

LLA PREVENCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD¹

Gustavo I. de Roux

EL CARÁCTER SOCIAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Considerar la salud como equivalente a bienestar y no solo como "ausencia de enfermedad" significa entenderla también como activo social y como bien deseable. Por eso, cuando se piensa en el papel del sector salud en la sociedad, se impone aceptar que este no puede circunscribirse exclusivamente a reparación de daños y atención de enfermos y que debe contribuir a la integridad y desarrollo de potencialidades de personas y grupos. En consecuencia, para formar agentes de salud, deben transmitirse conocimientos y forjarse destrezas que habiliten para explicar, diagnosticar y tratar la enfermedad con suficiencia, y reparar traumas utilizando con idoneidad tecnología avanzada. Pero también, se debe propender por desarrollar en ellos competencias y criterios que los faculten para ejercer liderazgo social en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Difícil será lograr salud para todos dentro de sociedades enfermas. De ahí la necesidad de ver el desarrollo de la salud como el resultado de armonizar procesos de carácter social e individual igualmente importantes: los dirigidos a evitar la enfermedad, y los orientados a curarla; los encaminados a prevenir daños, y aquellos encauzados a repararlos; los que

¹ Texto adaptado por el autor, de su conferencia "Prevención de Riesgos y Promoción de Comportamientos Saludables: Componentes Integrales de la Formación Médica", presentada en el "Seminario Nacional de Currículum: Educación para la Crisis", realizado en Cali, Colombia, en junio de 1993 y auspiciado por la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

ofertan opciones saludables, y los que proporcionan servicios para restaurar y recuperar la salud. Estas vertientes deben conjugarse con base en el principio según el cual, aunque hay que atender debidamente la enfermedad, es mejor precaver que la gente se enferme.

La promoción de la salud, que busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar su salud. Ese carácter social proscribire reducir la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a acciones de mero impacto individual. Por un lado, porque los comportamientos y los hábitos tienen determinantes culturales y están sujetos a refuerzos colectivos. Por otro, porque las enfermedades y traumas tienen condicionantes ambientales y sociales.

Promover la salud, en un sentido amplio, consiste en animar procesos para remover limitantes del bienestar humano. En América Latina, como lo expresó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1), se viven situaciones de inequidad, violencia y deterioro social y ambiental, que afectan tanto la dignidad de las personas como sus posibilidades de realización plena. La promoción de la salud, como lo señala la Declaración mencionada, debe identificar los factores que favorecen la inequidad, proponer acciones para aliviar sus efectos y alcanzar bienestar, y hacer que las instituciones de salud actúen como agentes de cambio de conductas y actitudes de la población. Como mecanismo de acción, "comprende todos los pasos relacionados que permiten que las personas alcancen todo su potencial en cuanto a la salud, cumplan sus diversas funciones sociales y disfruten de la máxima calidad de vida que esté a su alcance" (2).

La promoción de la salud es campo de intervenciones transdisciplinarias liberadas del dominio de la medicina y que desafían al sector salud a enfrentar nuevas responsabilidades (3). Tres son los grandes objetos (4), sobre los cuales la promoción de la salud debe fijar ineludiblemente su atención: el impulso y aliento de estilos de vida saludables, el fortalecimiento de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, eficientes y de mejor calidad, y la creación de ambientes saludables. Los estilos de vida que deben alterarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumos, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud. Modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y en tradiciones culturales.

Comportamientos arraigados en mitos

Los sistemas tradicionales de creencias suelen ser muy complejos pues incluyen no solamente representaciones imaginarias, sino además co-

nocimientos acumulados, supersticiones y mitos compartidos. Los universos imaginarios constituyen el cimiento de estructuras de pensamiento, de marcos referenciales desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida y la muerte, de la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican las ocurrencias naturales y del diario vivir. En esos universos, los mitos tienden a ocupar un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos, en ausencia de explicaciones con base científica.

Los mitos son una parte real de todas las sociedades. Por eso, lo que Malinowski señaló (5) en la segunda década de este siglo sobre los mitos en comunidades primitivas, bien puede aplicarse en alguna proporción a sociedades de hoy en día, complejas y letradas. Según Malinowski, los mitos no son historias que se cuentan, ficciones fantásticas, o simple alegorías. Son resurrecciones narrativas sobre realidades vivientes, que expresan la esencia de los símbolos. Los mitos manifiestan, exaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Los mitos, ingredientes vitales de la civilización humana, son representaciones dinámicas que le imprimen un carácter particular a las creencias y a la sabiduría populares. Constituyen una extensión de los conocimientos objetivos de que se dispone y ofrecen confianza bajo situaciones de incertidumbre.

