programas sanitarios. Para actuar en esta problemática son fundamentales programas escolares (prevención de riesgos o resolución pacífica de conflictos en asignaturas como cátedra de la paz) y comunitarios de EpS (desde los diversos niveles de atención individuales, familiares y comunitarios) que prevengan la gestión violenta de los conflictos y favorezcan la prevención de la enfermedad.

Segunda: La percepción comunitaria vinculada a la violencia estructural en salud se asocia fundamentalmente a la injusticia estructural por el abandono institucional y estatal en el Caribe colombiano. Ello supone intervenir desde la práctica educativa para concienciar a la población para la participación social a fin de exigir el derecho a la salud desde una perspectiva integral y ecológica.

Tercera: La violencia cultural vinculada a la salud se relaciona con procesos individuales relacionados con comportamientos promotores de salud individual y pública que permitan una mejora de la calidad de vida que favorezca la construcción de paz territorial.

Cuarta: Se cree necesario profundizar en construcción del conocimiento en este campo interdisciplinar (ciencias sociales, ciencias de la educación y ciencias de la salud) que orienten la investigación y la acción para la

construcción de cultura de paz territorial en Colombia desde las voces y realidades de las poblaciones afectadas.

Por último: Todas las prácticas de EpS deben estar mediadas y orientadas por la pedagogía escolar (currículo) y la pedagogía social (relaciones), de tal modo que permitan (desde procesos educativos comunitarios y de enseñanza-aprendizaje en aula) acompañar y actuar en la generación de cambios y de transformaciones culturales.

Agradecimientos: A Colciencias. Proyecto “Educación para la paz en las instituciones educativas y comunidades vulnerables de la región Caribe colombiana”, Convocatoria 740/2015. Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Ciencias Humanas, Sociales y Educación. Financiado con recursos provenientes del Fondo Nacional de Financiamiento para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación “Francisco José de Caldas”. También se agradece a la Convocatoria 775/2017 de Colciencias, mediante la cual se desarrolla la beca de Jóvenes Investigadores e Innovadores por la Paz 2017, con afiliación a la Universidad del Norte.

Financiación: Proyecto Colciencias 740–2015.

Conflicto de intereses: ninguno.

REFERENCIAS

1. Galtung J. Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 1969; 6(3):167-91.
2. Jiménez-Bautista F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. 2012; (58):13-52.
3. Del Pozo F, Martínez J, Manzanares M, Zolá A. Pedagogía Social y pedagogía escolar para la paz en las instituciones educativas y comunidades vulnerables de la región Caribe Colombiana. *Paz y Conflictos* 2017; 10(2):15-39.
4. Unesco. Convivencia democrática. Inclusión y cultura de paz. Lecciones desde la práctica educativa innovadora en América Latina. Santiago (Chile); 2008. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001621/162184s>.
5. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violencia: ¿una prioridad para la salud pública?. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61 (9): 764-70.
6. La Parra. D y Totorsa, J. M. Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*. 2003, 131, 57-72
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia. *Guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2007. En línea. www.oms.org
8. Organización Mundial de la Salud. Prevención de Lesiones de Violencia: Guía Para Los Ministerios de Salud (2007). Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/Prevencion_lesiones_violencia.pdf
9. World Health Organization. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Geneva, 2004. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44335/9789243599373_spa.pdf?sequence=1
10. Traumatismo y Violencia Datos. Ginebra, 2010. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44335/9789243599373_spa.pdf?sequence=1
11. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD: Proyecto de plan de acción mundial sobre la violencia. Ginebra, 2016. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_9-sp.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Las dimensiones económicas de la violencia interpersonal. 2006. Recuperado de: <http://>