Las creencias mítico-mágicas y su complemento científico se articulan para configurar un sistema de pensamiento lógico, cuyos componentes se apoyan mutuamente para proporcionar un esquema racional interpretativo de causación del orden natural y del social. Por eso, el pensamiento predominantemente mítico no es ilógico, prelógico o irracional. Es un pensamiento cuyo desenvolvimiento permite hacer interpretaciones procedentes y fundamentadas, a partir de las relaciones operatorias entre sus componentes constitutivos, aunque las conclusiones que se deriven no se correspondan siempre con la verdad científica.

Cuando el pensamiento lógico está determinado por elementos míticos, los fenómenos de salud y enfermedad se codifican desde ese marco de referencia, dando lugar a comportamientos particulares que se corresponden con su transfondo explicativo. Si en una cultura determinada se entiende la enfermedad como producto de maleficios provocados por enemigos, el remedio natural será el amuleto que aísla y protege contra interferencias externas; pero si se le entiende como resultado de temperaturas, se tratará la dolencia con plantas frías o calientes según el caso.

Los simbolismos míticos, como los religiosos, son totalizantes y no dan lugar a intentos para justificarlos. El mito se da como respuesta, como explicación final de un evento, y se ofrece con una fuerza autoritaria incuestionable y muy poderosa. Precisamente en la capacidad afirmativa que tienen los mitos, radica la dificultad para transformar prácticas y comportamientos de salud que se apoyen en ellos. Los mitos configuran creen-

cias que se arraigan firmemente, sustentándose en el increíble poder explicativo que tienen lo sobrenatural y lo oculto y sobre cuya validez no se discute (6).

Para transformar el pensamiento mítico es necesario ubicar cualquier idea nueva dentro del conjunto de representaciones de que ya se dispone y que constituyen el marco de referencia lógico. Ese procedimiento exige utilizar mecanismos que permitan develar la estructura de causalidad del pensamiento pragmático de la gente y sus interpretaciones fenomenológicas sobre hechos relacionados con la enfermedad y con la salud.

Cambiar hábitos y comportamientos arraigados en mitos es difícil y su posibilidad dependerá en última instancia de la capacidad de los agentes de salud. La habilidad técnica y científica que posean será insuficiente. Tendrán además que estar capacitados para aproximarse a la población, entrar en sintonía con sus interpretaciones y descubrir con ella las claves para mejorar la salud. La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

Comportamientos nocivos con conocimientos saludables

La salud constituye un interés general para todas las personas, pero cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla no siempre representa suficiente atractivo. La gente se motiva normalmente más por la enfermedad que por la salud y tiende a considerar las enfermedades como problema únicamente cuando se siente enferma. En situaciones epidémicas percibidas por la población como de alta peligrosidad, se genera predisposición para enfrentarlas. Pero no así frente a endemias que no necesariamente son, a pesar del daño que causen, reconocidas siempre como nocivas. Tal sucede en el caso de dolencias a las cuales se esté culturalmente adaptado por hacer parte de la vida cotidiana. Una población que haya estado siempre parasitada no tendrá referentes para considerar la parasitosis como algo anormal.

Es de común ocurrencia, además, encontrar situaciones en que la población identifica causas, síntomas, los ciclos de la enfermedad y los mecanismos para prevenirla, pero sus comportamientos y prácticas no se corresponden con ese conocimiento. En una encuesta realizada a finales de 1992 por un diario bogotano se evidenció que la gran mayoría de personas interrogadas sabían cómo se trasmite el SIDA, pero que una proporción importante de ellas no utilizaba condón para evitar el contagio en sus relaciones sexuales.

Todas estas razones dan cuenta de divorcios existentes entre las prioridades de salud que tiene la gente y los comportamientos saludables esperados por las instituciones sanitarias; entre el conocimiento que pueda poseer la población sobre un riesgo particular, y su conducta concreta. Además, obligan a repensar los enfoques de capacitación en salud para la población, pues el sobre-énfasis que se pone habitualmente en la transmisión y circulación de saberes con la pretensión de forjar conductas en razón del conocimiento mismo, puede traducirse en malversación de esfuerzos. La promoción de la salud obliga a explorar y explicar los desfases y rupturas entre conocimientos, actitudes y prácticas, y a configurar propuestas de acción y capacitación comunitaria que viabilicen la armonía entre cognición y comportamiento.

La etiología social de comportamientos de riesgo

Prevenir comportamientos de riesgo hace referencia a proposiciones para transformar procederres individuales que amenazan la salud, o reforzar características personales que disminuyan la probabilidad de enfermar. Las estrategias de prevención, destinadas a individuos y grupos contingentes, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos de riesgo. Esto, para elaborarlas sobre razones que den cuenta de la complejidad de factores que se entrelazan para determinar conductas perjudiciales para la salud. Además, para construirlas con ilustración suficiente sobre la trama de componentes, individuales y sociales, que contribuyen a configurar los comportamientos de riesgo.

Con frecuencia se combinan causas biológicas, psicológicas, sociales y culturales, para fijar una conducta particular. Una deficiencia metabólica determinada genéticamente podría, por ejemplo, provocar un comportamiento específico. En otros casos, podrían ser los problemas de personalidad originados en la niñez temprana; y, en otro más, la presión social de un grupo como la que puede ejercer una pandilla sobre sus integrantes. El hecho es que, por lo general, un solo factor no da cuenta de un comportamiento nocivo. Los factores biológicos y ambientales interactúan permanentemente, en diferente forma e intensidad, dificultando adscribir a una causa única la etiología de un comportamiento específico.

El ejemplo del alcoholismo puede servir como ilustración. Es aceptable suponer que ciertos problemas de personalidad que podrían inducir al alcoholismo, encuentran su origen en la niñez o en algún momento crítico de la vida del individuo, anterior a su iniciación al consumo invertado de licor. Pero, además de las condiciones relacionadas con la personalidad individual, los entornos social y cultural juegan un papel fun-

damental en la formación de patrones y hábitos de consumo de alcohol (7). Ser buen bebedor es sinónimo de "hombría" en muchas culturas. De allí el espejismo y atractivo que pueda ejercer la bebida sobre varones adolescentes en proceso de afirmación e identificación con modelos que exalten la masculinidad.

La valoración que le otorga la sociedad, la comunidad o el grupo, a placeres reales o figurados asociados con el consumo social de sustancias nocivas, rutiniza su usanza en ambientes colectivos y los convierte en conductas sociales. Estas, una vez asimiladas y legitimadas culturalmente, son envolventes y estimulan y refuerzan actitudes y prácticas individuales. El carácter social de los consumos de alcohol, tabaco y drogas, aviva la reproducción indefinida de comportamientos de riesgo por cuanto socializa consumidores prospectivos y revigora hábitos previamente adquiridos.

Los patrones de alimentación responsables de la obesidad, elevación de lípidos en la sangre, e hipertensión —factores coligados al riesgo de enfermedades cardiovasculares— están fuertemente arraigados en tradiciones y costumbres, o se inspiran en imaginarios sublimados por la propaganda comercial de productos alimenticios. Las pautas de conducta responsables de la transmisión de enfermedades de origen sexual responden en parte a percepciones y estereotipos desprendidos de los referentes culturales que, en materia de sexualidad, dispone la población.

Los comportamientos agresivos que dinamizan las espirales de violencia, encuentran en buena medida su razón en las condiciones sociales, políticas y jurídicas predominantes en las sociedades. Las conductas violentas no pueden explicarse únicamente por la naturaleza humana pues su fundamentación va más allá de las personas tomadas aisladamente. Toda la carga psicológica que alienta comportamientos agresivos se nutre y estalla en ambientes sociales. Por eso, no puede descifrarse la lógica de la violencia con claves individuales ni aislándola de sus ensamblajes socioculturales. El empalme de caracteres negativos del individuo y de la sociedad produce los cortocircuitos que detonan la violencia.