- www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/economic_dimensions/en/index.html
13. Rojas-Blanco C. La violencia cultural y el discurso público de prevención de la violencia. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2010; 19 (38):207-30.
 14. Úcar X, Planas A, Novella A, Rodrigo-Moriche Mp. Evaluación participativa del empoderamiento juvenil con grupos de jóvenes. Análisis de casos. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2017; (30):67-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135052204006>
 15. Del Pozo-Serrano FJ, Astorga-Acevedo CM. La Pedagogía Social y Educación Social en Colombia: Corresponsabilidad Institucional, Académica y Profesional necesaria para la Transformación Social. *Foro de Educación*. 2018; 16(24): 167-191. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.477>
 16. Jiménez-Bautista. Paz ecológica y Paz gaia: nuevas formas de construir la paz. *Revista de Cultura de paz*. 2017; 1: 7-29.
 17. Chaux E, Molano A, Podlesky P. Socio-Economic, Socio-Political and Socio-Emotional Variables Explaining School Bullying: A Country-Wide Multilevel Analysis. *AGGRESSIVE BEHAVIOR*. 2009; 35: 520-529. Recuperado de: http://scholar.harvard.edu/files/andresmolano/files/20320_ftp.pdf
 18. Del Pozo F. Pedagogía social escolar en Colombia: El modelo de la Universidad del Norte en formación directiva y docente. *Revista Iberoamericana de Educación* (70):77-90 2016. Recuperado de: <file:///C:/Users/gjuana/Downloads/rie70a04.pdf>
 19. Del Pozo F. Educación social para la salud: proyección, acción y profesionalización. *Rev. Méd. Risaralda*. 2013; 19 (1):75-80. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a13.pdf>
 20. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo Asis. *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia*. 2013. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>
 21. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud: Salud en las Américas, edición del 2012: Volumen regional. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/colombia&lang=es
 22. Borja-González J, del Pozo-Serrano FJ. Educación para la salud con adolescentes: un enfoque desde la pedagogía social en contextos y situaciones de vulnerabilidad. *Salud Uninorte*. 2017;33(2):213-223. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81753189014>
 23. Rodríguez S, Roldán P. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Revista Economía del Caribe*. 2008; 1(2):106-29.
 24. Ayala J. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional y Urbana. Bogotá, D.C.: Banco de la República; 2014.
 25. Bruno V, Bustamante M, Jiménez H, Maldonado L, Segura I, Tuesca R. Atención Primaria en Salud. Una mirada desde los profesionales de enfermería: Barreras, conocimientos y actividades. *Salud Uninorte*. 2015; 31(2). Recuperado de: <http://cientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7589/8033>
 26. Del Pozo F, Martínez J, Manzanares M, Zolá A. Pedagogía Social y pedagogía escolar para la paz en las instituciones educativas y comunidades vulnerables de la región Caribe Colombiana. *Paz y Conflictos*. 2017; 10(2):15-39.
 27. Pérez-Serrano G. Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes. *Técnicas y análisis de datos* (tomo II). Madrid: La Muralla; 2002:
 28. McMillan, H. Schumacher H. Madrid: Pearson Educación; 2002.
 29. Bjorkqvist K, Lagerspetz KM, Kaukiainen A. Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression, *Aggressive Behavior*. 1992; 18, 117-127.

30. Cerda G, Ortega R, Monks C. La agresión injustificada como antecedente del acoso entre iguales: una investigación en Escuelas Infantiles de Chile. Investigación en la escuela; 2012. Recuperado de: <http://www.investigacionenlaescuela.es/articulos/78/R78.5.pdf>
31. Minsalud. Informe al Congreso 2014-2015. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-2014-2015.pdf>
32. Caride J. Educación social, derechos humanos y sostenibilidad en el desarrollo comunitario. *Teor. Educ.* 2017; 29 (1):245-272.
33. Eurososocial. Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina. 2015. Recuperado de: <http://sia.eurososocial-ii.eu/files/docs/1445409020-Equidad%20y%20determinantes%20sociales%20de%20la%20salud.pdf>
34. Jiménez-Bautista, F. Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales.* 2012;19(58):13-52.