Algunas conductas violentas tienen que ver con frustraciones e insatisfacciones que brotan, en comunidades postergadas, al ritmo de las pulsaciones cotidianas por sobrevivir. El hacinamiento, el desempleo, la desnutrición, la falta de oportunidades, los degarres en las estructuras familiares, son fuente permanente de tensiones y conflictos. Aunque no se puede explicar la violencia únicamente en función de la pobreza, es evidente que esta constituye un componente de su etiología. Sin cambios sustantivos en las condiciones de vida en dichos ambientes, promovidos desde la sociedad mayor, es harto improbable que pueda superarse la violencia.

La intensidad de la agresión y su frecuencia dependen en buena medida de la percepción que se tenga sobre la efectividad de la violencia como instrumento para lograr fines concretos. Su instrumentación exitosa

la vuelve más frecuente y persistente, expande los comportamientos agresivos (8) y contribuye a hacer de la violencia una cultura que empapa toda la vida social. Las culturas de violencia abrevan en muchas fuentes y se manifiestan de diversas maneras en diferentes contextos sociales. La violencia intangible, figurada o simbólica, el maltrato verbal, la imposición de asimetrías en las relaciones sociales y de género, son ejemplos de violencias de común ocurrencia dentro de familias, escuelas y comunidades, con las que se atropellan derechos sin tener que recurrir al concurso de agresiones físicas.

Algunas actitudes contribuyen a la reproducción de la violencia. La indiferencia, la tolerancia y el miedo, ayudan a ocultarla, a que no se le condene y enfrente y a que permanezca encubierta e irresuelta. La dimensión y regularidad de la violencia en algunos países de la Región, al convertirla en algo normal y cotidiano, ha tendido a invisibilizarla y hacer, como lo señala Franco (9), que la gente la viva en silencio como una fatalidad inevitable.

Finalmente, suelen aparecer comportamientos nocivos en el sector público que refuerzan conductas individuales dañinas para la salud. Algunos se enmascaran, como la corrupción, que tiene una marcada relación con la violencia; otros, se dan en forma más abierta: la impunidad, la permisividad, y estímulo inclusive, a la adquisición de armas de fuego por la población civil, a los consumos de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas, a la transmisión de episodios violentos en los medios de comunicación masiva. El hecho es que los comportamientos individuales que ponen en riesgo la salud, propia o la ajena, son en buena medida producto del ambiente, la cultura, y de condiciones y comportamientos sociales.

Algunos enfoques y estrategias

El componente sociocultural en la etiología de muchos comportamientos y estilos de vida que ponen en riesgo la salud, exige intervenciones variadas sobre conductas y estilos de vida que demandan ser modificados sobre sus determinantes sociales y culturales, y sobre factores que deben ser fortalecidos para cautelar su aparición. En otras palabras, la complejidad de situaciones que animan modos particulares de vida y comportamientos que ponen en riesgo la salud, invita a pensar en estrategias integrales de prevención y promoción con incidencia potencial sobre su amplia variedad de determinantes, así como también en maniobras que anticipen el surgimiento de conductas nocivas, al reforzar características individuales y sociales que contribuyan a evitarlas. Acciones que, por ejemplo, habiliten a las familias para mejorar la calidad de la comunicación intrafamiliar, para entregar afecto a los hijos, ofrecerles seguridad, ense-

ñarles a manejar sus crisis emocionales y frustraciones y, así, garantizarles su funcionamiento psicológico adecuado.

Las acciones dirigidas a precaver la formación de hábitos que afecten la salud o la consolidación de estilos de vida que la desfavorezcan, pasan también por la sensibilización sobre los significados reales de conductas dañinas. En ese proceso caben todas aquellas actividades orientadas a educar y concientizar en los espacios escolares, los debates y discusiones públicas, la transmisión de mensajes a través de los medios de comunicación, así como la creación de oportunidades para analizar y expresar los problemas en forma franca, exponer abiertamente los mitos y mostrar mecanismos que permitan armonizar los impulsos vitales con valores positivos y comportamientos saludables.

Las estrategias de promoción de la salud y prevención de comportamientos de riesgo deben incidir sobre la esfera de las políticas y propender por el establecimiento de normas de carácter jurídico, que actúen como barreras contra la formación y expresión de conductas lesivas. Con relación al comercio de licor existen por ejemplo, en algunos países, restricciones que prohíben su venta a menores de edad. En Cali, se tiene una demostración del efecto de acciones legales sobre la disminución de la mortalidad y morbilidad ocasionadas por accidentes de tránsito. Con el establecimiento de la ley semiseca que sanciona el expendio de licor después de una determinada hora, se logró reducir significativamente el número de accidentes ocasionados por conductores que ingieren alcohol y, por consiguiente, las muertes y lesiones personales de allí derivadas (10).

Hay casos donde las modificaciones legales se logran por efecto de la acción ciudadana. Un ejemplo lo constituye el esfuerzo de un grupo de personas que empezó en Colombia, durante la segunda mitad de 1992, un proceso de movilización de opinión con el objeto de presionar al Estado para que regule y controle emisiones televisivas que incitan a la agresión y enaltecen valores y conductas violentas para resolver desavenencias y conflictos. Este grupo argumentaba que no es posible mantener los imperativos ineludibles que hacen viable a la sociedad, si se utiliza la extensa influencia de la televisión para promover modelos de conducta que riñen con la salud y con la vida (11). Estas acciones de movilización por el fortalecimiento de culturas de convivencia son, sin lugar a dudas, de prevención de daños y promoción de la salud.

La remoción de condiciones que favorecen la inequidad y preceptúan comportamientos y estilos de vida riesgosos, conmina a estimular procesos de movilización social por el desarrollo de la salud. En ese sentido, hay que animar el surgimiento de grupos con capacidad para ejercer protagonismo en la promoción de la salud. Ahora bien, para construir protagonismo se requieren estrategias de comunicación social que ofrezcan información y contribuyan a sensibilizar a la población, a formar opinión

e ilustrar ampliamente sobre posibles alternativas de acción. Pero además, es indispensable incorporar a la población — mediante otros mecanismos — en el análisis de causalidad de sus comportamientos y estilos de vida, en la elaboración de explicaciones y en la configuración de opciones para promover conductas convenientes y modos saludables de vivir. Esto, porque la gente se apropia y pone en práctica más fácilmente aquellas soluciones en cuyo diseño ha participado.

Algunos enfoques pueden ser de utilidad para ese propósito. La **programación participativa**, por ejemplo, involucra el conocimiento vernáculo, la fenomenología popular y las ideas e iniciativas que tiene la gente, al proceso de programación. Constituye un ejercicio donde convergen diversos actores sociales e institucionales con sus propias concepciones e interpretaciones y donde se expresan puntos de vista desde intereses y racionalidades diferentes. Por cuanto se trata de eventos que incorporan a la población en el análisis colectivo de comportamientos y estilos de vida nocivos, permite avanzar hacia la reelaboración de una visión enriquecida de su etiología sociocultural con elementos derivados tanto de los referentes tradicionales como del conocimiento científico. Además, al asumir colectivamente el diseño de opciones y de soluciones compromete, en su ejecución, a todos los actores intervinientes.

La **investigación acción participativa** es un paradigma que privilegia la producción de conocimiento en escenarios colectivos, recurriendo a las contribuciones que hacen los participantes con base en su propia experiencia, sentido común y racionalidad particular. Además, por cuanto autentiza la intencionalidad del conocimiento en función de su potencial para transformar condiciones existentes, privilegia la acción, y la reflexión sobre lo actuado, como fuentes de conocimiento y sustentación de nuevas acciones (12).

Finalmente, la capacitación fundamentada en una **pedagogía participativa**, constituye una estrategia útil para la promoción de comportamientos y estilos de vida saludable. Esta pedagogía, muy inspirada en el pensamiento de Paulo Freire y desarrollada y perfeccionada en América Latina por educadores populares, teóricos y prácticos, tiene como principios orientadores los siguientes:

- énfasis sobre el desarrollo de capacidades, competencias y criterios: iniciativa y recursividad, creatividad e imaginación, solidaridad y habilidad para analizar y resolver problemas. Este énfasis explicita el entendimiento de que la entrega de conocimientos, en el proceso educativo, debe instrumentar transformaciones profundas en los sujetos, desdibujando así el sentido del conocimiento por el conocimiento;
- recuperación de la experiencia concreta de la gente, de sus saberes, actitudes y conductas, de sus percepciones e interpretaciones sobre

los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como insumos para la reflexión. El cambio de comportamientos y prácticas de salud no se logra por el simple contacto con el conocimiento científico, pues la gente no reemplaza mecánicamente unos conocimientos por otros ni altera necesariamente un comportamiento por efecto de un nuevo saber. Es por eso importante develar, ante todo, la lógica y sentido de las representaciones sobre conductas particulares y ubicar el conocimiento nuevo dentro de la trama de racionalizaciones que posee la gente;

- propensión a crear ambientes lúdicos para la realización de los eventos educativos de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinadas. La didáctica debe favorecer la recreación de una visión enriquecida de los problemas, en eventos donde los participantes puedan desarrollar su inventiva para solucionarlos;

- horizontalidad en la relación pedagógica, que implica redefinir el papel del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje. Esto supone que el maestro establezca relaciones simétricas y de diálogo, de confianza y enriquecimiento mutuo, evitando a la vez la dispersión temática;

- reconocimiento y uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento. En la realidad cotidiana el aprendizaje sensorial tiene una importancia innegable, como lo tiene el aprendizaje desde lo concreto. Lo importante es avanzar, a partir de esas formas de captar la realidad, hacia explicaciones y racionalizaciones que permitan internalizar el significado de lo que se aprende;

- predilección por el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de solución. Es en ese proceso reflexivo donde se desarrolla la creatividad, el sentido de trabajo en equipo y la capacidad para analizar y solucionar problemas;

- preferencia por técnicas dialógicas, grupales y activas. Dialógicas, por cuanto se trata de una pedagogía de la pregunta y porque el diálogo permite desatar la palabra, paso inicial y obligado en un proceso creativo de participación; grupales, por cuanto se trata de fortalecer la solidaridad y la capacidad de trabajar en grupo; y, finalmente

- validación del aprendizaje adquirido, no en términos de cosas memorizadas, sino de cambios de comportamientos y estilos de vida.

La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud no pueden afincarse, por la diversidad de situaciones que abordan, sobre una sola disciplina y un solo sector. La gran variedad de razones que dan cuenta de conductas nocivas hacen que, para precautelarlas, cambiarlas y recomponer maneras

para actuar y vivir sanamente, haya que recurrir a experiencias que sobrepasen circunscripciones sectoriales y disciplinarias estrechas. El rol del sector salud, en ese proceso, es el de orientador, animador y organizador de la participación ciudadana y de esfuerzos multisectoriales en cruzadas sociales por el bienestar y, en consecuencia, por la salud. Para atender esa responsabilidad y jugar un papel sustantivo en el desarrollo de la salud, el sector tendrá que adecuarse para asumir la promoción de la salud como estrategia fundamental y no como actividad marginal.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud y Equidad**. Washington, DC: OPS; 1992. (Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá).
- 2 Organización Panamericana de la Salud. "Promoción de la Salud en las Américas". Washington, DC: OPS; 1993. (Documento CD37/17).
- 3 Kickbusch I. 1989. "Prospects for Action on Health Promotion". Copenhagen: OMS; 1989. (Documento ICP/HSR 640).
- 4 Restrepo H. "Lineamientos para la Operacionalización de la Promoción de la Salud". Washington, DC: OPS; 1991.
- 5 Malinowski B. **Myth in Primitive Psychology**. Nueva York: Norton; 1926.
- 6 de Roux G. "Bases Socioculturales del Comportamiento Económico del Campesinado". Cali: Universidad del Valle, Facultad de Educación; 1994. (Documento mimeografiado).
- 7 Sanford N. "Community Actions and the Prevention of Alcoholism". En Adelson, D. y Kalis, B. (compiladores), **Community Psychology and Mental Health**. Scranton: Chandler Publishing Co; 1970.
- 8 Costello T., Zalkind S. "Cities, Behavioral Research and Community Mental Health". En Adelson D, Kalis B. (compiladores). **Community Psychology and Mental Health**. Scranton: Chandler Publishing Co; 1979.
- 9 Franco S. "Sentir, Pensar y Enfrentar la Violencia". Revista **A Vivir** No. 1. Bogotá: Ministerio de Salud; 1992.
- 10 DESEPAZ. Informes varios sobre criminalidad en Cali. Cali: Alcaldía Municipal; 1993.
- 11 Carvajal de Guerrero M E. "Reflexiones de un Televidente". Conferencia presentada en el Foro Nacional sobre Manejo Responsable de la Televisión. Bogotá: Universidad Javeriana; 1993.
- 12 Fals Borda O. **Knowledge and People's Power: Lessons with Peasants in Nicaragua, Mexico and Colombia**. Nueva York: New Horizons Press; 1988.